



Exécuté par

**giz** Deutsche Gesellschaft  
für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



## PROJET : BACKUP SANTE

# ANALYSE DE LA BUDGETISATION SENSIBLE AU GENRE DANS LE BUDGET 2023 DU MINISTERE DE LA SANTE

## RAPPORT FINAL

*Réalisée par :*  
**Joseph Bonaparte NGORO,**  
*Consultant*

**Mars 2023**

**Figure 1 : Carte du Cameroun**



Source : Institut National de Cartographie, 1999

# TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	i
SIGLES ET ACRONYMES .....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES GRAPHIQUES .....	ix
LISTE DES FIGURES .....	x
RESUME EXECUTIF .....	xi
INTRODUCTION.....	1
1. Contexte .....	1
1.1. Aperçu du projet BACKUP SANTE .....	1
1.2. Rationale de l'étude .....	1
2. Objectifs de l'étude .....	4
2.1. Objectif général .....	4
2.2. Objectifs spécifiques .....	4
3. Méthodologie de l'analyse .....	4
4. Difficultés rencontrées et limites de l'étude .....	6
5. Plan du rapport .....	6
CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'APPROCHE BSG AU CAMEROUN .....	7
I.1. Définition des concepts de base liés à la BSG .....	7
I.2. Cadre d'analyse BSG au Cameroun.....	10
I.2.1. Le processus BSG.....	10
I.2.2. Les outils BSG .....	11
I.2.2.1. Les outils de base .....	11
I.2.2.2. Les outils complémentaires.....	14
CHAPITRE II : CONTEXTE GLOBAL DU SECTEUR DE LA SANTE .....	15
II.1. Caractéristiques générales du pays .....	15
II.1.1. Situation géographique .....	15
II.1.2. Structure de la population .....	15
II.1.3. Situation économique .....	16
II.1.4 Etat de pauvreté et inégalités.....	17
II.1.5. Organisation administrative et politique.....	18
II.1.6. Données socio-culturelles.....	19
II.2. Les dynamiques sexospécifiques dans le secteur de la santé au Cameroun.....	19
II.2.1. Santé maternelle .....	20
II.2.2. Nutrition.....	21
II.2.3. Sexualité .....	21
II.2.4. Fécondité .....	22

II.2.5. Maladies Transmissibles Prioritaires.....	22
II.2.5.1. VIH/SIDA et IST .....	22
II.2.5.2. Tuberculose .....	24
II.2.5.3. Paludisme .....	24
II.2.5.4. COVID 19 .....	24
II.2.6. Maladies non transmissibles .....	25
II.2.7. Problèmes d'accès aux soins de santé .....	25
II.3. Enjeux genre du secteur et articulations avec la PNG .....	26
CHAPITRE III : ANALYSE GENRE DES PROGRAMMES DU MINSANTE .....	27
III.1. Diagnostic de l'opérationnalité de l'approche BSG au MINSANTE.....	27
III.1.1. Cadre normatif BSG du MINSANTE .....	27
III.1.2. Cadre institutionnel et technique BSG du MINSANTE.....	27
III.1.3. Cadre statistique genre du MINSANTE .....	28
III.2. Analyse genre des programmes budgétaires du MINSANTE .....	28
III.2.1. Méthodologie d'analyse .....	30
III.2.2. Résultats .....	32
III.2.2.1. Analyse genre des programmes budgétaires sur la période 2021-2023 .....	32
Conclusions : .....	40
3.2.2.2. Analyse genre du Projet de Performance Annuel du MINSANTE pour l'exercice 2023.....	40
3.3. Analyse genre des programmes Palu, TB et VIH/SIDA de 2021 à 2023 .....	49
3.3.1. Programme Paludisme 2019-2023 .....	49
3.3.2. Programme Tuberculose .....	57
3.3.2. Programme VIH/SIDA .....	75
CHAPITRE IV : ANALYSE GENRE DU BUDGET GLOBAL DU MINSANTE .....	84
IV.1. Analyse des ratios budgétaires genre du MINSANTE de 2021 à 2023.....	84
IV.1.1. Méthodologie .....	84
IV.1.1.1. L'analyse tri-catégorielle .....	84
IV.1.1.2. Comptabilisation des dépenses sensibles au genre.....	84
IV.1.2. Principaux résultats.....	85
IV.1.2.1. Budget genre du MINSANTE 2022 .....	85
4.1.2.2. Budget genre du MINSANTE 2023 .....	88
4.1.2.2. Analyse comparative du budget genre du MINSANTE de 2022 à 2023 .....	93
IV.2. Analyse des ratios budgétaires genre des programmes Palu, TB et VIH de 2021 à 2023 .....	93
IV.2.1. Programme Paludisme.....	94
4.2.2. Programme Tuberculose .....	95
4.2.3. Programme VIH.....	97

IV.3. Principales réalisations et mesures prises pour la réduction des inégalités de genre dans les programmes budgétaires du MINSANTE .....	104
CHAPITRE V : FORCES ET FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES (FFOM) QUANT A LA PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS LES BUDGETS DU MINSANTE ET DES TROIS PROGRAMMES PHARES .....	109
V.1. Analyse des forces et faiblesses, opportunités et menaces dans la prise en compte du genre dans les budgets du MINSANTE .....	109
V.2. Analyse des faiblesses et insuffisances dans la prise en compte du genre dans les programmes et budgets du MINSANTE .....	111
CHAPITRE VI : PROPOSITIONS POUR UN MEILLEUR ANCRAGE DE LA PERSPECTIVE GENRE DANS LES BUDGETS DU MINSANTE ET DES TROIS PROGRAMMES CIBLES AVEC UN FOCUS SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE .....	116
VI.1. Recommandations opérationnelles pour l'application effective et efficace de la démarche BSG au MINSANTE .....	116
VI.2. Perspectives genre pour la mise en œuvre de la Couverture santé Universelle.....	118
CONCLUSION GENERALE .....	121
ANNEXES .....	122
Annexe 1: Check list pour la Notation Genre des programmes budgétaires.....	122
Annexe 2 : Listes des personnes consultées .....	125
Annexe 3 : Références bibliographiques.....	126

## SIGLES ET ACRONYMES

**AFD** : Agence Française de Développement  
**AFRITAC-Centre** : Centre Régional de Développement des Capacités du Fonds Monétaire International pour l'Afrique Centrale  
**ASC** : Agent de Santé Communautaire  
**ATPC** : Assainissement Total Piloté par la Communauté  
**BMZ** : Ministère Fédéral Allemand de la Coopération Economique et du Développement  
**BSG** : Budgétisation Sensible au Genre  
**CAB** : Cabinet  
**CDT** : Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose  
**CDMT** : Cadre de Dépenses à Moyen Terme  
**CEDEF** : Convention sur l'Elimination de toutes les Formes de Discriminations à l'égard des Femmes  
**CELCOM** : Cellule de la Communication  
**CEMAC** : Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique centrale  
**CIEP** : Comité Interministériel d'Examen des Programmes  
**CIS** : Cellule d'information Sanitaire  
**CNLS** : Comité National de Lutte Contre le Sida  
**COSADI** : Comité de Santé du District  
**CPN** : Consultation Périnatale  
**CSP** : Cadre Stratégique de Performance des Administrations  
**CSU** : Couverture Santé Universelle  
**CTD** : Collectivité Territoriale Décentralisée  
**DBSG** : Document Budgétaire Sensible au Genre  
**DEP** : Division des Etudes et Projets  
**DHIS** : District Health Information System  
**DOB** : Débat d'Orientation Budgétaire  
**DPML** : Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires  
**DRFP** : Direction des ressources Financières et du Patrimoine  
**DOSTS** : Direction de de l'Organisation des Soins et de la technologie Sanitaire  
**DROS** : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé  
**DS** : District de Santé  
**DTC** : Diagnostic and treatment center for TB  
**ECAM** : Enquête Camerounaise sur les Ménages  
**EC-ECAM** : Enquête Complémentaire à l'Enquête Camerounaise sur les Ménages  
**EDSC** : Enquête Démographique de Santé du Cameroun  
**FINEX** : Financement Extérieur  
**FINSCOP** : Enquete FinScope Consommateur au Cameroun  
**FOSA** : Formation Sanitaire  
**GAR** : Gestion Axée sur les Résultats  
**GE** : Goutte Epaisse  
**GIZ** : Agence Allemande de Coopération Internationale  
**GTR** : Groupe Technique Régional  
**HD** : Hôpital de District  
**HTA** : Hypertension Artérielle  
**IIG** : Indice d'Inégalité de Genres



**IMC** : Indice de Masse Corporelle  
**INS** : Institut National de la Statistique  
**ISDC** : Interventions Sous Directives Communautaires  
**ISF** : Indice Synthétique de Fécondité  
**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles  
**KFW** : Banque (Kreditanstalt für Wiederaufbau)  
**LAL** : Leucémie Aigue Lymphoblastique  
**MEG** : Magnétoencélographie  
**MGPB** : Marqueur Genre des Programmes Budgétaires  
**MICS** : Enquête à indicateurs multiples  
**MII** : Maladie Inflammatoire de l'Intestin  
**MILDA** : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action  
**MINAT** : Ministère de l'Administration Territoriale  
**MINFI** : Ministère des Finances  
**MINPROFF** : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille  
**MINSANTE** : Ministère de la Santé  
**MSM** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes  
**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique  
**ODD** : Objectifs de Développement Durables  
**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONU Femmes** : Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des Femmes  
**PALU** : Paludisme  
**PAMS** : Plan d'Action Multisectoriel  
**PEV** : Programme Elargi de Vaccination  
**PID** : Maladie Inflammatoire Pelvienne  
**PLF** : Projet de Loi des Finances  
**P4H** : Réseau mondial sur la protection sociale en santé et aux systèmes de financement de la santé  
**PNG** : Politique Nationale Genre  
**PNL** : Programme National de Lutte  
**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire  
**PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme  
**PNLT** : Programme National de Lutte contre la Tuberculose  
**PPA** : Projet de Performance des Administrations  
**PPBS** : Planification, Programmation, Budgétisation, Suivi-Evaluation  
**PTME** : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant  
**PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH  
**RAP** : Rapport Annuel de Performance  
**RCA** : République Centrafricaine  
**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat  
**RR1** : Vaccin RR1  
**RSS** : Résumé de Sortie Standardisé  
**SD** : Syndrome de Déventilation  
**SIDA** : Syndrome Immunitaire déficitaire Acquis  
**SIGIPES** : Système de Gestion de l'Information du Personnel  
**SOP** : Procédures Standard Opérationnelles

**TARV** : Traitement Antirétroviral  
**TB** : Tuberculose  
**TPI** : Traitement Présomptif Intermittent  
**TDR** : Test de Diagnostic Rapide  
**UNDP** : Programme des Nations Unies pour le Développement  
**UPEC** : Unité de Prise en Charge  
**VGB** : Violence Basées sur le Genre  
**VIH/** : Virus de l'Immunodéficience Humaine  
**WMR** : World Malaria Report



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Schéma d'un cadre logique de programme.....	30
Tableau 2 : Grille et critères de notation des programmes.....	31
Tableau 3 : Cadre logique des programmes du Chapitre 40.....	32
Tableau 4 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2021-2023 .....	34
Tableau 5 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2022-2024 .....	36
Tableau 6 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2023-2025 .....	38
Tableau 7 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 045: Prévention de la maladie .....	40
Tableau 8 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 046: Promotion de la santé et nutrition .....	41
Tableau 9 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 047 : Renforcement du système de santé .....	45
Tableau 10 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 048 : Prise en charge des cas .....	46
Tableau 11 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 049 : Gouvernance et pilotage stratégique du système de sante .....	48
Tableau 12 : Cadre logique du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme au Cameroun 2019-2023 .....	51
Tableau 13 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLP 2019-2023.....	55
Tableau 14 : Cadre logique du Plan Stratégique national de Lutte contre la Tuberculose 2020-2024 .....	58
Tableau 15 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLT 2020-2024.....	73
Tableau 16 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prévention du VIH.....	76
Tableau 17 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prise en charge du VIH .....	78
Tableau 18 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH .....	78
Tableau 19 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet gestion des approvisionnements/ stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH .....	79
Tableau 20 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSN VIH 2018-2023.....	80
Tableau 21: budgétisation des activités sensibles au genre du MINSANTE en 2022 (en milliers).....	85

Tableau 22 : Analyse genre dans le budget du MINSANTE par programmes en 2022 (données en milliers de FCFA).....	87
Tableau 23 : Budgétisation des activités sensibles au genre du MINSANTE en 2023 (en milliers).....	88
Tableau 24 : Notation des programmes budgétaire en fonction du budget genre en 2023 ...	92
Tableau 25 : Analyse comparatives des allocations et ratios par programmes de 2022 à 2023 .....	93
Tableau 26 : Budget genre du Programme Palu 2022.....	94
Tableau 27: Analyse genre dans le budget du Programme Palu par pilier en 2022 (données en milliers de FCFA).....	95
Tableau 28 : Budget genre du Programme TB 2022 .....	95
Tableau 29: Analyse genre dans le budget du Programme TB par pilier en 2022 (données en FCFA).....	97
Tableau 30 : Budget genre du Programme VIH 2022 Prévention du VIH .....	97
Tableau 31: Analyse genre dans le budget du Programme VIH par Effet en 2022 (données en milliers de FCFA).....	102
Tableau 32 : Exécution des activités genre sensible dans le budget 2022 du MINSANTE .	104

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Pyramide des âges de la population en 2017 .....	16
Graphique 2 : Répartition (%) des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années précédant l'enquête EDSC 2018 .....	21
Graphique 3 : Sexualité précoce hommes-femmes .....	22
Graphique 4 Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2021-2023.....	34
Graphique 5 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2022-2024.....	36
Graphique 6 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2023-2025.....	38
Graphique 7: Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLP 2019-2023.....	56
Graphique 8 : Graphique Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLT 2020-2024 .....	74
Graphique 9 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSN VIH 2018-2022 .....	82

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte du Cameroun .....	iii
Figure 2: Grille d'analyse genre des politiques et programmes.....	5
Figure 3 : Evolution du taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes.....	20
Figure 4 : Prévalence du VIH/SIDA (15-49 ans) .....	23
Figure 5 : Les populations prioritaires retenues dans le PSN 2018-2023.....	75

## RESUME EXECUTIF

- **Vue d'ensemble**

Il est de plus en plus admis et reconnu que la promotion des droits humains et la lutte contre la pauvreté ne pourront se réaliser sans l'élimination des inégalités entre les femmes et les hommes, les filles et garçons dans tous les secteurs de développement et à tous les niveaux de la vie sociale. Le dessein de lier la question de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes à la croissance économique en vue de l'émergence et du développement durable, est devenu incontournable dans toutes les perspectives des politiques économiques et sociales et d'évolution des sociétés. Les initiatives publiques et privées subséquentes, adossées sur le principe de l'égalité entre les êtres humains tel qu'énoncé dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, doivent par conséquent être conçues, articulées et orientées de manière à résorber les discriminations à l'égard des femmes.

L'atteinte d'un tel objectif exige de réels changements dans la façon d'analyser les situations des politiques sectorielles visant le développement du Cameroun. Par conséquent, il convient de mieux faire ressortir, dans tous les domaines et autant que possible, les inégalités entre les femmes et les hommes, d'analyser comparativement les déterminants des inégalités relevées et de proposer sur la base des écarts constatés, les stratégies de réponses efficaces et pertinentes pour réaliser l'égalité. Ceci justifie, par conséquent, l'adoption de l'approche genre comme outil d'analyse, de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des politiques de développement.

La Budgétisation Sensible au Genre apparaît donc comme une démarche efficace pour garantir une planification équitable et pertinente des ressources en s'assurant de leur allocation suffisante et optimale dans la mise en œuvre des politiques et stratégies publiques visant la réduction du fossé femmes-hommes.

Afin de suivre cette orientation, le Ministère de la Santé a réalisé en 2020, une étude pour évaluer les politiques relatives au genre dans la santé du Cameroun, en collaboration avec le P4H et la GIZ. L'objectif de l'étude était d'analyser la transformation sociale favorable aux femmes à travers le processus de budgétisation en utilisant la méthodologie à l'aide de l'outil « Equity Budgeting Tool ». Selon les résultats de cette étude, des discriminations de genre persistent dans le secteur de la santé, même si des efforts sont déployés pour les réduire. Les inégalités sont visibles au niveau de l'accessibilité à certains soins de santé pour les femmes et dans certains groupes spécifiques en milieu rural où se pose avec acuité la question de disponibilité des médicaments et structures de santé. Ainsi, la persistance de ces inégalités contredit les discours politiques et les stratégies nationales qui énoncent l'élimination des inégalités liées au genre.

C'est dans ce contexte que le **Projet BACKUP SANTE** de la GIZ, a commandité la présente étude qui se situe dans la continuité des initiatives antérieures mises en œuvre, afin de mieux comprendre les enjeux genre dans le financement de la santé, afin d'atteindre les objectifs de la Couverture Santé Universelle.

L'étude avait pour objectif général d'analyser l'évolution du budget du MINSANTE en matière de prise en compte du genre. De manière plus spécifique, il était question de : i) analyser la sensibilité genre du budget du MINSANTE de 2021 à 2023 ; ii) analyser la prise en compte du genre dans le budget 2023 ; iii) analyser le niveau de prise en compte du genre dans le budget des trois programmes (Palu, TB et VIH/SIDA), au-delà du budget global de la santé ; iv) déterminer la part du budget de la santé, jugée sensible au genre de manière globale ; v) analyser par programme budgétaire le degré de prise en compte du genre ; vi) révéler les insuffisances dans la démarche de Budgétisation sensible au Genre ; vii) faire des recommandations pour améliorer la prise en compte du genre afin d'atteindre les objectifs de la CSU.

L'étude a été principalement conduite au sein du Ministère de la Santé et des trois principaux programmes dudit département sur le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/SIDA, à travers une approche mixte basée sur les méthodes quantitatives et qualitatives. La recherche a été conduite en plusieurs phases dont : (1) Le rapport initial qui intègre une analyse rapide de la situation du genre dans le pays et le cadrage méthodologique de l'étude; (2) L'analyse des programmes du Ministère de la santé à travers l'utilisation du Marqueur de genre appliqué au Cameroun; (3) la collecte des données quantitatives sur le budget du MINSANTE et des principaux programmes ciblés ; (4) La collecte des données qualitatives pour explorer les causes et écarts entre les attitudes et pratiques , les barrières au changement de comportement en matière de genre dans la définition , la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes budgétaires ; (5) la phase finale de priorisation au cours de laquelle les résultats ont été synthétisés , puis examinés au cours d'un atelier de restitution pour vérification et consolidation.

En termes de résultats, le diagnostic genre du secteur de la santé a permis d'identifier comme problème majeur la «faible capacité du système de santé à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif». En effet, le système de santé actuel ne permet pas de prévenir de façon adéquate les événements qui influencent négativement la santé et d'assurer suffisamment et de manière efficace, la promotion de la santé des populations et une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie. En pratique, la faible capacité du système de santé à répondre efficacement aux besoins de bien-être de la population se traduit par des indicateurs sanitaires peu satisfaisants avec notamment une morbi-mortalité élevée, un accroissement des dépenses de santé et une diminution de la force de travail.

Bien que le cadre normatif, institutionnel, technique et statistique du MINSANTE ne soit pas suffisamment structuré autour de la question de Budgétisation Sensible au Genre, les responsables de ce département reconnaissent tous l'importance de la prise en compte du genre dans les programmes budgétaires de ce département ministériel. L'une des évidences de cette acception est qu'un groupe de travail provisoire sur BSG a été mis en place pour préparer le budget de l'exercice 2023. Par conséquent la perspective genre a été significativement intégrée dans certains programmes de ce ministère.

Un autre constat permet de noter qu'il existe une évolution sur la « genderisation » des programmes budgétaires au fil du temps, lorsqu'on compare les programmes sur la période de 2021 à 2023. Ceci démontre une volonté politique de cette administration à adresser la problématique des inégalités entre les hommes et les femmes. Tout de même, il y'a encore de nombreux efforts à faire au niveau de la construction des indicateurs désagrégés par

sexe, de l'identification des activités genre sensibles et de l'affectation de budgets conséquents. Egalement, l'on note que les programmes 047 sur le Renforcement du système de santé et 049 sur la Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé nécessitent un effort de priorisation de la question de genre. S'agissant particulièrement du programme 047 qui porte la Couverture Santé Universelle, il sera davantage question de travailler plus sur la demande de services plutôt que sur l'offre, car on peut bien améliorer l'infrastructure de santé, mais si les populations vulnérables dont les femmes n'ont pas accès à celles-ci, tous les efforts déployés par le gouvernement pour améliorer la santé des populations seront vains.

Dans l'ensemble, le tableau programmatique du MINSANTE pour l'exercice 2023 reflète bien la problématique du genre. Les activités genre sensibles ont été inscrites dans tous les programmes, mais avec une attention divergente selon les programmes. Egalement, il faudrait relever le doute sur la qualité genre sensible de certaines activités. Cet écueil pourrait être élagué si une nouvelle nomenclature budgétaire est établie, permettant de mieux circonscrire ce qui est genre sensible ou non. Une autre question porte sur la nécessité d'étendre les interventions à toutes les femmes. Le MINSANTE accorde une place importante aux femmes enceintes ou allaitantes. Bien que cette option soit louable, il serait nécessaire d'étendre ces interventions en faveur du genre à d'autres hommes et femmes en situation de vulnérabilité afin que le principe « Ne laisser personne de côté » n'apparaisse pas comme un simple slogan ; tant une bonne frange de la population vulnérable n'a pas encore un accès équitable aux services de santé.

Pour ce qui est des programmes de lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH, l'étude permet de relever des résultats divergents selon ces programmes prioritaires de santé. D'une part, les cadres logiques de ces programmes ont été construits sous des formats différents. Seul le Programme VIH a bâti son cadre logique selon une approche axée sur les résultats, ce qui permet de percevoir les changements produits par les interventions auprès des populations bénéficiaires.

S'agissant du Programme Paludisme, seul le Pilier 3 relatif aux principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme, intègre la dimension genre, puisqu'il accorde une attention particulière aux femmes enceintes. Toutes les autres catégories de femmes vulnérables (femmes pauvres, handicapées, déplacées internes, 3<sup>e</sup> Age, autochtones...) ne bénéficient pas prioritairement des interventions. Il en est également des hommes appartenant aux catégories vulnérables. Il faudrait noter que le programme n'a pas conduit une analyse de situation axée sur le genre afin de décrypter les disparités entre les hommes et les femmes ; ce qui peut paraître comme une faiblesse quant aux interventions planifiées, qui pourraient produire des discriminations. Egalement, l'on note que la plupart des indicateurs ne sont pas ventilés par sexe et ne permettent pas de mesurer les progrès vis à vis des hommes et des femmes.

En ce qui concerne le programme Tuberculose, une analyse de la situation épidémiologique selon le sexe a été conduite, montrant la vulnérabilité de la femme par rapport à l'homme. Cependant, cette situation n'a pas été traduite dans la planification du programme et la plupart des interventions sont neutres vis-à-vis du genre. Un effort devrait être fait au niveau de la construction des indicateurs sexués et le ciblage des activités genre dans les plans de travail annuels pour corriger cette faiblesse.

Pour ce qui est du programme VIH, le genre est bien reflété dans la plupart des effets. Cependant, le programme a axé ses interventions sur certaines catégories considérées



comme populations clés. Il y a nécessité de conduire une bonne analyse genre en début de la nouvelle phase afin de faire un bon ciblage des bénéficiaires. Les femmes en situation de vulnérabilité, de violences sexuelles et basées sur le genre et victimes de stigmatisations ne sont pas suffisamment intégrées dans les interventions. L'on a par exemple pu noter lors des entretiens que les femmes vivant avec le VIH sont susceptibles d'être plus discriminés que les hommes. En outre, le volet autonomisation économique des PVVIH est encore assez faible et pas suffisamment adressé et il n'existe pas d'actions spécifiques pour les femmes. Un effort devrait également être fait pour la prise en compte du genre au niveau des résultats de développement ayant trait à l'offre de services.

En ce qui concerne la prise en compte du genre dans le budget global du MINSANTE, l'on a pu noter une évolution en dents de scie dans les programmes budgétaires. D'une manière générale, l'on note une baisse globale du budget genre au niveau du ministère entre 2022 et 2023, mais une évolution dans le financement des activités genre dans certains programmes. C'est le cas avec les programmes 045, 046 et 047 qui ont fourni des efforts qualitatifs. Par contre les programmes 048 et 049 ont connu une régression considérable dont les raisons restent à élucider. C'est justement ces deux programmes qui ont tiré vers le bas la notation genre du MINSANTE. Ce constat trouverait sa raison sur le niveau de sensibilité genre des responsables de programmes, la capacité ou non à repérer et à inscrire les activités genre dans les programmes budgétaires et à y allouer des budgets conséquents, au caractère équivoque de certaines activités qualifiées genre à tort ou à raison, à l'absence d'une nomenclature des dépenses genre sensibles. Tout de même, force est de reconnaître que dans l'ensemble, le MINSANTE, comparativement à d'autres départements ministériels pilotes fournit des efforts appréciables en matière de BSG qui méritent d'être consolidées lors des travaux à venir.

En termes de réalisations, il convient de relever que la prise en compte du genre dans le Sous-Secteur de la santé au cours de l'exercice 2022, s'est appuyée essentiellement sur neuf actions dans les programmes 045, 046, 048, et 049. Un montant total de 42.232.065.000 FCFA a été mobilisé contre 13 069.531.000 FCFA effectivement utilisés soit un taux d'exécution moyen de 31% avec des variations allant de 3,57% à 72,83 % entre actions. C'est dire que l'un des enjeux majeurs en matière de Budgétisation sensible au Genre tant au MINSANTE que dans d'autres départements ministériels consiste à traquer le budget genre non seulement au niveau de la planification, mais aussi et surtout au niveau de l'exécution budgétaire.

- **Points saillants des recommandations**

Les recommandations formulées à l'issue de l'étude comprennent un ensemble d'actions immédiates et à moyen terme qui peuvent contribuer à améliorer les performances du MINSANTE en matière de Budgétisation Sensible au Genre. Elles sont subdivisées en deux catégories : Celles visant l'application effective et efficace de la démarche BSG au MINSANTE, et celles portant les perspectives du genre pour la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle.

S'agissant du premier volet, l'étude propose de : organiser une session annuelle d'imprégnation et d'appropriation des responsables de programmes et contrôleurs de gestion sur la Politique Nationale Genre, les sections genres des circulaires présidentielles et sur la circulaire du MINFI relatives à la Budgétisation sensible au Genre ; créer un comité BSG au MINSANTE présidé par le Secrétaire Général, et intégrant les responsables de programmes,

les contrôleurs de gestion et les points focaux genre et BSG; organiser des sessions de renforcement des capacités des responsables de programmes et contrôleurs de gestion sur la Budgétisation Sensible au Genre ;solliciter l'appui technique du MINPROFF pour le renforcement des capacités sur la BSG en début de préparation du budget ;adopter un texte fixant le taux des activités genre à 5% au sein des programmes ;améliorer la production du RAP afin de mettre en lumière les activités genre réalisées au cours de l'année N-1, y compris des indicateurs associés ; prendre en compte de manière effective la dimension genre dans les programmes budgétaires et doter les activités genre fléchées d'un montant budgétaire conséquent (Les activités genre à l'intérieur d'un programme doivent constituer au moins 5% du budget du programme hormis les salaires et budgets transférés) ;solliciter l'appui technique et financier des partenaires ONU Femmes et GIZ pour une meilleure prise en compte du genre dans les programmes ;revoir et actualiser les textes normatifs sur la santé et y intégrer les aspects genre ;intégrer la dimension genre dans les documents programmatiques du MINSANTE (notamment lors de la révision de la SSS et du PNDS) ;revoir la structure des programmes actions, lors de la révision du CSP du MINSANTE afin d'y intégrer les aspects genre ; revoir le dispositif de suivi-évaluation des programmes en élaborant des d'indicateurs sexodésagrégés, y compris les baselines et les cibles associées ; ajouter dans le dispositif de suivi-évaluation, des indicateurs qui mesurent l'accès des populations aux services de santé ;conduire une analyse Genre Sectorielle au MINSANTE ;élaborer un guide de bonnes pratiques sur la BSG au MINSANTE permettant de disposer d'un instrument d'orientation des intervenants dans ce domaine ; améliorer le fléchage des activités genre et des budgets conséquents dans le système d'information budgétaire ; instaurer la thématique de genre dans le dialogue de gestion ;doter des ressources suffisantes pour la conduite des activités de formation sur le genre et la BSG ;accentuer la sensibilisation sur le genre auprès des acteurs du dialogue de gestion en général et en particulier auprès de ceux de la chaîne de préparation du budget ; identifier dans chaque programme un responsable qui s'assurera de la prise en compte du genre dans le cadre du dialogue de gestion ;formaliser une circulaire ministérielle instruisant à chaque structure de produire dans tout rapport, les données sexo-désagrégées.

Pour ce qui des trois grands programmes du MINSANTE (TB, Palu et VIH) , l'étude recommande de : revoir les cadres logiques des programmes TB et Palu afin de les présenter sous un format axé sur les résultats ; harmoniser les instruments de planification des programmes TB, Palu et VIH ;outre les femmes enceintes, étendre les interventions relatives à la TB, Palu et VIH à l'endroit des autres femmes (femmes pauvres, handicapées, déplacées internes, 3<sup>e</sup> Age, autochtones...) et hommes des catégories vulnérables ; améliorer la prise en compte du genre dans les piliers et composantes - programmes ;désigner un point focal genre au sein de chacun des programmes ; intégrer les variables sur le sexe lors de l'analyse genre de la situation du Paludisme, et de la Tuberculose ; présenter les activités planifiées et réalisées selon la logique axée sur les résultats ; présenter les indicateurs ventilées par sexe dans tous les programmes afin de mesurer les progrès vis à vis des hommes et des femmes ; rendre visibles les activités genre desdits programmes (réduction des inégalités hommes/femmes) et allouer un budget conséquent ;organiser des sessions de renforcement des capacités des responsables de programmes et contrôleurs de gestion sur la Budgétisation Sensible au Genre ; solliciter l'appui technique du MINPROFF pour le renforcement des capacités sur la BSG en début de préparation du budget ; améliorer la production du RAP afin de mettre en lumière les activités genre réalisées au cours de l'année N-1 y compris des indicateurs associés ;prendre en compte de manière effective la dimension genre dans les programmes

budgétaires et doter les activités genre fléchées d'un montant budgétaire conséquent (Les activités genre à l'intérieur d'un programme doivent constituer au moins 5% du budget du programme hormis les salaires) ; intégrer les femmes en situation de vulnérabilité, de violences sexuelles et basées sur le genre et victimes de stigmatisations dans les interventions du programme VIH ; intégrer le volet autonomisation économique des PVVIH dans le dispositif de la réponse.

En ce qui concerne le second volet des recommandations sur les perspectives du genre pour la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle, l'étude propose de : améliorer la production des données ventilées par sexe pour surveiller les progrès ainsi que les obstacles à l'accès aux services de soins de santé. Tant qu'il n'en sera pas ainsi, il sera difficile de suivre les paiements à la charge des patients et les soins non rémunérés au sein de la famille ; concevoir un nouveau contrat social qui répond aux besoins des femmes et des filles ; associer davantage de femmes à la prise de décision et à la définition des politiques de santé, et redéfinir une CSU inclusive ; augmenter les populations couvertes (ex. la proportion de population ayant besoin d'un service qui y a accès) et les protéger du risque financier d'une manière qui promeut l'équité et optimise les débouchés sanitaires.

# INTRODUCTION

Le présent rapport a pour but de présenter les résultats de l'analyse de la Budgétisation sensible au Genre dans le Budget 2023 du Ministère de la Santé. Cette étude a été commanditée par le Projet BACKUP SANTE de GIZ-Cameroun pour informer sur le niveau de prise en compte de la dimension genre dans les budgets de la santé au Cameroun. L'étude a été conduite par un consultant individuel, M. Joseph Bonaparte NGORO, Expert en Genre, Planification et Inclusion sociale.

## 1. Contexte

### 1.1. Aperçu du projet BACKUP SANTE

BACKUP est un projet du Ministère Fédéral Allemand de la Coopération Economique et du Développement (BMZ) qui permet de s'assurer que les subventions sont utilisées de manière efficace en se concentrant sur les groupes cibles et en renforçant les systèmes de santé. De cette manière, il stimule l'efficacité et la durabilité des mesures financées. L'objectif du projet couvre les dimensions suivantes :

- Soutenir la coordination nationale des programmes financés au niveau mondial sur la base des stratégies nationales, des priorités de développement des systèmes de santé et des besoins des populations vulnérables ;
- Renforcer les institutions du système national de santé, afin d'améliorer leurs capacités à définir les priorités en matière de Résumé de Sortie Standardisé (RSS) dans le contexte de financement mondial ;
- Soutenir la gestion intégrée des services de santé au niveau régional dans le contexte des mécanismes de financement mondiaux ;
- Soutenir les pays dans leur capacité à minimiser l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de santé.

L'équité, l'égalité des sexes et les droits humains sont des thèmes transversaux importants qui sont intégrés dans tous les projets Back Up dans la mesure du possible.

Depuis 2020, BACKUP SANTE a entamé une nouvelle phase de projet avec une période de mise en œuvre de trois (03) ans (Avril 2020-Aout 2023) et se trouve présente au Cameroun.

### 1.2. Rationale de l'étude

Dans sa marche vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), le Cameroun adopté en juillet 2020, le document de Stratégie Nationale pour le Développement (SND30), qui constitue la deuxième tranche de la Vision 2035 et le cadre de référence des interventions du gouvernement avec ses partenaires pour la période 2020-2030. L'un des objectifs retenus dans ce document est d'améliorer la gouvernance pour renforcer la performance de l'action publique en vue de l'atteinte des objectifs de développement. Pour atteindre cet objectif, un des enjeux majeurs est de s'assurer que les interventions mises en route participent à la réduction du fossé entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons dans divers secteurs du développement national.

En effet, la SND 30 s'appuie sur les leçons tirées de la mise en œuvre du DSCE dont elle prend le relais jusqu'en 2030. Ces leçons mettent l'accent sur la nécessité de réduire les inégalités de genre et de promouvoir l'éducation des filles en tant que levier passible de lever les contraintes liées à l'inadéquation entre la croissance économique et les conditions de vie des populations. Partant de ces recommandations, la SND 30 intègre le principe de l'équité et du développement équilibré dans ses orientations et priorités et érige ainsi au niveau du pilier relatif au développement humain, un axe d'intervention dédié à la promotion du genre et de l'équité.

Bien que l'environnement politique, économique et social du Cameroun soit favorable à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes, force est de relever la persistance des inégalités de genre dans tous les secteurs et qui constituent des obstacles à une croissance inclusive. En effet, les plans, programmes, stratégies et budgets nationaux qui énoncent les priorités du développement ne prennent toujours pas en compte de manière pertinente les engagements en faveur de l'égalité des sexes. Pourtant, le principe d'égalité des sexes consacré dans différents instruments juridiques internationaux ratifiés par le Cameroun, est inscrit dans la Constitution du 18 Janvier 1996 et traduit dans les lois et cadres de politiques stratégiques au niveau national.

S'agissant particulièrement du budget, il convient de constater qu'en dépit des circulaires présidentielles relatives à la préparation du budget qui insistent toutes sur la prise en compte du genre à travers la mise en œuvre de la Budgétisation Sensible au Genre (BSG), l'on note encore des insuffisances de termes de prise en compte des besoins, intérêts et préoccupations des hommes et des femmes, des filles et garçons dans les politiques publiques. Par exemple, il est fort loisible de constater que la part de budget consacrée à la réduction des inégalités entre les hommes et les femmes dans tous les secteurs reste très insignifiante, traduisant ainsi une faible prise en compte de l'effet catalyseur évident que la réduction des inégalités, surtout celles existantes entre les hommes et les femmes, pourra avoir sur l'accélération de la réalisation des ODD et partant, l'atteinte des objectifs de la SND 30.

Pourtant, le Gouvernement s'est engagé dans l'opérationnalisation de la Budgétisation Sensible au Genre depuis 2011, avec pour objectif de prendre en compte les besoins, intérêts, aspirations et préoccupations des hommes et des femmes, des filles et des garçons, ainsi que d'autres catégories vulnérables dans la mise en œuvre de sa politique économique et sociale. Ainsi, les instructions du Chef de l'Etat relatives à la préparation du budget recommandent depuis 2010, la prise en compte du genre dans les politiques, les stratégies, les programmes et les budgets de tous les secteurs en lien avec la Politique Nationale Genre.

Afin de suivre cette orientation, le Ministère de la Santé a réalisé en 2020, une étude pour évaluer les politiques relatives au genre dans la santé du Cameroun, en collaboration avec le P4H et la GIZ. L'objectif de l'étude était d'analyser la transformation sociale favorable aux femmes à travers le processus de budgétisation en utilisant la méthodologie à l'aide de l'outil « Equity Budgeting Tool ». Selon les résultats de cette étude, des discriminations de genre persistent dans le secteur de la santé, même si des efforts sont déployés pour les réduire. Les inégalités sont visibles au niveau de l'accessibilité à certains soins de santé pour les femmes et dans certains groupes spécifiques en milieu rural où se pose avec acuité la question de disponibilité des médicaments et structures de santé. Ainsi, la persistance de ces inégalités contredit les discours politiques et les stratégies nationales qui énoncent l'élimination des inégalités liées au genre.

Dans la perspective d'inverser cette tendance, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) prévoit l'élimination des inégalités de genre au niveau de l'axe stratégique 3 pour améliorer l'accès aux soins à tous. Plus encore, le Ministère de la Santé a été ciblé parmi les huit (08) départements ministériels pilotes chargés d'implémenter la démarche de Budgétisation sensible au Genre depuis l'exercice 2022, grâce à l'accompagnement du Centre Régional de Développement des Capacités du Fonds Monétaire International pour l'Afrique Centrale (AFRITAC Centre ou AFC) au Gouvernement du Cameroun. Cet accompagnement a été complété par celui des autres partenaires techniques et financiers tel qu'ONU Femmes et GIZ.

C'est donc dans ce contexte que le Ministère de la Santé en collaboration avec la Personne focale du réseau P4H au Cameroun, a organisé, du 22 au 25 Aout 2022 à Ebolowa, un atelier sur la Budgétisation Sensible au Genre sur la base du Cadre de dépenses à moyen terme 2023 du Ministère de la Santé. Cet atelier qui a connu la participation des principales administrations impliquées dans la BSG, notamment le Ministère de la Santé, le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, le Ministère des Finances, ainsi que des Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la Santé notamment l'OMS, la GIZ et l'AFD, visait à traduire en actions, les instructions données par le Chef de l'Etat à travers la Lettre de Circulaire budgétaire pour la préparation du budget 2023.

Cet atelier a relevé deux constats majeurs. Pour le Ministère de la Santé, la réforme relative à la démarche BSG devra tenir compte de :

- la phase pilote de la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) en 2023
- la stratégie de financement de la santé.

S'agissant des implications des inégalités liées au genre sur la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU), l'on a pu relever qu'il existe encore des inégalités liées à l'accessibilité aux services de santé à certains groupes vulnérables du fait des considérations socio-culturelles, des barrières géographiques, mais aussi du fait de la disponibilité des services de santé adaptés aux besoins des populations cibles. Dans un contexte de mise en place de la CSU, il est donc indispensable de corriger ces inégalités et ces iniquités pour permettre à toute la population d'avoir accès aux soins de santé de qualité.

Pour ce qui est de la prise en compte du genre dans les politiques et stratégies du secteur santé, notamment le PNDS et la stratégie de financement de la santé, il en est ressorti de manière globale, que la thématique est prise en compte et s'affiche comme une priorité pour faciliter l'accès aux soins à tous, sans discrimination aucune. Toutefois, il reste son opérationnalisation effective et son intégration dans les différents mécanismes de financement de la santé en cours. Pour ce qui est de la codification du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2023 du ministère de la Santé sous le prisme genre, l'on a pu noter d'une manière générale, que 56% du montant prévisionnel du budget 2023 du Ministère de la Santé est jugé « Genre-sensible ». mais, bien que ce résultat soit appréciable, le niveau doit encore être relevé surtout dans un contexte de mise en place de la CSU.

Fort de ces constats, l'atelier d'Ebolowa a jeté les bases d'une réflexion profonde mais a aussi révélé une certaine volonté politique dans ce domaine. Mais, il reste que cette

volonté soit matérialisée en actes concrets. C'est ainsi que des recommandations avaient été formulées pour :

- la formation des acteurs de la chaîne de budgétisation ;
- le renforcement du leadership du Ministère de la santé dans l'implémentation genre dans le domaine de la santé ;
- la nécessité de faire jouer l'équité dans tous les secteurs de développement sanitaire ;
- la nécessité de s'assurer que les inégalités liées au genre sont prises en compte lors des formulations des mécanismes de financement de la santé et leur mise en œuvre effective ;
- la nécessité de poursuivre la sensibilisation des premiers responsables du Ministère de la Santé sur l'importance du genre dans la conduite des activités d'accessibilité aux soins de santé pour tous ;
- la nécessité de conduire une analyse complète du budget de la santé selon l'approche genre et de diffuser les résultats après validation par la hiérarchie.

C'est dans ce contexte que le **Projet BACKUP SANTE** a commandité la présente étude qui se situe dans la continuité de la formation d'Ebolowa et de l'appui de la GIZ et des partenaires de la santé pour réduire les inégalités basées sur le genre afin d'atteindre les objectifs de la CSU.

## **2. Objectifs de l'étude**

### **2.1. Objectif général**

L'objectif général est d'analyser l'évolution du budget du MINSANTE en matière de prise en compte du genre.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

De manière plus spécifique, l'étude se propose de :

OS1 : Analyser la sensibilité genre du budget du MINSANTE de 2021 à 2023,

OS2 : Analyser la prise en compte du genre dans le budget 2023 ;

OS3 : Analyser le niveau de prise en compte du genre dans le budget des trois programmes (Palu, TB et VIH/SIDA), au-delà du budget global de la santé ;

OS4 : Déterminer la part du budget santé jugée sensible au genre de manière globale ;

OS5 : Analyser par programme budgétaire le degré de prise en compte du genre ;

OS6 : Révéler les insuffisances dans la démarche de Budgétisation sensible au Genre ;

OS7 : Faire des recommandations pour améliorer la prise en compte du genre afin d'atteindre les objectifs de la CSU.

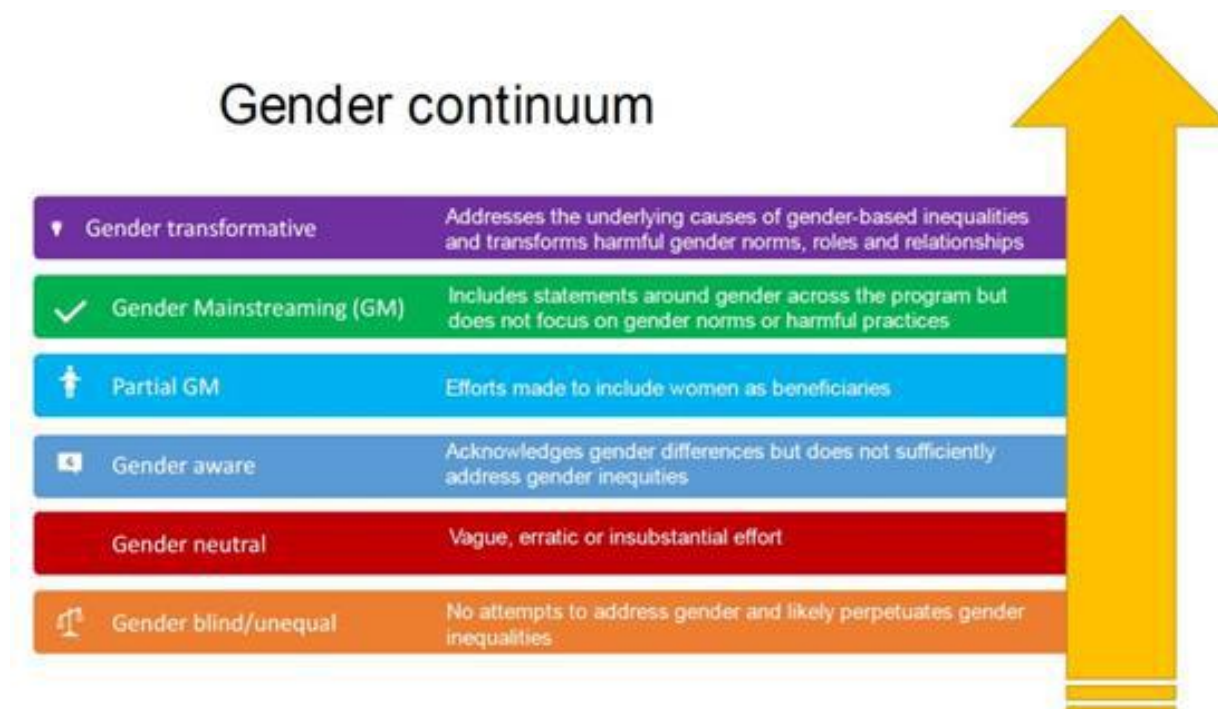
## **3. Méthodologie de l'analyse**

La méthodologie a été essentiellement adossée sur l'approche inclusive et participative à travers la démarche de gender mainstreaming. Selon le Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité (EG-S-MS) du Conseil de l'Europe, le gender mainstreaming est : « la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques ». Une politique qui intègre la dimension de genre est une politique par laquelle, on a examiné de manière comparative la situation des femmes et des hommes concernés, on a identifié les éventuelles inégalités entre les sexes, et on a cherché à les réduire ou à les éliminer.



Le gender mainstreaming est une approche transversale, c'est-à-dire une approche qui s'applique à tous les domaines politiques (ex : Emploi, Affaires sociales, Finances, Santé, Mobilité, Justice,...). En outre, c'est une approche structurelle qui s'applique à toutes les phases du cycle de programmation (préparation, décision, mise en œuvre, évaluation) et qui concerne tous les acteurs impliqués dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques. Le fait de vérifier l'impact potentiellement différent pour les femmes et les hommes de toute mesure politique envisagée doit en effet devenir un réflexe, un automatisme pour chaque agent impliqué dans les différentes phases du cycle politique. Elle est également une approche préventive puisqu'elle a notamment pour objectif d'éviter que les pouvoirs publics ne mettent en place des politiques qui créent ou accentuent des inégalités entre hommes et femmes.

**Figure 2: Grille d'analyse genre des politiques et programmes**



Forts de ces principes, l'analyse BSG du MINSANTE a utilisé une approche mixte basée sur les méthodes quantitatives et qualitatives. La recherche a été conduite en plusieurs phases dont : (1) Le rapport initial qui intègre une analyse rapide de la situation du genre dans le pays et le cadrage méthodologique de l'étude; (2) L'analyse des programmes du Ministère de la santé à travers l'utilisation du Marqueur de genre appliqué au Cameroun; (3) la collecte des données quantitatives sur le budget du MINSANTE et des principaux programmes ciblés ; (4) La collecte des données qualitatives pour explorer les causes et écarts entre les attitudes et pratiques , les barrières au changement de comportement en matière de genre dans la définition , la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes ; (5) la phase finale de priorisation au cours de laquelle les résultats ont été synthétisés , puis examinés au cours d'un atelier de restitution pour vérification et consolidation.

Pour les besoins d'ordre éthique, la collecte d'informations a été faite sur la base du consentement libre, éclairé et préalable des personnes interviewées. Ce consentement leur a été demandé après explication des objectifs de l'étude ainsi que l'usage qui sera fait des informations collectées. Tout ceci s'est fait dans le cadre du strict respect des normes éthiques et les meilleures pratiques mondiales, et des lois régissant les études et enquêtes au Cameroun.

#### 4. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

L'analyse BSG du budget du Ministère de la Santé n'a pas été totalement aisée au niveau de la collecte de certaines informations. Ainsi, les principales difficultés ont porté sur :

- la faible disponibilité des responsables des services techniques pour se soumettre aux entretiens. Cette difficulté a limité la taille de l'échantillon des personnes enquêtées individuellement et sérieusement impacté sur le calendrier de l'étude ;
- la lenteur et parfois la réticence de certains acteurs à fournir les informations demandées notamment en ce qui concerne les budgets ;
- les préjugés et prénotions autour de la question du genre ;
- l'insuffisance de données recherchées dans certains documents ;
- l'absence de statistiques sexodésagrégées fiables dans certains cas ;

Pour ce qui est des limites du travail, certaines données de l'étude comme par exemple le niveau de maîtrise des connaissances acquises en genre sont fondées uniquement sur les déclarations des enquêtés et non sur un test. Aussi, elles peuvent comporter des biais. Une autre limite de cette étude est que l'échantillon des personnes qui ont été enquêtées n'est pas suffisamment représentatif, ce qui ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur certaines analyses. Néanmoins, cette faiblesse a été palliée par la disponibilité des documents budgétaires.

#### 5. Plan du rapport

Le présent rapport d'analyse est articulé en six (06) chapitres :

**Le chapitre 1** fixe le cadre conceptuel de l'approche BSG au Cameroun et présente le cadre référence sous-jacent à la BSG afin de mieux comprendre la portée et l'étendue de la présente étude dans sa démarche et son contenu.

**Le chapitre 2** porte sur le contexte global du secteur de la santé et met en relief d'une part, les caractéristiques générales du pays et, d'autre part, les dynamiques sexospécifiques dans le domaine de la santé.

**Le chapitre 3** fait analyse genre des programmes budgétaires du MINSANTE tout en mettant en lumière un diagnostic de l'opérationnalité de l'approche BSG au sein de ce département et une analyse genre des trois Programmes Phares sur le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/SIDA.

**Le chapitre 4** présente une analyse genre des budgets du MINSANTE et des programmes Palu, TB et VIH/SIDA de 2021 à 2023 avec une emphase sur l'année 2023.

**Le chapitre 5** conduit une analyse des Forces et Faiblesses, des Opportunités et Menaces (FFOM) quant à la prise en compte du genre dans les budgets du MINSANTE et des trois programmes phares, puis met en exergue les causes de la faible prise en compte du genre dans certains programmes y compris dans la perspective de la Couverture Santé Universelle.

**Le chapitre 6** formule un ensemble de propositions pour un meilleur ancrage de la perspective genre dans les budgets du MINSANTE et des trois programmes ciblés avec un focus sur la Couverture Santé Universelle.

## CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'APPROCHE BSG AU CAMEROUN

Dans le présent chapitre, il sera question de bien circonscrire le cadre de l'analyse genre du budget du MINSANTE tant, la question de Budgétisation Sensible au Genre est assez complexe et étendue. Dans un premier temps, il s'agira de définir les concepts de base liés à la BSG afin de susciter une compréhension commune par toutes les personnes ou institutions qui vont exploiter le présent rapport et qui travaillent sur la thématique. Ensuite, une définition de l'étendue de l'étude sera faite au regard de la démarche et des outils BSG utilisés au Cameroun.

### I.1. Définition des concepts de base liés à la BSG

**LE GENRE** : La notion de genre renvoie aux rôles et responsabilités construits par la société et attribués aux femmes et aux hommes dans une culture et un espace donné. Ces rôles et responsabilités subissent l'influence des perceptions et des attentes découlant de facteurs culturels, politiques, environnementaux, économiques, sociaux et religieux, et aussi des coutumes, de la loi, de la classe sociale, de l'ethnicité et de préjugés individuels et institutionnels. Les attitudes et les comportements des genres sont appris et peuvent être modifiés.

**LE SEXE** : Le sexe renvoie aux différences biologiques entre femmes et hommes qui sont universelles, évidentes et, en général, permanentes. La notion de sexe diffère de celle du genre, en ce sens que le sexe et les rôles qui y sont attribués sont innés, naturels et ne sont pas interchangeables ; tandis que le genre et ses rôles sont acquis par la société, ne sont pas naturels et peuvent changer dans l'espace et le temps.

**LA DISCRIMINATION SUR LE GENRE** : la discrimination sur le genre est traitement inégal et préjudiciable pour un individu ou un groupe parce-qu' fondé sur un stéréotype de genre; Elle peut aussi être appelée "sexisme" (et est souvent qualifiée de "discrimination sexuelle").

**L'EGALITE DES GENRES** : L'égalité des genres renvoie à l'égalité des droits, des responsabilités et des chances entre les femmes et les hommes et entre les filles et les garçons. L'égalité des genres implique que les intérêts, les besoins et les priorités des hommes et des femmes sont pris en compte dans la prise de décision. Il existe souvent une confusion entre l'égalité des genres et l'égalité des chances. Pour ce dernier concept, il s'agit en réalité, d'égalité d'accès aux opportunités autant pour les femmes et les hommes que pour les filles et les garçons.

**L'EQUITE ENTRE LES GENRES** : L'équité des genres renvoie à la justice entre les hommes et femmes. Contrairement à l'égalité, l'équité recommande de prendre en compte le statut et la condition de chacun en appliquant l'égalité. L'équité suit et complète donc la loi. On dit qu'une communauté pratique l'équité entre les genres quand il y a participation effective de l'ensemble de la population permettant d'obtenir une qualité de vie raisonnable et un accès égal aux biens, services, ressources, bénéfiques et possibilités découlant du développement.

**LES PREJUGES DE GENRE** : C'est la tendance à prendre des décisions ou des mesures hâtives et non vérifiées, fondées à tort sur le genre.

**LES PROBLEMES DE GENRE :** Ce sont des problèmes qui découlent de l'inégalité entre les femmes et les hommes.

**LA SENSIBILITE AU GENRE :** Avoir conscience des différences entre les besoins, les rôles, les responsabilités et les problèmes des femmes et des hommes et en tenir compte dans les programmes, les projets et les activités. Ceci inclut la prise en compte des rôles respectifs des femmes et des hommes dans une société quand on formule, exécute et évalue des politiques, des programmes et des projets.

**LE GENRE ET DEVELOPPEMENT [Gender and Development, GAD] :** Approche de développement qui se fonde sur les relations femmes hommes que détermine la société et non plus sur les femmes en tant que groupe. L'approche GED est centrée sur les forces sociales, économiques, politiques et culturelles qui déterminent la façon dont les hommes et les femmes peuvent participer à un projet, en profiter et contrôler ses ressources et ses activités.

**L'ANALYSE DE GENRE :** Méthode organisée pour tenir compte des questions de genre dans tout le processus de développement d'un programme, depuis la conceptualisation jusqu'à l'évaluation, en passant par l'identification des besoins, la conception, et l'exécution. L'analyse de genre a pour objectif de s'assurer que les projets et programmes de développement tiennent pleinement compte des rôles, des besoins et de la participation des femmes et des hommes. L'analyse de genre exige qu'on sépare par sexe les données et les informations (qui deviennent alors des données désagrégées) et qu'on comprenne comment le travail est réparti et évalué en fonction du sexe. Il faut faire cette analyse à toutes les étapes du processus de développement.

**L'INSTITUTIONNALISATION DU GENRE :** Elle désigne l'intégration systématique et de façon transversale des conditions, des priorités et des besoins propres aux femmes et aux hommes, aux filles et aux garçons dans toutes les politiques, tous les programmes, projets et budgets , ainsi que dans la structure interne d'une organisation en vue de promouvoir l'égalité et équité. L'institutionnalisation du genre suppose la participation active et effective des femmes et des hommes aux politiques, programmes et projets de développement et le bénéfice équitable par ces deux catégories des fruits qui en découlent.

**LE BUDGET :** Le budget constitue un acte à la fois juridique et comptable. Il est l'expression chiffrée de la politique économique et sociale du gouvernement. Le budget est un plan de revenus et de dépenses visant des objectifs fixés pour une période définie. Dans de nombreux pays, les budgets sont approuvés pour une durée d'un an uniquement, mais ils peuvent aussi servir sur une durée excédant une année. Le budget est un document politique important, car contenant, entre autres, des informations sur ce que le gouvernement entend délivrer au public. Il détermine la mesure dans laquelle les différents groupes de personnes (les femmes, les hommes, les filles et les garçons, et autres groupes) bénéficieront des services fournis par le gouvernement. Un budget est un acte juridique parce qu'il matérialise l'autorisation annuelle que le parlement donne au gouvernement pour réaliser son programme d'activité. Enfin, le budget est un document comptable qui retrace pour une année donnée les prévisions de recettes et de dépenses. Le budget est présenté, voté, exécuté et contrôlé grâce à la nomenclature budgétaire d'où l'utilité de connaître les types de classification et de codification des données budgétaires.

**LA BUDGETISATION SENSIBLE AU GENRE :** Consacrée sous le vocable de « Gender Mainstreaming » depuis 1995 à l'occasion de la 4<sup>ième</sup> Conférence mondiale des femmes à Pékin, l'intégration de la dimension genre dans les politiques publiques notamment celles budgétaires signifie que le budget de l'État ne se contentera plus de retenir quelques projets (2 ou 3) destinés à la prise en compte spécifique des besoins des femmes (Approche verticale), mais de veiller sur la répercussion que pourrait entraîner l'ensemble des décisions budgétaires sur la situation des hommes et des femmes (Approche horizontale). La BSG est une conception du budget qui tient compte de l'impact des plans des recettes et de dépenses sur les hommes et sur les femmes (et autres groupes) afin, au cas échéant, de corriger les inégalités apparues. Elle appelle donc à l'implication de l'équité entre hommes et femmes dans les indicateurs de performance budgétaire et à l'examen des conséquences politiques, économiques et sociales sur l'égalité des sexes.

Egalement, la BSG ne signifie pas des budgets distincts pour les hommes et les femmes ; elle ne signifie pas non plus uniquement l'accroissement des projets destinés aux femmes. Intégrer le genre dans le budget revient alors à s'interroger sur l'influence que pourrait avoir chaque opération budgétaire (dépense ou recette) sur la situation des femmes et des hommes et en tenir compte dans la programmation et l'exécution de ladite opération. Intégrer le genre dans le budget signifie en somme une prise en compte permanente et exhaustive de la dimension genre dans tout le processus budgétaire.

**LE CYCLE BUDGETAIRE :** Le budget est en principe préparé chaque année ; et la période entre un budget et le suivant est appelée cycle budgétaire. Au Cameroun, le cycle budgétaire débute le 1er janvier et s'achève le 31 décembre de chaque année et coïncide ainsi avec l'année civile. Bien que les approches de la préparation du budget diffèrent selon les pays, techniquement, trois phases essentielles restent constantes :

- **La planification budgétaire :** Elle comprend l'analyse de la performance de la gestion budgétaire précédente, la prévision des recettes et des dépenses, ainsi que l'établissement d'un ordre de priorité dans les activités et projets, un processus conduisant à la planification des actions.
- **La formulation du budget :** Elle comprend l'émission de directives par le Ministère des Finances aux Ministères sectoriels pour la préparation du budget, la préparation d'un budget estimé par les ministères sectoriels ainsi que les consultations budgétaires aboutissant à l'élaboration d'un document-cadre budgétaire ou stratégie budgétaire.
- **L'approbation du budget :** Le processus commence par la soumission du budget au parlement (Assemblée Nationale et Sénat) par le Gouvernement à travers le Ministre des Finances, puis l'examen minutieux du budget et l'organisation de sessions budgétaires par les députés et sénateurs en leurs seins respectifs et ensuite son approbation. L'aboutissement du processus de préparation du budget est l'approbation de ce dernier par l'Assemblée nationale et sa promulgation dans une loi : la Loi du de finances, qui régit les dépenses pour une période budgétaire donnée, afin d'assurer que les fonds sont effectivement dépensés pour les activités planifiées.

## **I.2. Cadre d'analyse BSG au Cameroun**

Dans le cadre de la présente étude, l'analyse BSG sera alignée aux pratiques d'application de cette approche au Cameroun. Cette option permet de mieux faire une démarcation par rapport aux initiatives BSG telles que pratiquées dans d'autres pays et de mieux comprendre le cadre d'analyse proposé. Elle sera donc conduite d'une part, à travers le processus BSG et, d'autre part, à travers les outils BSG.

### **I.2.1. Le processus BSG**

La démarche qui sera suivie pour l'analyse de l'expérimentation de la BSG au MINSANTE sera adossée sur les principales orientations données par AFRITAC-Centre pour appuyer le Cameroun dans ce processus.

Ainsi, l'analyse consistera à décrire la démarche d'introduction de la perspective genre tout au long du cycle budgétaire en garantissant son unicité. Cette étape passe par la prise en compte du genre dans les étapes suivantes :

#### **➤ Phase préparatoire :**

La prise en compte du genre dans la phase préparatoire du budget consiste à conduire sous le prisme du genre, un état des lieux sur les réalisations antérieures et des projections en vue de l'élaboration du projet de Loi de finances (PLF). Ce processus passe par :

- a) La revue des activités des programmes
- b) La revue des projets d'investissements publics
- c) L'analyse de la performance des programmes

Au cours de la revue des activités et de la revue des projets d'investissements publics, il s'agit d'une part, d'apprécier la cohérence et la pertinence des activités avec les axes de la PNG et les objectifs des programmes budgétaires et, d'autre part, à l'identification des activités ayant un impact sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes dans la perspective de leur inscription dans les CDMT (NB: La liste des activités doit être définie en amont: Voir matrice d'activités PNG). Il s'agit également de veiller à la prise en compte des besoins des hommes et femmes, des filles et garçons et l'amélioration de leurs conditions de vie comme critère de maturation des projets.

Pour ce qui est de la performance des programmes, il est question d'interroger les résultats genre obtenus en année N-1 et conduire une interprétation des résultats sous le prisme genre.

#### **➤ Phase de cadrage macroéconomique et budgétaire :**

La prise en compte du genre, dans cette étape consiste à rendre visibles les dépenses sensibles au genre, à la présentation de l'action gouvernementale future en matière de promotion de l'égalité lors du Débat d'Orientation Budgétaire (DOB) et de présenter les CDMT initiaux sous le prisme genre tout en mettant en relief la performance projetée en matière de réduction des inégalités de genres. Cette phase comprend :

- a) Les projections triennales initiales des dépenses
- b) L'élaboration du cadrage macro-économique
- c) La validation du cadrage macro-économique
- d) L'élaboration du cadrage budgétaire.

➤ **Phase de préparation détaillée du budget et des documents budgétaires :**

Suite à la notification des plafonds de dépenses annuels, les organes constitutionnels les départements ministériels et les entités publiques, procèdent à la préparation de leur projet de budget, et de leur Projet de Performances Annuelle (PPA) sous le prisme genre, accompagnés des projets de RAP genre sensibles de l'année N-1. C'est également à cette phase que les ministères préparent leur contribution pour l'élaboration du Document Budgétaire Sensible au Genre.

➤ **Phase de finalisation et d'approbation du Projet de Loi de Finances :**

Cette phase consiste à élaborer le Document budgétaire Sensible au Genre.

## **I.2.2. Les outils BSG**

L'implémentation de la BSG au Cameroun se fait à travers cinq (05) principaux outils et deux (02) outils complémentaires.

### **I.2.2.1. Les outils de base**

➤ **Les circulaires budgétaires intégrant des orientations en matière de BSG**

Il s'agit essentiellement de la Circulaire présidentielle pour la préparation du Budget et de la Note circulaire du Ministre chargé des Finances relative à l'évaluation et à l'intégration du genre dans le budget de l'Etat.

S'agissant la Circulaire présidentielle pour la préparation du Budget, il convient de relever que la Président de la République inscrit depuis 2010, une section sur la prise en compte du genre dans le budget de l'Etat et ce, en lien avec la Politique Nationale Genre. La formulation de cette section diffère selon les années.

En 2021, la Circulaire N°001 du 30 Aout 2021 relative à la préparation du budget 2022 indiquait :

- La nécessité de poursuivre la mise en œuvre effective et efficace du PAMS de la PNG à travers une programmation adéquate des actions de chaque ministère (Section 27)
- L'intégration de la démarche BSG comme une priorité dans tous les secteurs de la vie nationale (Section 57)
- La prise en compte du genre dans les programmes, actions, activités et budgets des administrations sectorielles; ceci servira à élaborer le Document Budgétaire SG (Section 58)
- L'identification des 8 ministères pilotes ciblés dans l'élaboration du DBSG (Section 60)

En 2022, la circulaire N° 001 du 23 Aout 2022 relative à la préparation du budget de l'Etat pour l'exercice 2023 donnait aux administrations les orientations suivantes :

- Poursuivre les engagements contenus dans la PNG et étendre ce type de politique aux autres personnes vulnérables (handicapés, personnes économiquement fragiles)
- En ce qui concerne la promotion du genre, l'intégration de la démarche de budgétisation sensible au genre devra être une priorité dans tous les secteurs du développement national (72).
- Les administrations devront mettre en œuvre leurs engagements contenus dans la matrice de suivi de la mise en œuvre de la Politique Nationale du Genre à travers les cadres stratégiques de performance. L'ancrage au genre devra être reflété dans les programmes, actions, activités et budgets des administrations sectorielles. Ceci



devrait permettre d'élaborer le document budgétaire sensible au genre, annexe au projet de loi de finances (73).

- L'ensemble des actions et mesures spécifiques programmées en faveur de l'Égalité et de l'équité entre les sexes doivent ressortir clairement dans les documents ministériels à examiner lors de la tenue des conférences budgétaires diverses. Ces programmes et actions, construits et budgétisés sous un prisme genre, serviront d'éléments de plaidoyer pour l'Allocation des ressources budgétaires (74).
- Pour 2023, le document budgétaire sensible au genre devra concerner, a titre pilote, les départements ministériels en charge des finances, de l'économie, de l'agriculture, de l'élevage, de la décentralisation, de l'Éducation de base, des enseignements secondaires, de la santé, des affaires sociales et de la promotion de la femme (75).

La Circulaire N° 0000023/C/ MINFI du 02 Aout 2022 du Ministre des Finances , qui est le complément de la Circulaire du PR relative à l'intégration et à l'évaluation de la Budgétisation sensible au genre dans le budget de l'Etat a l'avantage de mieux expliquer les orientations présidentielles sur la prise en compte du genre dans le processus de préparation du budget et d'apporter des précisions aux responsables de la planification et de la budgétisation dans les ministères sectoriels et autres organismes publics sur la démarche à suivre pour la prise en compte du genre dans toutes les étapes du processus budgétaire. Ainsi, elle indique de :

- Apprécier la cohérence et la pertinence des activités avec les axes de la PNG et les objectifs des programmes budgétaires
- Identifier les activités ayant un impact sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes dans la perspective de leur inscription dans les CDMT.

➤ **Le Rapport de revue des activités des administrations publiques sous le prisme du genre**

Depuis 2023 et dans le cadre de la préparation du budget de l'Etat pour l'exercice 2024, le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire a proposé un nouveau format du rapport de revue des activités des administrations publiques qui intègre la dimension genre. Dans ce rapport, les administrations sont appelées à apprécier la cohérence et la pertinence des activités avec les axes de la PNG et les objectifs des programmes budgétaires et, d'autre part, d'identifier des activités ayant un impact sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes dans la perspective de leur inscription dans les CDMT.

➤ **Le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) sous le prisme du genre**

Le CDMT fait partie des instruments d'opérationnalisation de la SND30 en permettant une allocation efficace des ressources en fonction des priorités stratégiques. L'élaboration du CDMT s'intègre au niveau des deux premières étapes du cycle budgétaire et représentent ainsi des points d'entrée importants pour la BSG.

Le canevas d'élaboration du CDMT devrait guider les gestionnaires pour aborder les questions d'inégalités du genre en amont de la planification et de la formulation des priorités budgétaires. Le canevas actuel du CDMT est structuré autour de 4 parties distinctes traitant du cadre stratégique, du bilan financier, de la programmation triennale des dépenses et des aspects y afférents. Si l'intégration du prisme du genre peut s'avérer évidente au niveau de la première partie, les autres parties peuvent être « gendérisées » progressivement en fonction de l'état d'avancement de la BSG et notamment de la catégorisation des dépenses sensibles au genre.

➤ **Le Projet de Performance des Administrations (PPA) sous le prisme du genre**

Le Projet de Performance des Administrations PPA est un document qui consacre la culture des résultats et sert d'aide à la décision à plusieurs niveaux. En retraçant pour chaque programme, la stratégie, les objectifs, les indicateurs, les cibles et les moyens, le PPA remplit diverses fonctions. Il sert d'abord de plaidoyer lors des conférences budgétaires et permet par ailleurs au MINFI de conduire les arbitrages nécessaires sur la base des données et informations contenues dans ce document. Au niveau du parlement, le PPA sert de base de discussions à la Commission des Finances et du budget. En parallèle, le rôle fondamental d'un PPA se concrétise au niveau opérationnel dans le cadre du pilotage et du suivi des programmes en interne aux ministères.

Construit autour des éléments constitutifs du Budget de programme, le PPA présente un cadre de consécration des efforts menés dans le cadre du déploiement de la BSG. Le canevas actuel du PPA est structuré autour de 2 parties distinctes traitant de la synthèse stratégique et du contenu des programmes. L'intégration du genre devrait se faire de manière systématique au niveau des deux parties afin de présenter le cadre de mise en place des programmes visant la promotion de l'égalité ainsi que de mettre en exergue pour chacun de ces programmes, les actions nécessaires assorties d'objectifs, d'indicateurs, des cibles et des moyens.

En parallèle, l'identification d'un socle d'indicateurs transverses sensibles au genre au niveau des programmes supports permettrait de consolider la sensibilité genre du PPA.

➤ **Le Document budgétaire sensible au genre**

Le DBSG présente de manière exhaustive les efforts entrepris par le gouvernement et les administrations publiques pour promouvoir l'égalité des sexes, et ce, à différents niveaux. Il est un document essentiel en matière de reporting de la BSG et peut être consacré comme un document accompagnant le projet de loi de finances.

Ce Document budgétaire sensible au genre met la lumière sur l'action publique visant à promouvoir l'égalité en établissant les liens essentiels entre le budget et la réduction des inégalités de genre aux niveaux macro, méso et micro. L'objectif principal dudit document est de présenter de manière exhaustive les efforts entrepris par le gouvernement et les administrations publiques pour promouvoir l'égalité des sexes.

Ce document indique par conséquent :

- l'intention du département ministériel de faire quelque chose en ce qui concerne l'égalité genre ; et
- que celui-ci mette à disposition les ressources financières pour que le budget respecte l'engagement fondamental.

Pouvant porter différentes appellations, telles que « Énoncé », « rapport », ou bien « déclaration », le document budgétaire sensible au genre est considéré comme une bonne pratique de reporting de la mise en œuvre de la BSG. Le Cameroun se positionne progressivement comme précurseur au niveau sous régional en enclenchant le processus de production de ce type de document pour informer de façon lisible et accessible, les acteurs nationaux (Parlement, citoyens, organisations de la société civile, etc.) et internationaux, les donateurs et autres institutions internationales intéressées ou personnes intéressées sur l'action gouvernementale en matière de promotion de l'égalité ainsi que l'ensemble des initiatives mises en œuvre au niveau ministériel.

Les différents outils ci-dessus présentés, ont été développés en fonction des différentes étapes du cycle budgétaire :

- **Phase préparatoire** : Canevas type du Rapport de revue des activités sous le prisme du genre ; Canevas type du CDMT sous le prisme du genre
- **Phase de cadrage macroéconomique et budgétaire** : Circulaires budgétaires sous le prisme du genre
- **Phase de préparation détaillée du budget et des documents budgétaires** : Canevas type du PPA sous le prisme du genre
- **Phase de finalisation et d’approbation du PLF** : Document budgétaire sensible au Genre

### **I.2.2.2. Les outils complémentaires**

En marge des principaux outils ci-dessus décrits, deux autres outils sont utilisés pour faciliter la construction des programmes budgétaires genre sensibles par les administrations publiques. Il s’agit de :

- La Matrice d’examen de la prise en compte des actions de la PNG dans les cadres Stratégiques de Performance des Administrations ;
- Le Marqueur Genre des Programmes Budgétaires.

Ces deux outils seront présentés dans les développements ultérieurs. Il convient tout de même, de noter que dans le cas du Cameroun, comme dans de nombreux pays, l’analyse genre et la prise en compte du genre dans le budget se **focalise pour le moment sur les dépenses de l’Etat**. Le volet relèvement des recettes, au regard de sa complexité ne sera pas abordé dans la présente étude.

## **CHAPITRE II : CONTEXTE GLOBAL DU SECTEUR DE LA SANTE**

Le chapitre 2 présente d'une part, les caractéristiques générales du pays et, d'autre part, les dynamiques sexospécifiques dans le domaine de la santé.

### **II.1. Caractéristiques générales du pays**

#### **II.1.1. Situation géographique**

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, avec une superficie totale de 475 650 km<sup>2</sup>, dont 466 050 km<sup>2</sup> de superficie continentale avec 90 400 km<sup>2</sup> à vocation agricole et 9 600 km<sup>2</sup> de superficie maritime, Il est limité au nord par le Lac Tchad, au nord-est par la République du Tchad, à l'est par la République Centrafricaine, au sud par la République du Congo, la République du Gabon et la République de Guinée Équatoriale, et à l'ouest par la République Fédérale du Nigeria.<sup>1</sup>

Le pays est caractérisé par une diversité géographique :

- le sud forestier situé dans les zones maritime et équatoriale qui se caractérisent par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique, un climat chaud, humide et des précipitations abondantes ;
- les hauts plateaux de l'Ouest dont l'altitude moyenne est supérieure à 1100 m, et qui se caractérisent par des sols fertiles et des températures basses ;
- le nord soudano-sahélien qui est une région de savanes et de steppes : en dehors du plateau de l'Adamaoua où le climat est plus tempéré, le reste de cette région est caractérisé par un climat chaud et sec avec des précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du Lac Tchad.

Souvent qualifiée d' « Afrique en miniature », Le Cameroun possède également une grande diversité écologique et est doté d'abondantes ressources naturelles et de fortes potentialités, notamment des terres arables favorables à l'agriculture et au développement d'entreprises agro – industrielles.

#### **II.1.2. Structure de la population**

L'effectif total de la population camerounaise est passé de 10.493.655 habitants en 1987<sup>2</sup>, à 17.463.836 habitants en 2005<sup>3</sup>. Cette population est estimée à 24.348.251 habitants en 2019<sup>4</sup>. Si le rythme de croissance est maintenu, celle-ci atteindrait 32.947.000 habitants en 2030<sup>5</sup>.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste élevé avec environ 4,8 c'est-à-dire près de 5 enfants, en moyenne par femme, bien qu'il montre une tendance à la baisse à très long

---

<sup>1</sup> Document national de contextualisation et de priorisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour le Cameroun, 2017.

<sup>2</sup> BUCREP, RGPH, 1987

<sup>3</sup> BUCREP, RGPH, 2005

<sup>4</sup> Site BUCREP, projections démographiques, 2020

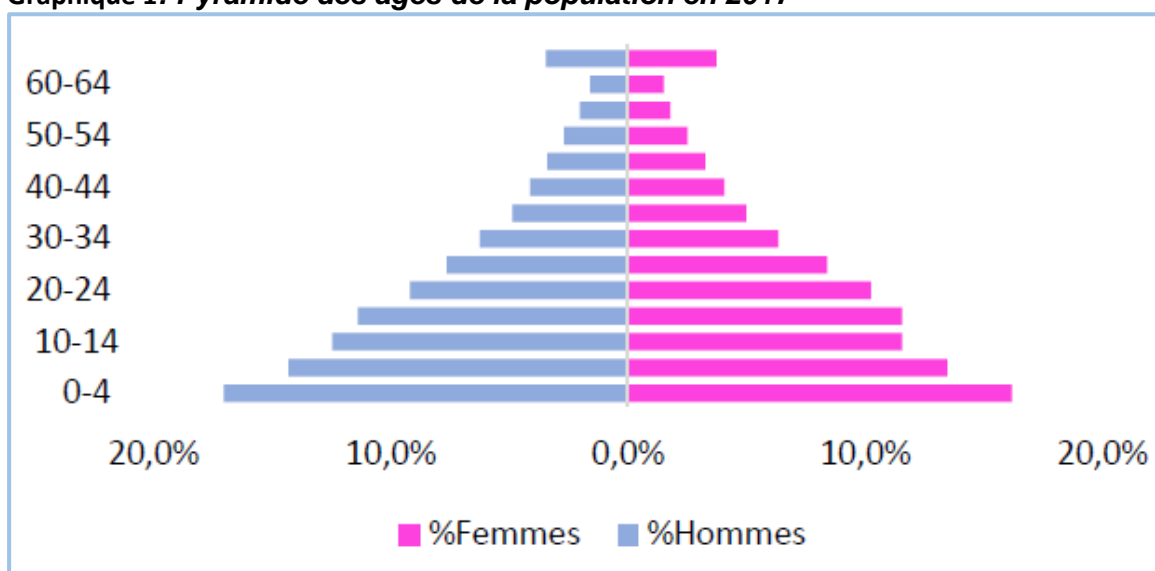
<sup>5</sup> BUCREP, idem

terme<sup>6</sup>. Le niveau de fécondité est nettement plus élevé en milieu rural (6,0 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,8 enfants par femme).<sup>7</sup>

La population du Cameroun est en majorité féminine et juvénile. Les femmes représentent 51 %, et la moitié de la population, a moins de 19,2 ans<sup>8</sup>. Environ 45 % de la population a moins de 15 ans et seulement 4 % est âgée de 65 ans ou plus. Cette proportion est beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. La population en âge de travailler, constituée des personnes de 15–64 ans, est de 53,5% ; Ce qui met en évidence un fort potentiel humain pour le pays. La proportion des personnes âgées (60 ans et plus) n'est pas négligeable et se situe à plus de 6%. La taille moyenne d'un ménage est de 5 personnes (ECAM4, 2014). L'espérance de vie à la naissance est de 53,4 ans chez les hommes et 57,1 ans chez les femmes (RGPH, 2005).

La Politique de Population du pays est orientée vers l'accélération de la capture du dividende démographique. La stratégie formulée à cet effet s'articule autour de l'accroissement des investissements favorables au plein développement du potentiel de la jeunesse et l'autonomisation plus accrue des femmes.

**Graphique 1: Pyramide des âges de la population en 2017**



Source : BUCREP, projections 2017

### II.1.3. Situation économique

L'économie du Cameroun est la plus diversifiée d'Afrique Centrale, non seulement grâce aux nombreuses implantations étrangères mais aussi à cause de nombreux groupes nationaux. La croissance économique s'est accélérée sur la période récente allant de 2010 à 2014, passant de 3,4% en 2010 à 5,9% en 2014. De 2015 à 2017, il a été observé une récession suivie d'une hausse pour atteindre 4,1% en 2018 et 3,7% en 2019.

En dépit des crises sécuritaires et de la conjoncture internationale peu favorable liée aux fluctuations des cours des matières premières exportées, l'économie nationale est restée résiliente, en se maintenant sur le sentier de la croissance amorcée depuis 2009. Cette

<sup>6</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

<sup>7</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018

<sup>8</sup> MINPROFF, Rapport analyse situationnelle, Processus de révision de la PNG, 2020

relative performance s'explique par les gains tirés d'un environnement international favorable (en lien avec la forte demande extérieure des produits forestiers) et de la diversification de son économie<sup>9</sup>. Ces deux facteurs ont en effet permis de maintenir la croissance au-dessus de la moyenne de la zone CEMAC qui se situe à 1,7% en 2018.

#### II.1.4 Etat de pauvreté et inégalités

Malgré l'accélération de la croissance économique, il y a eu peu de progrès dans la réduction de la pauvreté monétaire en raison de l'accroissement de l'inégalité, ou en d'autres termes, de la mauvaise répartition des richesses résultant de ladite croissance. Les données de la quatrième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM 4), conduite en 2014, indiquent que la proportion de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté a connu une baisse de seulement 2,7 points de pourcentage (37,5%)<sup>10</sup>, par rapport à l'incidence de la pauvreté enregistrée lors de l'ECAM 2 en 2001 (40,2). Ce résultat est très en deçà du progrès qui était requis pour atteindre la cible établie dans le DSCE, de réduire l'incidence de la pauvreté à 28,7% en 2020. Il signifie aussi que le nombre absolu de pauvres a augmenté, passant de 6,2 millions en 2001 à 7,1 millions en 2007 pour se situer à 8,1 millions en 2014 (INS, 2015).

Selon le sexe, 37,7% de femmes vivent en-dessous du seuil de pauvreté en 2014, contre 37,2% des hommes. La pauvreté varie aussi en fonction de la taille du ménage, du niveau d'instruction du chef de ménage et selon qu'on se trouve en milieu urbain ou rural.

Le progrès timide en matière de réduction de la pauvreté traduit une augmentation des inégalités, qui a contrecarré les effets de la croissance. Le coefficient de Gini, qui mesure le degré d'inégalité, sur une échelle allant de 0 à 1, a augmenté de 0,39 en 2007 à 0,44 en 2014 (INS 2015). En particulier, la part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation privée totale a baissé de 6,0% en 2001 à 4,6% en 2014. Comme il a été dit dans le rapport officiel du Cameroun sur la performance du pays par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), cette évolution des inégalités a été un facteur aggravant de la pauvreté, faisant en sorte que « *l'effet de l'inégalité l'emporte sur l'effet de croissance* », qui « *a bénéficié davantage aux populations plus aisées qu'aux populations pauvres* » (RdC 2015a).

En outre, les tendances de pauvreté ont été divergentes sur le plan spatial, creusant davantage l'écart entre les zones urbaines et rurales et entre les régions les plus défavorisées et le reste du pays. Tandis que l'incidence de la pauvreté a diminué de moitié en milieu urbain, de 17,9% en 2001 à 8,9% en 2014, elle a augmenté en milieu rural, de 52,1% à 56,8%, montrant la faiblesse des efforts consacrés au développement rural. Au-delà de cette performance relative, il convient tout de même de noter que l'Indice de Développement Humain (IDH) du Cameroun pour 2018 s'établit à 0,563, ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain moyen » et au 150e rang parmi 189 pays et territoires<sup>11</sup>.

Enfin, le Gouvernement du Cameroun met en œuvre depuis 2010, la stratégie de son développement à long terme dont l'objectif principal est de réduire substantiellement la

<sup>9</sup> INS, (EC-ECAM 2016, Edition 2018)

<sup>10</sup> Dans l'ECAM 4, le seuil de pauvreté, qui est défini par rapport au niveau de consommation, a été établi à 931 francs CFA par équivalent-adulte et par jour. Tenant en compte l'inflation depuis les enquêtes précédentes, ce seuil de pauvreté est en principe équivalent à ceux de l'ECAM 2 en 2001 (637 francs CFA) et de l'ECAM 3 en 2007 (738 francs CFA), rendant comparables les données de pauvreté de ces enquêtes. Une population peut être divisée en « quintiles » (ou cinquièmes), regroupant chacun 20% de la population selon leur niveau de consommation, de revenu ou de richesse. Le premier quintile regroupe ainsi le cinquième plus pauvre de la population, mesuré dans le cas de l'ECAM 4 par le niveau de consommation par équivalent-adulte.

<sup>11</sup> PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2019.

pauvreté en ramenant sa prévalence à moins de 10%<sup>12</sup>. Ceci devra se faire par la promotion d'une croissance accélérée et créatrice d'emplois et une politique ambitieuse de redistribution des revenus à travers entre autres l'intensification, la généralisation et l'amélioration des services sociaux (santé, éducation, formation, eau, électricité, voies de communication, ...).

### **II.1.5. Organisation administrative et politique**

La République du Cameroun est un Etat unitaire, décentralisé et bilingue, avec l'anglais et le français comme langues officielles. Le territoire national est découpé en 10 Régions administratives (2 régions d'expression anglaise et 8 régions d'expression française), 58 Départements et 360 Arrondissements, placés respectivement sous l'autorité des Gouverneurs, Préfets et Sous-préfets. L'autorité de l'Etat est exercée par le Président de la République et le Parlement. Alors que le Président de la République est le Chef de l'Exécutif, le pouvoir législatif quant à lui est exercé par deux chambres : une chambre haute, le Sénat, composé de 100 sénateurs dont 26 femmes et mis en place depuis le 14 mai 2013 ; et une chambre basse, l'Assemblée nationale qui compte 180 députés dont 61 femmes. Le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour Constitutionnelle, la Cour Suprême, les cours d'appel et les tribunaux.

La décentralisation se met progressivement en place avec l'adoption du Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées en 2019, et surtout le transfert effectif des compétences aux Collectivités Territoriales Décentralisées depuis janvier 2010 conformément aux lois de 2004. Cette nouvelle loi donne plus de responsabilités aux collectivités locales dans la conception, le financement, la programmation et la mise en œuvre des programmes et projets de développement dans leur zone de compétence. Dans le secteur de la santé, le décret No 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes. Il s'agit de la construction, de de de l'équipement et de la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI). Par ailleurs, les Maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines.

Les CTD comprennent 10 Régions (conseils régionaux), 314 communes, 46 communes d'arrondissement et 14 communautés urbaines.

Depuis 2013, le Cameroun subit les effets des effets de trois crises majeures dont les répercussions impactent négativement sur le tissu économique et social: La crise centrafricaine qui a entraîné un afflux de réfugiés dans son territoire. Les exactions du groupe Boko-Haram organisées depuis le Nord-Est du Nigéria, limitrophe au Cameroun par la Région de l'Extrême-Nord. L'importation de la crise sécuritaire du Nigéria à l'Extrême-Nord du Cameroun, a occasionné le déplacement de nombreux camerounais vers l'intérieur de la région et hors de la région vers des zones plus sûres. Cette immigration a entraîné une situation de vulnérabilité, aussi bien pour les immigrés (réfugiés nigériens et centrafricains et personnes déplacées internes) que pour les populations d'accueil, qui se trouveraient dans une situation de précarité, et contraints malgré cela à partager leurs ressources avec ces personnes vulnérables qui n'ont plus aucun moyen de subsistance. A ces crises structurelles, une violente crise sociopolitique s'est ajoutée dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest depuis 2016. Les tensions persistantes se sont intensifiées dans ces régions depuis fin 2017 et l'extrémisme continue de faire des victimes.

<sup>12</sup> MINEPAT, Cameroun Vision 2035, 2009.

En 2020, le Cameroun abrite environ 1,790.466 personnes en situation humanitaire<sup>13</sup>, dont 418.623 réfugiés et 9726 demandeurs d'asile provenant essentiellement de trois pays voisins en crise ouverte ou ponctuelle (Nigéria avec Boko Haram, le conflit en RCA et au Tchad), environ 1.362.117<sup>14</sup> déplacés internes et fait également face à la récurrence des inondations qui très souvent provoquent le déplacement de plusieurs personnes, notamment dans la région de l'Extrême-Nord.

### **II.1.6. Données socio-culturelles**

Au plan socioculturel, le Cameroun est une mosaïque comptant environ 280 ethnies dont six grands ensembles (Sémites, Hamites, Bantous, Semi-Bantous et Soudanais et de nombreux métissages). L'organisation sociale varie d'un groupe à l'autre. Chez les Soudanais, les Hamites et les Sémites, la hiérarchie sociale est forte et le pouvoir est centralisé de manière générale. Chez les Bantous, Semi Bantous et apparentés, les formes de pouvoir relèvent en partie de celles qui régissent le fonctionnement des sociétés faiblement hiérarchisées.<sup>15</sup> Le paysage religieux quant à lui, est dominé par les catholiques (38,4%), les protestants (26,3%), les musulmans (20,9%), suivis des adeptes des religions traditionnelles (animistes) et des religions chrétiennes émergentes<sup>16</sup>.

Malgré sa grande diversité ethnique, le Cameroun possède un fond socioculturel commun, caractérisé par des us et coutumes dont la plupart encouragent les exclusions ou les restrictions fondées sur le sexe et consacrent la primauté de l'homme dans plusieurs domaines<sup>17</sup>. Il s'agit notamment de l'exclusion de la femme à l'accès à la terre, de la primauté laissée à l'homme et parfois même à d'autres membres de la famille en ce qui concerne le nombre d'enfants que la femme doit faire, des croyances qui limitent l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction, les mariages d'enfants et forcés etc. Par ailleurs, les représentations sociales des rôles masculin et féminin dans la société camerounaise contribuent encore à maintenir les disparités sexuelles en défaveur de la femme.

## **II.2. Les dynamiques sexospécifiques dans le secteur de la santé au Cameroun**

La situation des hommes et des femmes, des filles et des garçons dans le secteur de la santé est tributaire de la persistance de coutumes et traditions patriarcales, les stéréotypes sexistes et la division traditionnelle du travail au sein du ménage qui régissent l'organisation sociétale camerounaise et qui attribuent le plus souvent, des rôles et responsabilités d'exécution aux femmes et de contrôle/décision aux hommes.

En effet, les femmes ont le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Ce droit est d'une importante capitale pour leur vie et leur bien-être et pour leur capacité à participer à tous les domaines de la vie publique et privée. Cependant, la santé et le bien-être échappent encore à la majorité des femmes au Cameroun. L'inégalité, à la fois entre les hommes et les femmes et entre les femmes dans différentes régions géographiques, classes sociales et groupes autochtones et ethniques, constitue un obstacle majeur pour les femmes à l'atteinte du meilleur état de santé possible.

---

<sup>13</sup> Gouvernement, IOM, OCHA, Facts Sheet 2020

<sup>14</sup> Déplacés internes Nord-Ouest et Sud-Ouest : 679.393, Déplacés internes Extrême-Nord : 321.886, Déplacés internes retournés : 360.838

<sup>15</sup> BUCREP, Rapport national sur l'état de la population, 2014.

<sup>16</sup> BUCREP, Rapport national sur l'état de la population, 2011.

<sup>17</sup> BUCREP, Idem

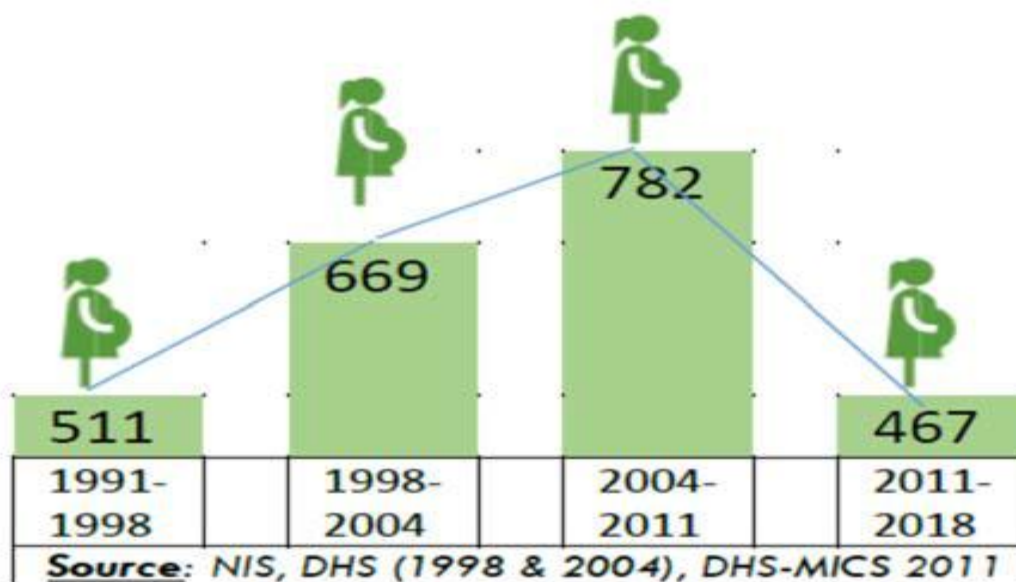


## II.2.1. Santé maternelle

Les décès maternels sont un sous-ensemble de tous les décès de femmes ; ils désignent les décès qui se produisent pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent l'accouchement ou la fin de la grossesse ; les décès maternels n'incluent pas les décès dus à un accident ou un acte de violence.

Le Taux de Mortalité Maternelle, bien qu'encore élevé, a connu une amélioration au cours des 10 dernières années. Il est passé de 430 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1998 à 669 en 2004 et 782 en 2011. Selon l'EDSC V de 2018, le ratio de mortalité maternelle au Cameroun est passé à 467 décès pour 100.000 sur la période 2001-2018. Cette valeur est proche de la cible nationale fixée dans la première phase de la Vision 2035 (2010-2020) à 350 pour 100 000 naissances vivantes en 2020. En d'autres termes, au Cameroun, pour 1 000 naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 7 années avant l'enquête EDSC de 2018, c'est-à-dire au cours de la période 2012-2018, environ 4 femmes sur 1000 sont décédées durant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse, non compris les décès dus à des accidents ou à des actes de violence<sup>18</sup>.

**Figure 3 : Evolution du taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes**



Source : Rapport sur la situation des indicateurs des ODD au Cameroun (2019)

L'accès aux soins prénataux et maternels de santé et aux méthodes contraceptives reste également un défi majeur de santé publique au Cameroun. En 2018, seulement 69% des naissances étaient assistées par un personnel de santé qualifié et seules 19% de femmes mariées ou en union utilisaient une quelconque méthode contraceptive.<sup>19</sup> Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante dans les cinq années précédant l'enquête, 87 % ont reçu, pour la naissance la plus récente, des soins prénatals dispensés par un prestataire formé. Par ailleurs, 65 % des femmes ont effectué au moins quatre visites prénatales et pour 41 % d'entre elles, la première visite prénatale a eu lieu au premier trimestre de la grossesse. Près de trois femmes sur cinq (59 %) ayant accouché au cours

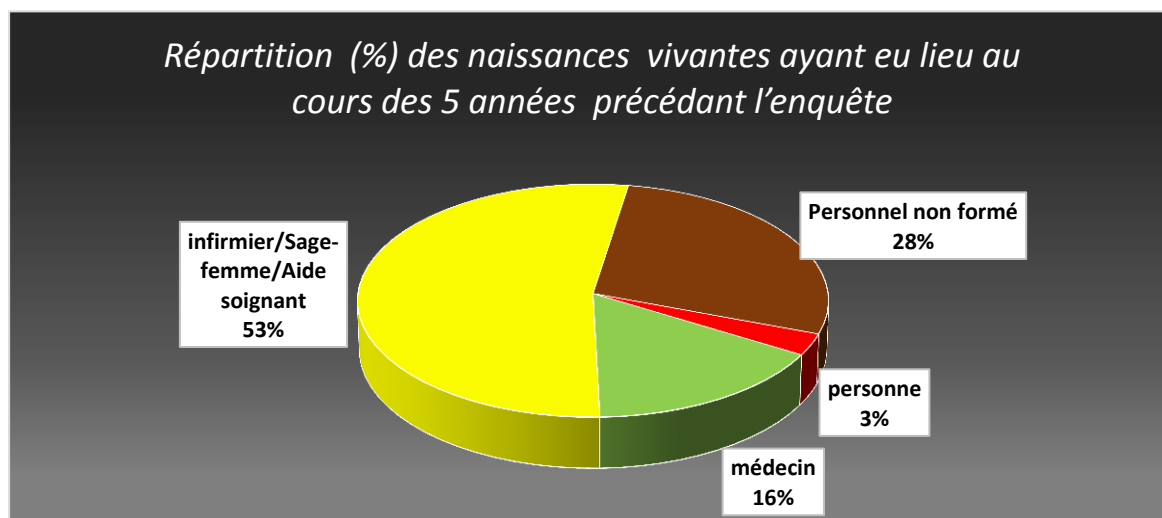
<sup>18</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

<sup>19</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

des deux années précédant l'enquête ont reçu des soins postnatals au cours des 48 heures suivant l'accouchement.

En résumé, le faible taux d'accouchements assistés<sup>20</sup>, l'insuffisance de la prise en charge des complications obstétricales (16%) et le fort taux de mortalité maternelle témoignent d'un accès limité des femmes aux services de santé. Les facteurs sont entre autres la faible accessibilité géographique principalement en zone rurale et le faible pouvoir d'achat des populations, notamment des femmes. En outre, l'exercice des droits et choix en matière de santé de la reproduction est une tâche inachevée. Cette situation est plus préoccupante en milieu rural où l'usage de la contraception demeure très faible malgré l'adoption par le pays d'une législation favorable à la réalisation de ce droit.

**Graphique 2 : Répartition (%) des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années précédant l'enquête EDSC 2018**



### II.2.2. Nutrition

Les données anthropométriques (la taille et le poids) collectées auprès des femmes au cours de l'EDSC V 2018, indiquent que l'IMC moyen des femmes de 15-49 ans est estimé à 24,5. Environ 6 % des femmes de 15-49 ans souffrent de maigreur : 4 % sous sa forme légère et 2 % sous forme modérée et sévère. A l'opposé, 37 % présentent une surcharge pondérale : 14 % étant obèses et 24 % en surpoids (IMC égal ou supérieur à 25).

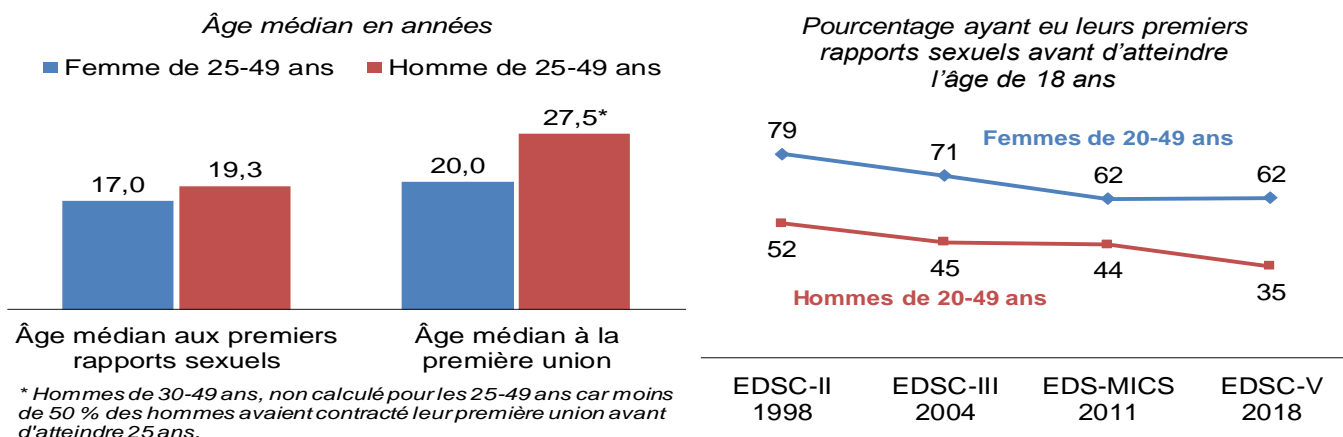
### II.2.3. Sexualité

La sexualité des femmes demeure précoce. En ce qui concerne les premiers rapports, l'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes de 25-49 ans est de 17,0 ans. Avant l'âge de 15 ans, 18 % des femmes de ce groupe d'âge avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels. Ce pourcentage est de 64 % avant 18 ans et de 83 % avant 20 ans. Chez les hommes de 25-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 19,3 ans. En outre, une proportion importante de femmes et d'hommes ont leurs premiers rapports sexuels longtemps avant d'entrer en union : les âges médians aux premiers rapports sexuels et à la première union sont respectivement de 17,0 ans et 20,0 ans pour les femmes et de 19,3 ans et 27,5 ans pour les hommes.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

<sup>21</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

### Graphique 3 : Sexualité précoce hommes-femmes



#### II.2.4. Fécondité

La fécondité reste aussi élevée et précoce au Cameroun. Le niveau de fécondité, mesuré par l'ISF, est estimé à 4,8 c'est-à-dire près de 5 enfants en moyenne. Le nombre idéal d'enfants pour les femmes de 15-49 ans actuellement en union est de 6,0 contre 7,2 pour les hommes de la même tranche d'âges et près de huit naissances sur dix des cinq dernières années (79 %) ont eu lieu au moment voulu et dans 18 % des cas, les mères auraient souhaité qu'elles se produisent plus tard ; en revanche 4 % des naissances n'étaient pas désirées.<sup>22</sup> Le nombre idéal d'enfants pour les femmes de 15-49 ans actuellement en union est de 6,0 contre 7,2 pour les hommes de la même tranche d'âges et près de huit naissances sur dix des cinq dernières années (79 %) ont eu lieu au moment voulu et dans 18 % des cas, les mères auraient souhaité qu'elles se produisent plus tard ; en revanche 4 % des naissances n'étaient pas désirées. Le nombre moyen d'enfants désiré est de 4,3.

#### II.2.5. Maladies Transmissibles Prioritaires

##### II.2.5.1. VIH/SIDA et IST

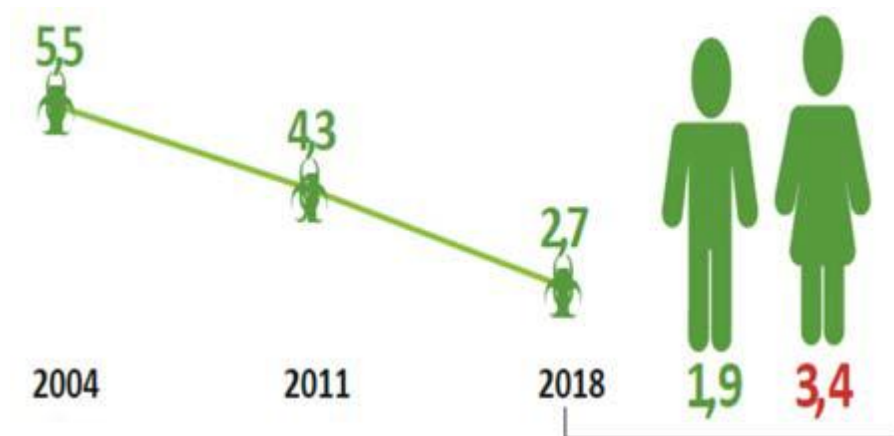
Le Cameroun appartient au groupe des pays où la pandémie du VIH est généralisée. Bien que dans l'ensemble, la prévalence du VIH parmi les personnes de 15-49 ans ait baissé, passant de 5,4 % en 2004 à 4,3 % en 2011, et à 2,7 % en 2018, les femmes et jeunes filles sont encore plus exposées et affectées par cette pandémie (INS, EDSC-V, 2018). Les populations les plus exposées au VIH et aux autres IST sont : les travailleurs du sexe (36%), les MSM (24-44%), les camionneurs (16%). Les autres populations vulnérables sont : les détenus, les adolescents et jeunes, les réfugiés, et les travailleurs des pôles économiques.

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans 2,7 % sont séropositifs au VIH : 3,4 % parmi les femmes et 1,9 % parmi les hommes. Parmi ceux de 50-64 ans, ce pourcentage est de 4,8 % chez les femmes et de 1,9 % parmi les hommes. La prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez les jeunes filles (1,5 %) que chez les garçons (1,1 %). S'agissant de la prévalence selon le milieu de résidence, parmi les personnes de 15-49 ans, la prévalence du VIH en milieu urbain est de 2,9 %, contre 2,4 % en milieu rural.<sup>23</sup> En outre, la prévalence du VIH est très élevée parmi les veuves (17,9%), les divorcées/séparées (15,7%), et les veufs (10,6%).

<sup>22</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

<sup>23</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

**Figure 4 : Prévalence du VIH/SIDA (15-49 ans)**



**Source : Rapport sur la situation des indicateurs des Objectifs de Développement Durable au Cameroun**

En ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant, le pourcentage de personnes sachant que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant et le pourcentage connaissant la prévention de la transmission par l'utilisation des médicaments antirétroviraux sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les pourcentages de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui connaissent les trois moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont respectivement de 64 % et 54 %. La transmission de la mère à l'enfant durant l'allaitement est le moyen le plus connu par les femmes (82 %) tandis que les hommes sont, en proportion, plus nombreux à connaître la transmission lors de l'accouchement (74 %) <sup>24</sup>.

Pour ce qui est des tests de dépistage, les résultats montrent que 88 % des femmes et 86 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré savoir où se rendre pour effectuer un test du VIH. En outre, par rapport aux hommes, le pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir effectué un test du VIH et reçu le résultat du dernier est plus élevé (70 % contre 55 %). En revanche, 29 % des femmes et 43 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré n'avoir jamais effectué de test du VIH. <sup>25</sup>

Selon l'INS (EDS 2011), 4,7 % de femmes et 5% d'hommes sexuellement actifs ont déclaré avoir eu des symptômes d'IST au cours de l'année précédente. Parmi les IST recensées, la gonococcie avait la prévalence la plus élevée (32%), suivie de la Syphilis (30%), de la trichomonase (26%), de l'infection au chlamydiae (8%) et du chancre mou (4%). L'augmentation de la prévalence de la résistance des microorganismes aux antibiotiques est l'une des principales causes des échecs thérapeutiques rencontrés.

Les principaux déterminants de la propagation du VIH/Sida et des IST chez les femmes et jeunes filles sont liés à l'ignorance due à l'insuffisante alphabétisation des femmes notamment en milieu rural, à la pauvreté qui touche bon nombre de familles, à la précocité de la sexualité, plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain, pour les jeunes hommes et plus encore chez les jeunes femmes, au multi partenariat sexuel, à la recherche de la facilité, à la dépendance économique des femmes, aux us et coutumes, à la promiscuité et à l'incrédulité. La persistance des inégalités de genre, les comportements sexuels à risque et

<sup>24</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

<sup>25</sup> République du Cameroun, EDSC V, 2018.

l'insuffisance de services de santé offerts aux femmes et leur accès mitigé à des services justifient cette situation.

### **II.2.5.2. Tuberculose**

L'OMS a, dans son rapport 2021, estimé que, le taux d'incidence est de 3.6%, soit un taux de 500 cas pour 100.000 habitants. IL faut tout de même noter que les données disponibles ne sont pas ventilées par sexe, ce qui est difficile d'appréhender l'incidence sur les femmes et les hommes.

### **II.2.5.3. Paludisme**

Le paludisme continue d'avoir des conséquences dévastatrices sur la santé et les moyens de subsistance des populations, malgré les efforts déjà consentis jusqu'ici pour la lutte contre cette maladie. Le Cameroun fait partie des 11 pays africains ayant rapporté le plus grand nombre de cas de paludisme pour l'année 2018(OMS, WMR, 2019). Le nombre de cas enregistrés dans les formations sanitaires du pays est quasi-constant depuis 2011, avec une tendance à la hausse à partir de 2017.

Au Cameroun, près de trois ménages sur quatre (73 %) possèdent au moins une moustiquaire imprégnée a longue durée d'action (MILDA). En moyenne, un ménage dispose de 1,8 MILDA, et 41 % des ménages ont au moins une MILDA pour deux personnes qui ont passé la nuit précédant l'interview dans le ménage

Bien que les données disponibles ne reflètent pas la situation des hommes et des femmes, il est tout de même important de relever que les femmes et les enfants sont les plus exposées. Ainsi, 21 % des consultations chez les femmes enceintes sont dues au paludisme (PNLP, 2017).

Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent des cibles prioritaires des interventions en matière de santé publique en général et de lutte contre le paludisme en particulier, du fait de leur état de vulnérabilité en zone endémique comme c'est le cas au Cameroun. Ainsi, plusieurs programmes sont mis en œuvre pour prévenir dans ces populations la survenue du paludisme et réduire ainsi les risques de morbidité et de mortalité. Au rang de ces actions, on peut citer la promotion de l'utilisation universelle de la moustiquaire imprégnée a longue durée d'action. Parmi les femmes enceintes de 15-49 ans, 61 % ont dormi sous une MILDA la nuit précédant l'interview de l'EDSC V (2018). Dans les ménages avec au moins une MILDA, la proportion est de 78 %. En outre, trois femmes de 15- 49 ans sur quatre (75 %) ont déclaré avoir reçu une dose de SP /Fansidar pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, un peu plus de moitié (54 %) au moins deux doses et près d'une femme sur trois (32 %) ont reçu au moins trois doses de ce médicament.

### **II.2.5.4. COVID 19**

Il n'existe pas encore des recherches spécifiques sur le genre dans ce domaine au Cameroun. Tout de même, les résultats de deux enquêtes rapides d'évaluation montrent qu'en marge des comportements différents selon le sexe face à la pandémie, la crise sanitaire et l'entrée en vigueur des mesures gouvernementales, ont entraîné une baisse généralisée de l'activité économique des femmes avec un impact négatif sur le panier de la ménagère.<sup>26</sup>En outre, l'arrivée de la pandémie a amplifié les risques de VBG, notamment : la violence domestique (62%), l'accès réduit aux moyens de subsistance (56%) et la sexualité de survie (14%).<sup>27</sup>

<sup>26</sup> BUCREP, Evaluation rapide de l'impact genre de la Covid-19 sur les conditions de vie des hommes et des femmes au Cameroun, 2020.

<sup>27</sup> Groupe de Travail VBG Cameroun, rapport de l'évaluation rapide de l'impact du covid-19 sur les VBG et services de santé sexuelle et reproductive dans les régions du littoral et de l'ouest, juillet 2020

## II.2.6. Maladies non transmissibles

En ce qui concerne les maladies non transmissibles, le pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui ont appris d'un prestataire de santé qu'ils avaient de l'hypertension et qui prennent des médicaments pour la contrôler est moins élevé que celui des femmes (22 % contre 15 %). Également, 1 % des femmes et des hommes de 15-49 ans ont été informés qu'ils souffraient d'hyperglycémie ou de Diabète.<sup>28</sup>

Le cancer du col de l'utérus reste encore un épineux problème dans le pays. Un peu moins de la moitié de femmes (46 %) ont entendu parler du cancer du col de l'utérus, 28 % connaissent l'existence d'un test de dépistage mais seulement 4 % en a déjà effectué un test de dépistage de cette maladie.

Enfin, la prévalence de la fistule obstétricale est passée de 0,4% en 2011 à 0,3% en 2018 en 2018.<sup>29</sup> . Selon l'EDSC V, le Cameroun comptait 17721 cas de fistules obstétricales en 2018. Seulement, la proportion des femmes connaissant la fistule obstétricale est passée de 23% en 2011 à 22% en 2018.<sup>30</sup>

S'agissant des Violences Basées sur le Genre, l'analyse des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSC) réalisée en 2018, indique que 39 % des femmes et 42 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir subi des actes de violence physique depuis l'âge de 15 ans causés par une personne quelconque. En outre, 18 % des femmes et 14 % des hommes ont subi ces actes de violence au cours des 12 derniers mois de l'enquête. Il faut dire que le pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant subi des violences physiques de la part d'une personne quelconque au cours des 12 mois précédant l'enquête a augmenté de l'EDSC-III de 2004 à l'EDSMICS de 2011, passant de 21 % à 27 % ; ensuite, il a diminué pour se situer à 18 % à l'EDSC-V de 2018<sup>31</sup> .

## II.2.7. Problèmes d'accès aux soins de santé

De nombreux facteurs peuvent empêcher les femmes d'obtenir un conseil médical ou un traitement pour elles-mêmes lorsqu'elles sont malades. L'identification de ces facteurs est particulièrement importante pour comprendre et lever les obstacles auxquels les femmes sont confrontées dans la recherche de soins, y compris pendant la grossesse et l'accouchement.

Les difficultés d'accès aux soins de santé touchent de nombreuses femmes. En effet, 72 % ont déclaré avoir eu au moins un problème d'accès aux soins de santé. Le problème majeur rencontré est la difficulté d'obtenir de l'argent pour se faire soigner (67 %). En plus de ce problème, on peut citer la distance jusqu'à l'établissement de santé (40 %), l'obtention de la permission d'aller se faire soigner (35 %) et le fait de ne pas vouloir s'y rendre seule (28 %)<sup>32</sup> Le pourcentage de femmes ayant déclaré au moins un problème d'accès aux soins de santé est plus élevé en milieu rural (82 %) qu'en milieu urbain (65 %). La difficulté d'obtenir l'argent pour les soins de santé est le problème le plus évoqué en milieu rural (77 %). La proportion de femmes ayant cité au moins un problème d'accès aux soins de santé diminue avec le niveau d'instruction, passant de 85 % parmi celles sans niveau d'instruction à 51 % parmi

<sup>28</sup> République du Cameroun, EDSC-V, 2018.

<sup>29</sup> République du Cameroun, EDSC-V, 2018.

<sup>30</sup> République du Cameroun, EDSC-V, 2018.

<sup>31</sup> République du Cameroun, EDSC-V, 2018.

<sup>32</sup> République du Cameroun, EDSC-V, 2018.

celles ayant le niveau supérieur. La proportion de femmes ayant cité au moins un problème d'accès aux soins de santé diminue du quintile le plus bas (88 %) au plus élevé (56 %).

### II.3. Enjeux genre du secteur et articulations avec la PNG

La santé maternelle demeure un défi majeur au Cameroun, malgré les efforts considérables du Gouvernement. Conformément à l'axe stratégique N°2 de la Politique Nationale Genre, le Ministère de la Santé Publique est le garant de la sécurité sanitaire des femmes. Cet engagement en faveur du genre se matérialise depuis quelques années par les innovations dans le financement de la santé. Cet axe stratégique a pour objectif d'assurer aux femmes et aux hommes, ainsi qu'aux filles et aux garçons, des services de santé de qualité, notamment en matière de santé de la reproduction aptes à réduire de façon significative les risques de mortalité liée à la maternité, d'infection au VIH/sida, ainsi que d'autres pandémies émergentes.

Ainsi, les interventions du MINSANTE adressent les actions suivantes de la PNG :

**Action 2.1.** : Amélioration de la santé de la reproduction des femmes et adolescentes et réduction de la mortalité maternelle et néonatale

**Action 2.2.** : Promotion du genre dans la lutte contre le VIH – SIDA, la COVID 19 et d'autres pandémies

**Action 2.3** : Promotion de l'éducation des femmes à la nutrition et aux pratiques familiales essentielles

En conclusion, le diagnostic genre du secteur de la santé a permis d'identifier comme problème majeur la «faible capacité du système de santé à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif». Le système de santé actuel ne permet pas de prévenir de façon adéquate les événements qui influencent négativement la santé et à assurer suffisamment et de manière efficace, la promotion de la santé des populations et une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie. En pratique, la faible capacité du système de santé à répondre efficacement aux besoins de bien-être de la population se traduit par des indicateurs sanitaires peu satisfaisants avec notamment une morbi-mortalité élevée, un accroissement des dépenses de santé et une diminution de la force de travail.

<sup>33</sup>.Les principaux défis en ce qui concerne la femme portent sur la nécessité de :

- ✓ Renforcer les actions de lutte contre la mortalité maternelle ;
- ✓ Assurer la prise en charge globale des femmes et des jeunes filles enceintes ;
- ✓ Assurer l'éducation sanitaire et nutritionnelle des femmes et des jeunes filles ;
- ✓ Améliorer la prévalence contraceptive des femmes en âge de procréer ;
- ✓ Assurer l'implication des hommes et des garçons dans la prise en charge communautaire des questions de santé de reproduction ;
- ✓ Etendre les interventions à base et sous directive communautaires ;
- ✓ Améliorer la disponibilité et l'utilisation du MEG de qualité ;
- ✓ Renforcer le cadre de concertation intersectoriel en matière de promotion et de prévention.

---

<sup>33</sup> Minsanté, Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027

## **CHAPITRE III : ANALYSE GENRE DES PROGRAMMES DU MINSANTE**

Le chapitre 3 fait un diagnostic de l'opérationnalité de l'approche BSG au MINSANTE tout en mettant en lumière une analyse genre des 05 programmes budgétaires du Ministère de la Santé Publique et des trois Programmes de santé prioritaires à savoir les programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme , la Tuberculose et le VIH/SIDA.

### **III.1. Diagnostic de l'opérationnalité de l'approche BSG au MINSANTE**

Cette première section consistera à analyser le cadre de référence sous-jacent à la BSG : cadre normatif, cadre institutionnel, cadre technique et statistique...

#### **III.1.1. Cadre normatif BSG du MINSANTE**

Le Cameroun ne dispose pas encore d'un code de santé publique. Par ailleurs, le cadre juridique des interventions en matière de santé est caractérisé par une disparité de textes. Très souvent, les pratiques précèdent l'encadrement juridique et des vides juridiques persistent dans plusieurs domaines<sup>34</sup>.

S'agissant du genre, la Loi N°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé prend en compte cette préoccupation en son article 2. En effet, cette disposition qui énonce les grands principes de politique nationale de santé affirme l'engagement du pays à protéger et à promouvoir la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes du troisième âge, les indigents et les handicapés.

Tous les autres textes sont neutres vis à vis du genre et de ce fait, ne donnent aucune orientation quant à la prise en compte de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes tant au niveau programmatique qu'au niveau budgétaire.

#### **III.1.2. Cadre institutionnel et technique BSG du MINSANTE**

Le cadre de pilotage de la BSG a été officiellement mis en place avec la désignation d'un point focal genre et d'un point focal BSG conformément à la Circulaire N° 0000023/C/MINFI du 02 Aout 2022 du Ministre des Finances, relative à l'intégration et à l'évaluation de la Budgétisation sensible au genre dans le budget de l'Etat. Egalement, le MINSANTE a mis en place un groupe de travail sur la BSG lors de la préparation du budget 2023. Ces points focaux, ainsi que le groupe de travail BSG ont pour principale mission de s'assurer de la prise en compte du genre dans la politique sectorielle de ce département ministériel. Toutefois, contrairement à certains ministères, le point focal genre du MINSANTE n'est pas logé au niveau stratégique et n'est pas suffisamment impliqué dans la chaîne de Planification, Programmation, Budgétisation et de Suivi-évaluation (PPBS). De fait, celui-ci n'a pas souvent le pouvoir nécessaire pour influencer la prise de décision relative au genre au sein du Ministère. Il faut tout de même noter que ce dernier participe à la préparation du budget du MINSANTE.

Afin de donner assez de pouvoir mécanisme BSG au sein de ce département, il serait nécessaire de formaliser cette structure en y intégrant les responsables de programmes et les contrôleurs de gestion afin de lui conférer toute sa force dans le suivi des programmes et budgets sous le prisme du genre.

---

<sup>34</sup> Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027



Egalement, il y'a lieu de noter de faibles capacités des responsables de programmes et les contrôleurs de gestion en matière de Budgétisation sensible au Genre. Seuls les contrôleurs de gestion ont pris part à quelques formations organisées par le MINPROFF avec l'appui d'ONU Femmes et par la GIZ en 2022. Il serait nécessaire d'impliquer les responsables de programmes aux sessions de renforcement des capacités organisées au niveau national sur la prise en compte du genre dans les programmes budgétaires. Egalement, le MINSANTE devrait prévoir des formations sur la BSG en interne comme le font les autres administrations sectorielles.

### **III.1.3. Cadre statistique genre du MINSANTE**

Les indicateurs sensibles au genre sont des valeurs quantitatives et qualitatives qui montrent l'importance des rapports et des écarts qui existent dans les relations hommes-femmes dans l'espace et dans le temps. Ils constituent des moyens pouvant être utilisés par les acteurs, les hommes et les femmes, plus particulièrement les planificateurs et le gouvernement, pour œuvrer au niveau des politiques sectorielles, des programmes et des projets pour un développement durable et équitable.

Au niveau du MINSANTE, le cadre statistique présente deux types d'indicateurs : d'une part, les indicateurs qui mesurent la vulnérabilité de la femme dans le domaine de la santé maternelle, du VIH/SIDA et de la nutrition qui sont genre sensibles par essence, d'autre part, tous les autres indicateurs qui sont neutres. Cette deuxième catégorie nécessite d'être revue et présentée de façon sexodésagrégée, afin de mettre en relief les écarts qui existent dans les relations hommes-femmes et de s'assurer d'une prise en compte effective et efficace de la perspective genre dans les programmes budgétaires.

S'agissant des trois programmes de santé prioritaires ciblés par l'étude, seul le programme VIH comporte des indicateurs genre sensibles.

### **III.2. Analyse genre des programmes budgétaires du MINSANTE**

Conformément au Décret N°2013/093 du 3 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, ce département ministériel est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique.

A ce titre, il est chargé :

- d'assurer l'organisation, la gestion et le développement des formations sanitaires publiques ;
- d'assurer le contrôle technique des formations sanitaires privées ;
- de veiller au développement des actions de prévention et de lutte contre les épidémies et pandémies ;
- de veiller à l'extension de la couverture sanitaire du Territoire;
- de veiller au développement des actions de prévention et de lutte
- de lutter contre les épidémies et les pandémies ;
- de mettre en œuvre la médecine préventive;
- de veiller à la qualité des soins et à l'amélioration du plateau technique des formations sanitaires publiques et privées;
- d'assurer la promotion des infrastructures sanitaires en liaison avec les Administrations concernées;
- d'assurer la coopération médicale et sanitaire internationale en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures;

- du suivi des activités des organismes et comités techniques spécialisés relevant de son secteur de compétence;
- d'assurer le suivi de la médecine sportive et de la médecine du travail, en liaison avec les administrations concernées;
- d'assurer le suivi du développement de la médecine traditionnelle, en liaison avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation;
- de concourir à la formation des médecins, pharmaciens et personnels paramédicaux, ainsi qu'à leur recyclage permanent;
- d'assurer le contrôle de l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et médico-sanitaire et assure la tutelle des ordres professionnels correspondants;
- de veiller au suivi des activités relevant de son domaine de compétence du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER, en liaison avec le Ministère des Affaires Sociales ;
- d'assurer la liaison entre le Gouvernement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ainsi qu'avec les organismes internationaux relevant de son domaine de compétence, en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures ;

En outre, il exerce la tutelle technique sur les établissements publics du secteur de la santé publique.

Pour atteindre les missions qui lui sont assignées, l'action du Ministère de la Santé Publique, est articulée en cinq programmes budgétaires (4 programmes techniques et 1 programme support) que sont :

**Programme 045** : Prévention de la maladie ;

**Programme 046** : Promotion de la santé et nutrition ;

**Programme 047** : Renforcement du système de santé ;

**Programme 048** : Prise en charge des cas ;

**Programme 049** : Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé.

L'analyse genre des Programmes Budgétaires a été conduite à l'aide du Marqueur genre des programmes budgétaires développé au Cameroun. Il s'agit d'un outil stratégique d'évaluation utilisé pour mesurer le niveau d'intégration du genre dans un programme budgétaire, conformément aux orientations des circulaires présidentielles relatives à la préparation du budget de l'Etat du Cameroun. Cet outil développé de manière expérimentale a pour objectifs de permettre au Gouvernement de faire le suivi, d'améliorer et de soutenir une programmation efficace et sensible au genre, en donnant des notes allant de 0 à 5 (Non orienté à Principal). Il vise à indiquer si les activités et tâches conduites par les ministères sectoriels ciblent véritablement l'égalité des sexes.

Le Marqueur Genre des Programmes Budgétaires (MGPB) s'appuie sur les différentes étapes du processus budgétaire sensible au genre à partir d'une analyse genre dans l'évaluation des besoins dans le secteur, la formulation des objectifs du programme et des actions, la définition des actions/activités, des indicateurs, des résultats et du budget. L'identification des besoins de genre implique le choix des activités sensibles au genre et aboutit inévitablement aux résultats sensibles au genre. Cet outil permet donc de noter un programme et guide en même temps les planificateurs à améliorer les faiblesses constatées.

Le Marqueur Genre des Programmes Budgétaires (MGPB) a été construit sur la base de plusieurs outils dont le Marqueur de l'OCDE, du Marqueur Genre Care, du Marqueur Genre

pour les actions humanitaires et des modèles de cadres logique sensibles au genre dans les cadres Stratégiques de Performance (CSP) de CDMT et de PPA proposés par AFRITAC.

### III.2.1. Méthodologie d'analyse

Le Marqueur Genre des Programmes Budgétaires (MGPB) puise son essence dans l'approche-programme et le budget-programme contrairement au budget de moyens. Ainsi, le programme est l'unité de base d'appréciation de la performance genre d'une administration, notamment dans les logiques verticale et horizontale.

**Tableau 1 : Schéma d'un cadre logique de programme**

Programme	Objectifs	Indicateurs	Unité de mesure	Source de vérification	Réalisation	Estimation	Valeur cible			CSP 2030
					2021	2022	2023	2024	2025	
Action										
Activité										
Tache										
Budget										

La notation se fait sur 5 points. On examine à l'intérieur d'un programme, les éléments ci-après :

- **La justification** du genre dans le sous-secteur
- **L'intitulé** des actions, activités ou des taches du programme
- **Les objectifs** du programme, des actions, des activités
- **Les indicateurs** du programme, des actions, des activités
- **Le budget** des activités ou des taches.

Chaque élément est noté sur un point sur toute la chaîne de résultats, puis on fait une sommation. L'appréciation des éléments de notation n'est pas cumulée. Au moins l'un des éléments de la chaîne de résultats doit être genre sensible. Ce qui est recherché, c'est la bonne foi et la volonté des administrations à appliquer la dimension genre dans les différents programmes.

En vue de réduire les marges d'erreurs, dans le comptage des activités et taches genre sensibles, deux modes de calculs sont opérés :

- Lorsqu'une activité est genre sensible, tout le budget de cette activité est considéré, puisque les taches cumulées concourent à la réalisation de cette activité.
- Lorsqu'une activité est neutre et prête à équivoque, l'on prend en compte les taches de cette activité qui sont genre sensibles.

**Tableau 2 : Grille et critères de notation des programmes**

Grille de Notation Genre		Description
<b>Objectif non orienté vers le genre (Valeur 0) :</b>	<b>Aucun des Cinq (05) critères n'est rempli</b>	<b>Non orienté :</b> Le genre n'est pas reflété dans le programme (insensibilité au genre). Le programme a été examiné au regard du marqueur mais il n'a pas été constaté qu'il visait l'objectif de l'égalité homme-femme. Cette valeur ne peut être utilisée par défaut. Les programmes n'ayant pas fait l'objet d'un examen ne doivent pas être marqués, c'est-à-dire qu'aucune valeur ne doit être inscrite dans le champ prévu. Le but est d'éviter toute confusion entre les programmes qui ne visent pas l'égalité des sexes (valeur 0) et ceux dont on ne connaît pas l'orientation à cet égard (champ à laisser vide ou mettre N/A: Non Applicable).
<b>Objectif faible (Valeur 1 point) :</b>	<b>Un (01) des Cinq (05) critères est rempli</b>	<b>Faible :</b> L'égalité entre les femmes et les hommes est résiduellement prise en compte dans le programme. Non seulement elle n'est pas un objectif du programme, mais aussi, ne constitue pas le principal motif de sa réalisation. Tout de même les interventions visées pourraient toucher à la fois les femmes et les hommes, les filles et les garçons, sans un impact conséquent.
<b>Objectif passable (Valeur 2 points) :</b>	<b>Deux (02) des Cinq (05) critères sont remplis</b>	<b>Passable :</b> L'égalité homme-femme est incidemment prise en compte dans le programme. Soit elle n'est pas un objectif du programme/projet et ne constitue pas le principal motif de sa réalisation. Tout de même les actions et activités impacteront sur le statut et les conditions de vie des femmes et des hommes ; Soit elle est un objectif important et délibéré du programme, mais ceci n'est pas suffisamment reflété dans la chaîne de résultats.
<b>Objectif moyen (Valeur 3 points) :</b>	<b>Trois (03) des Cinq (05) critères sont remplis</b>	<b>Moyen :</b> L'égalité homme-femme est partiellement prise en compte dans le programme. Elle n'est pas un objectif du programme/projet et ne constitue pas le principal motif de sa réalisation. Mais il existe une ou des actions ciblées soutenues par des indicateurs et activités contribuant à la réduction des inégalités entre les hommes et femmes, les filles et garçons
<b>Objectif significatif (Valeur 4 points) :</b>	<b>Quatre (04) des Cinq (05) critères sont remplis</b>	<b>Significatif :</b> L'égalité homme-femme est un objectif important et délibéré du programme, mais elle ne constitue pas le principal motif de sa réalisation. L'objectif de l'égalité homme-femme doit être mentionné de manière explicite dans la documentation relative au programme considéré, et sa présence ne peut être implicite ni supposée.
<b>Objectif principal (Valeur 5 points) :</b>	<b>Tous les Cinq (05) critères sont remplis</b>	<b>Principal :</b> L'égalité entre les femmes et les hommes est l'objectif principal du programme ou du projet et elle est fondamentale dans sa conception et pour les résultats escomptés. Le programme a été conçu avec pour finalité première de faire progresser l'égalité entre les sexes et/ou l'autonomie des femmes et des filles, de réduire les discriminations ou les inégalités fondées sur le sexe ou de répondre à des besoins sexospécifiques.

### III.2.2. Résultats

#### III.2.2.1. Analyse genre des programmes budgétaires sur la période 2021-2023

**Tableau 3 : Cadre logique des programmes du Chapitre 40**

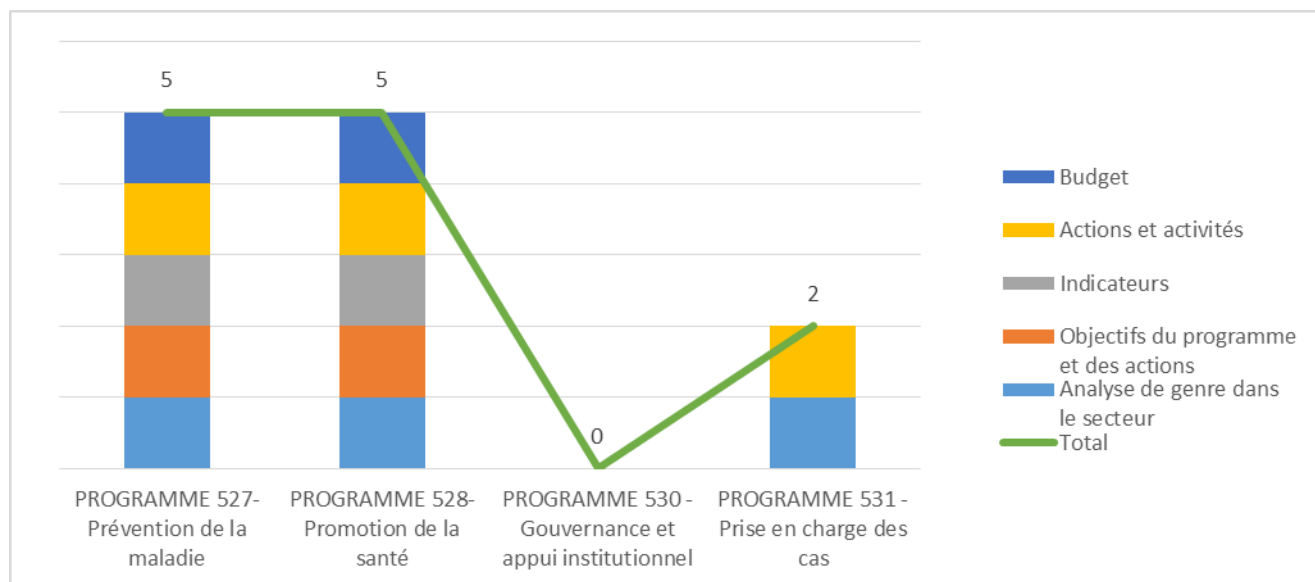
Programme	Objectifs	Indicateurs	Unité de mesure	Source de vérification	Réalisation	Estimation	Valeur cible			CSP 2030
					2021	2022	2023	2024	2025	
PROGRAMME 045 : PREVENTION DE LA MALADIE	Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention	Pourcentage de Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) distribuées parmi celles planifiées	%	RAP 2021	70,22	90	93	95	97	100
		Pourcentage de femme enceinte infectées par le VIH et sous TARV	%	Rapport CNLS	90,7	95	95	95	95	95
		Couverture vaccinale au RR1	%	Rapport PEV	73,9	79	80	81	82	85
PROGRAMME 046 : PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION	Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé	Taux de malnutrition chronique chez les moins de 5 ans	%	Rapport SD Alimentation et Nutrition	28,5	28	27	26	24	22
		Proportion des Districts de Santé (DS) mettant en œuvre l'ATPC	%	Rapport d'activité SD Hygiène et Assainissement	45	65	68	70	75	100
PROGRAMME 047 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires, à assurer un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité	Proportion de personnes couvertes par un mécanisme de protection sociale en santé	%	Rapport DPS	7	7	35	45	50	60
		Proportion de districts disposant des structures sanitaires répondant aux besoins de la population en matière de santé	%	Rapport annuel DOSTS	15	25	30	35	45	80

PROGRAMME 048 : PRISE EN CHARGE DES CAS	Réduire la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non transmissibles ainsi que la mortalité maternelle et infanto juvénile	Taux de mortalité maternelle	%	DHIS2	45,5	45	44,5	44	43,5	40
		Pourcentage des PVVIH mis sous traitement	%	Rapport annuel CNLS pour la réalisation; Plan de suivi évaluation pour les projections (cadre de performance subvention)	86	86,3	86,7	87	87,3	90
		Taux de mortalité infantile	%	DHIS2	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1
PROGRAMME 049 : GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE DU SYSTEME DE SANTE	Améliorer la coordination des services et assurer la bonne mise en œuvre des programmes au ministère	Taux de réalisation des activités budgétisées dans les programmes budgétaires	%	RAP	94	95	98	100	100	100

**Tableau 4 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2021-2023**

Programme	Analyse de genre dans le secteur	Objectifs du programme et des actions	Actions et activités	Indicateurs	Budget	Total	Notation Genre
PROGRAMME 527- Prévention de la maladie	1	1	1	1	1	5	Principal
PROGRAMME 528- Promotion de la santé	1	1	1	1	1	5	Principal
PROGRAMME 530 - Gouvernance et appui institutionnel	0	0	0	0	0	0	Non orienté
PROGRAMME 531 - Prise en charge des cas	1	0	1	0	0	2	Passable

**Graphique 4 Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2021-2023**



Source : Tableau 6/ travaux de l'auteur.

**Commentaires :**

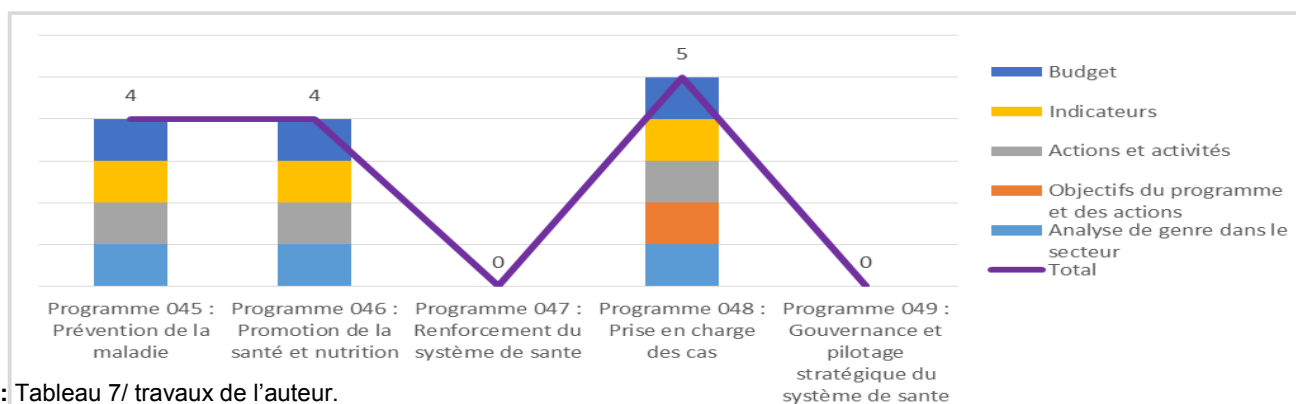
- le CDMT 2021-2023 utilise l'ancienne codification des programmes avant la tenue des CIEP
- Le genre est principalement affiché dans la chaîne de résultats des programmes 527 et 528 du chapitre.
- Il est bien vrai que les programmes et actions n'étaient pas encore formulés sous le prisme du genre en 2021 du fait que l'application de la BSG a été effective dans le budget 2022, il faut de même signaler que des informations sur la santé maternelle sont mises en relief et abordent considérablement cette question
- Il existe plusieurs objectifs explicites sur la santé de la mère y compris la PTME, soutenus des indicateurs spécifiques au genre (ou un engagement ferme à le faire (527 et 528).
- Les problèmes de genre sont clairement énoncés dans la formulation de certaines actions et activités (527 et 528).
- Les données et les indicateurs ne sont pas ventilés par sexe (530 et 531).
- Il y a un engagement à suivre et à rendre compte des résultats obtenus en matière d'égalité entre les femmes et les hommes lors de la phase d'évaluation pour les programmes 527 et 528.



**Tableau 5 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2022-2024**

Programme	Analyse de genre dans le secteur	Objectifs du programme et des actions	Actions et activités	Indicateurs	Budget	Total	Notation Genre
Programme 045 : Prévention de la maladie	1	0	1	1	1	4	Significatif
Programme 046 : Promotion de la santé et nutrition	1	0	1	1	1	4	Significatif
Programme 047 : Renforcement du système de santé	0	0	0	0	0	0	Non orienté
Programme 048 : Prise en charge des cas	1	1	1	1	1	4	Significatif
Programme 049 : Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé	0	0	0	0	0	0	Non orienté

**Graphique 5 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2022-2024**



Source : Tableau 7/ travaux de l'auteur.

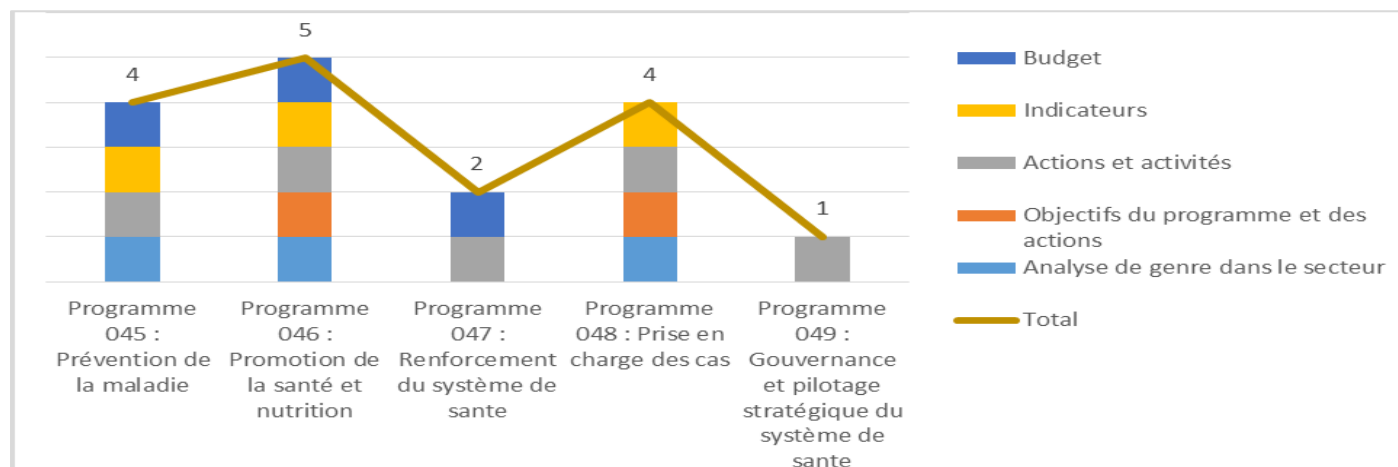
**Commentaires :**

- le CDMT 2021-2023 utilise la nouvelle codification des programmes adoptée après la tenue des CIEP. En plus, le MINSANTE est passé de quatre à cinq programmes pour tenir compte des nouveaux enjeux et défis en matière de santé publique.
- Le genre est significativement affiché dans la chaîne de résultats des programmes 045, 046 et 048 du chapitre.
- les programmes 047 et 049 affichent un très faible score et ne prennent pas du tout en compte la dimension genre.
- Les informations sur la santé maternelle y compris la PTME sont mises en relief et abordent considérablement cette question
- En dehors du programme 047, tous les programmes du Ministère ne fixent pas d'objectifs sur le genre y compris au niveau des actions.
- Du fait que le MINSANTE figure parmi les ministères pilotes de la BSG, il y a un engagement à suivre et à rendre compte des résultats obtenus en matière d'égalité entre les femmes et les hommes lors de la phase d'évaluation pour tous les programmes.

**Tableau 6 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2023-2025**

Programme	Analyse de genre dans le secteur	Objectifs du programme et des actions	Actions et activités	Indicateurs	Budget	Total	Notation Genre
Programme 045 : Prévention de la maladie	1	0	1	1	1	4	Significatif
Programme 046 : Promotion de la santé et nutrition	1	1	1	1	1	5	Principal
Programme 047 : Renforcement du système de sante	0	0	1	0	1	2	Passable
Programme 048 : Prise en charge des cas	1	1	1	1	0	4	Significatif
Programme 049 : Gouvernance et pilotage stratégique du système de sante	0	0	1	0	0	1	Faible

**Graphique 6 : Analyse genre des programmes budgétaires dans le CDMT 2023-2025**



Source : Tableau 8/ travaux de l'auteur.

**Commentaires :**

-Le genre est significativement pris en compte dans certains programmes budgétaires de ce ministère.

-Sur 5 programmes budgétaires de ce ministère en 2023, un (046) vise principalement la réduction de la vulnérabilité des femmes dans le domaine de la santé, deux intègrent significativement le genre (045et 048).

-L'on note une évolution dans la prise en compte du genre dans tous les programmes, même si des efforts restent à faire pour les programmes 047 et 049

-L'on note aussi un effort dans les allocations budgétaires des activités et tâches des programmes 045,046 et 047.

-Du fait que le MINSANTE figure parmi les ministères pilotes de la BSG, il y a un engagement à suivre et à rendre compte des résultats obtenus en matière d'égalité entre les femmes et les hommes lors de la phase d'évaluation pour tous les programmes

### Conclusions :

Deux constats se dégagent de ces tableaux. Bien que le cadre normatif, institutionnel, technique et statistique du MINSANTE ne soit pas suffisamment structuré autour de la question de Budgétisation sensible au Genre, les responsables de ce département reconnaissent tous l'importance de la prise en compte du genre dans les programmes budgétaires de ce département ministériel. L'une des évidences de cette acception est qu'un groupe de travail provisoire sur BSG a été mis en place pour préparer le budget de l'exercice 2023. Par conséquent la perspective genre a été significativement intégrée dans certains programmes de ce ministère.

Le second constat permet de noter qu'il existe une évolution sur la « genderisation » des programmes au fil du temps, lorsqu'on compare les programmes sur la période de 2021 à 2023. Ceci démontre une volonté politique de cette administration à adresser les la problématique des inégalités entre les hommes et les femmes. Tout de même, il y'a encore de nombreux efforts à faire au niveau de la construction des indicateurs désagrégés par sexe, de l'identification des activités genre sensibles et de l'affectation de budgets conséquents. Egalement, l'on note que les programmes 047 sur le Renforcement du système de santé et 049 sur la Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé nécessitent un effort de priorisation de la question de genre. S'agissant particulièrement du programme 047 qui porte la Couverture Santé Universelle, il davantage sera question de travailler plus sur la demande de services plutôt que sur l'offre, car on peut bien améliorer l'infrastructure de santé, mais si les populations vulnérables dont les femmes n'ont pas accès à celles-ci, tous les efforts déployés par le gouvernement pour améliorer la santé des populations seront vains.

### 3.2.2.2. Analyse genre du Projet de Performance Annuel du MINSANTE pour l'exercice 2023

La programmation triennale à travers la CDMT permet de montrer les projections en termes de prise en compte du genre à partir de la situation de référence en année N-1. Mais très souvent, elle ne reflète pas souvent la réalité lors des arbitrages budgétaires, car même lorsque les activités genre sont planifiées, elles ne sont souvent pourvues d'un budget conséquent. C'est pourquoi, la présente section qui examine le Projet de Performance Annuel du MINSANTE pour l'exercice 2023 sera conduite de manière plus détaillée, toujours à la lumière du marqueur genre des programmes budgétaires. L'objectif est de voir les activités et tâches retenues par les programmes budgétaires pour la prise en compte du genre dans le budget 2023.

#### **Tableau 7 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 045: Prévention de la maladie**

N°	Actions du programme	Objectif	Indicateurs				Activités genre sensibles	Taches genre sensibles
			Libellé	Niveau ref.	Niveau cible	Source de vérification		
01	PREVENTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES	Réduire les nouveaux cas d'infection au VIH, Tuberculose, IST et Hépatites Virales	Pourcentage des patients ayant terminés avec succès leur traitement de la tuberculose	87	88	Rapport PNL TB	Acquisition et distribution des MILDA	
02	SURVEILLANCE ET REPONSE AUX MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE, AUX	Porter la couverture vaccinale au penta 3 de 84% à au	Couverture vaccinale au DTC Hep HibB 3 (CV Penta 3)	90	91	-Rapport d'activités du PEV 2015	Dépistage des parasites et de la drépanocyto	

	ZOONOSES ET EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	moins 91%					se respectivement chez les donneuses de sang en âge de procréer et les donneurs bénévoles de sang	
03	PREVENTION DE LA TRANSMISSION MEREENFANT DU VIH ET SANTE MATERNELLE, NEONATALE INFANTILE DES ADOLESCENTS	Réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 6 semaines est inférieur à 5%	3	2,5	Rapport CNLS	Offre du Conseil et du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes et les nouveaux nés exposés au VIH Projet d'appui à l'élimination de la Transmission du VIH Sida de la Mère à l'Enfant au Cameroun	
04	PREVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	D'ici 2030, réduire d'au moins 10% l'incidence/prévalence des principales maladies non transmissibles	Incidence du cancer de col de l'utérus	20	19	Rapport PNL CANCER, Globocan 2020	Renforcement de la prévention et de la lutte contre le cancer	

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

**Tableau 8 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 046: Promotion de la santé et nutrition**

N°	Actions du programme	Objectif	Indicateurs				Activités genre sensibles	Taches
			Libellé	Niveau ref.	Niveau cible	Source de vérification		
01	RENFORCEMENT DES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE	Développer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés	Proportion des personnels de santé non spécialistes formés à la promotion de la santé mentale et disponible dans les(FOSA)	38	48	Rapport mensuel d'activité SD santé mentale	Commémoration des journées internationales de santé	Commémoration de la journée mondiale de l'allaitement maternel et la journée internationale de lutte contre les fistules obstétricales

								Organisation de la journée mondiale de l'allaitement maternel
02	RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET PROMOTION DE LA SANTE DE L'ADOLESCENT	D'ici 2030 amener 75% de familles à adopter des pratiques familiales essentielles (planification familiale et santé des adolescents).	Prévalence des grossesses chez les adolescents	23,1	22,1	MICS5	Communication pour le changement de comportement	Contractualisation avec les médias publics et privés pour la diffusion des messages en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile dans les 7 autres régions
			Pourcentage des femmes en âge de procréer (15 – 49 ans) mariées ou en couple qui utilisent ou dont le partenaire sexuel utilise au moins une méthode contraceptive		25	-Rapport enquête INS		
								Développement des micros programmes , Spots et messages à diffuser à travers les médias en faveur de la LMMI dans les régions du Septentrion
								Formations/ recyclage des hommes et femmes de 10 médias dans les régions du Centre et du Sud
							Renforcement de l'offre de service en SRA de qualité	
							Sensibilisation de la population au niveau communautaire sur la PF	
							Sécurisation des produits contraceptifs	
							Vulgarisation de l'assainissement total piloté par la communauté	Acquisition des produits contraceptifs pour 10 unités SRA nouvellement

							(ATPC)	t créés
							Raffermissent des capacités des acteurs en communication de masse et en sensibilisation de proximité sur le problème d'abus des drogues et des toxicomanies	Echange d'information et renforcement des capacités des acteurs hommes et femmes en communication de masse et en sensibilisation de proximité sur la collecte des données et le trafic des substances addictogène
03	AMELIORATION DU MILIEU DE VIE DES POPULATIONS	Contribuer à l'amélioration du cadre de vie des populations en veillant au respect des normes minimales d'hygiène et salubrité dans les zones rurales et urbaines	Pourcentage de districts de santé implémentant l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)	50	75	Rapport CNLS		Plaidoyer auprès des hommes et femmes parlementaires et autres leaders d'opinions sur la vaccination
								Plaidoyer envers <b>80</b> femmes leaders communautaires et traditionnels en vue de leur implication dans la lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infantile dans les régions du septentrion et de l'Est
								Plaidoyer envers les hommes et femmes leaders communautaires et traditionnels en vue de leur implication dans la lutte contre la mortalité maternelle néonatale et



								infanto juvénile
								Superviser <b>15</b> radios communaut aires du septentrion sur l'effectivité de la diffusion des messages en faveur de la LMMNI
<b>04</b>	RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET INSTITUTIONNELLE	D'ici 2030, renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 100% des DS	Proportion de districts de santé disposant d'un Comité de Santé du District (COSADI) fonctionnel	<b>80</b>	<b>85</b>	Rapport annuel d'activité DPS		Communication pour les activités de la CSU
							Mise en place des structures opérationnelles de transfusion sanguine et mise à disposition des produits sanguins labiles sécurisés sur l'ensemble du territoire national	Superviser les <b>15</b> radios communaut aires du septentrion contractualis ées dans le cadre de l'appui budgétaire <b>C2D</b> sur l'effectivité de la diffusion des messages en faveur de la LMMNI
							Renforcement des capacités et du cadre de référence en santé mentale	Appui à la Sensibilisati on des jeunes garçons et filles ainsi que des hommes et femmes contre la consommati on de l'alcool et du tabac
							Formation des prestataires de santé homme et femme non spécialistes a l'utilisation des algorithmes et module de santé mentale	
							Supervision formative des prestataires de santé homme et femme non	

							spécialistes a l'utilisation des algorithmes et module de santé mentale	
05	PROMOTION DES BONNES HABITUDES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES	D'ici 2030, réduire de 50% l'exposition des populations aux maladies dues à la mauvaise alimentation	Taux de malnutrition aigüe global chez les enfants de moins de 5 ans	4,5	4,25	Rapport SD Alimentation et Nutrition, Enquête SMART 2021	Renforcement les comportements favorables à une nutrition saine diversifiée et sécurisée tout au long du cycle de vie	
							Mettre en place un système de surveillance nutritionnel	Appui a l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de 0 a 5 ans et les femmes en âge de procréer dans 7 régions

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

**Tableau 9 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 047 : Renforcement du système de santé**

N°	Actions du programme	Objectif	Indicateurs				Activités genre sensibles	Taches
			Libellé	Niveau ref.	Niveau cible	Source de vérification		
01	AMELIORATION DE LA QUALITE DE L'ACCUEIL ET DES SOINS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES	Assurer la disponibilité des paquets de service et des soins de santé selon les normes dans au moins 40% des Districts de santé	Proportion des CMA et CSI qui délivrent le PMA complet.	23	25	Rapport Annuel DOSTS	Acquisition et distribution des MILDA	
			Proportion des Hôpitaux de Districts qui délivrent le PCA complet.		25	Rapport Annuel DOSTS		
02	OFFRES INFRASTRUCTURELLES ET EQUIPEMENTS DES FORMATIONS SANITAIRES	Améliorer l'offre infrastructurelle et les équipements dans de formations sanitaires en liaison avec les CTD	Proportion des hôpitaux de 1ère et 2ème, 3ème et 4ème catégorie disposant d'un service d'urgence selon les normes	60	65	rapport mission d'enquêtes	Renforcement de l'offre en infrastructure des FOSA de 4e 5e et 6e catégorie	Contribution des bailleurs au Programme conjoint MINSANTE/ AFD/KFW Phase II (FINEX)
							Renforcement de l'offre en infrastructure des FOSA de 1 et 2e catégorie	
							Conduite et réalisation des travaux de construction réhabilitation des bâtiments administratifs et autres	

							infrastructures	
03	DEVELOPPEMENT DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	Améliorer la disponibilité des intrants et des médicaments essentiels de qualité	Nombre de jours de rupture de stock des médicaments essentiels	15	14	Rapport annuel DPML	Offre du Conseil et du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes et les nouveaux nés exposés au VIH	
							Projet d'appui à l'élimination de la Transmission du VIH Sida de la Mère à l'Enfant au Cameroun	
04	AMELIORATION DE LA PROTECTION CONTRE LE RISQUE FINANCIER EN SANTE	Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé 70% à 50% d'ici 2030	Pourcentage des personnes enrôlées à la CSU	35	45	Rapport DPS	Mise en place d'un plan communication suffisant pour une adhésion massive à la CSU	
							Implémentation de la phase 1 de la CSU	

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

**Tableau 10 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 048 :  
Prise en charge des cas**

N	Actions du programme	Objectif	Indicateurs				Activités genre sensibles	Taches
			Libellé	Niveau ref.	Niveau cible	Source de vérification		
01	MISE EN OEUVRE DES INTERVENTIONS CURATIVES A HAUT IMPACT CHEZ LA MERE, LE NOUVEAU-NE, L'ENFANT ET L'ADOLESCENT	Améliorer la prise en charge des cas et des complications liées à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	Pourcentage des nouveaux nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures.	77	78	DHIS2		
			Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié		89		Mise en oeuvre du programme de lutte contre la mortalité maternelle et infantile	
							Renforcement de l'offre de l'accouchement assisté	
						Mise en oeuvre des projets de financements innovants pour le renforcement du système de santé (volet mère-enfant)		

							Projet d'appui à la sante maternelle néonatale et infantile PASMNI	
02	PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES CATASTROPHES ET CRISES HUMANITAIRES	Améliorer la prise en charge des urgences et des catastrophes	Proportion des urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé au niveau national	80	83	Rapport annuel de riposte		
			Proportion des hôpitaux de district offrant une transfusion sanguine selon les normes		40			
03	PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA, TUBERCULOSE, IST ET HEPATITES VIRALES	Améliorer le dispositif clinique de lutte contre le VIH/Sida la tuberculose et les hépatites	Taux de succès thérapeutique des TPB+	88	88	Rapport annuel	Prise en charge des personnes vivantes avec le VIH (PVVIH)	
			Pourcentage des femmes enceintes diagnostiquées de syphilis en CPN et qui reçoivent un traitement selon les normes		60			
04	PRISE EN CHARGE DU PALUDISME	Améliorer le diagnostic et la prise en charge du paludisme	Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	36,57	37,5	Rapport annuel PNLP		
05	PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES (MCNT)	Améliorer la prise en charge des cas et des complications des principales MCNT	Proportion de cas de (HTA) régulièrement suivis dans les HD			Enquête menée annuellement		
06	PRISE EN CHARGE DES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES ET DES AUTRES	Améliorer la prise en charge des maladies tropicales négligées et des maladies rares.	Proportion de cas l'Ulcère de Buruli(UB) guéris sans complication	95	95	Rapport annuel du comité		

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

**Tableau 11 : Marquage des activités genre dans le cadre logique du programme 049 : Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé**

N°	Actions du programme	Objectif	Indicateurs				Activités genre sensibles	Taches
			Libellé	Niveau ref.	Niveau cible	Source de vérification		
01	PILOTAGE STRATEGIQUE DU SECTEUR SANTE	Assurer le bon fonctionnement de toutes les structures du ministère	Pourcentage des réunions de coordination tenues à tous les niveaux	65	70	Rapports réunions de coordination cellule de suivi et DRSP	Coordination des activités des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	
02	PLANIFICATION ET PROGRAMMATION STRATEGIQUE	Améliorer la qualité et l'efficacité de la dépense	Nombre des documents de planification, de programmation et de budgétisation produits dans les délais	4	4	Documents produits par DEP et DRFP		
03	SYSTEME D'INFORMATION ET PRODUCTION STATISTIQUES	Assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide	Taux de Promptitude des RMA dans le DHIS2	70	75	Rapport annuel CIS		
04	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	Améliorer la disponibilité des ressources humaines en santé qualifiées	Pourcentage des structures sanitaires dotées d'au moins 50% des ressources humaines selon les normes et les catégories (PDRH 2011)	53	55	SIGIPES	Gestion du personnel	Organisation de la JIF
05	CONTROLE ET AUDIT INTERNE DU FONCTIONNEMENT ET LA PERFORMANCE DES SERVICES	Améliorer le fonctionnement et la performance des services	Proportion de structures contrôlées et auditées par an	50	55	Rapport annuel IG		
06	COMMUNICATION ET RELATIONS PUBLIQUES	Accroître la visibilité des actions menées par le MINSANTE et la mobilisation des nouvelles entités nationales (entreprises et CTD) en faveur de la santé	Nombre de partenaires privés (entreprises) et publics (CTD) ayant été mobilisés en faveur des activités de la santé	35	55	Rapport CPN/CELCO M	Développement de la politique partenariale	Appui à l'organisation de la campagne de réparation des fistules obstétricales
			Nombre de plateformes de partenariat et de		6	Rapport CPN		

			communication fonctionnelle entre les DRSP, les CTD et les OSC dans les régions					
07	GESTION BUDGETAIRE ET FINANCIERE	Assurer une bonne exécution financière des activités dans les programmes budgétaires	Taux d'exécution du budget au MINSANTE	100	100	Rapport PPA DRFP		
08	RECHERCHE OPERATIONNELLE EN SANTE	Développer la recherche en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Pourcentage des projets de recherche autorisés dont les résultats ont été publiés	95	95	Rapports annuel DROS		

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

### Conclusions :

Dans l'ensemble, le tableau programmatique du MINSANTE pour l'exercice 2023 reflète bien la problématique du genre. Les activités genre sensibles ont été inscrites dans tous les programmes, mais avec une attention divergente selon les programmes. Egalement, il faudrait relever le doute sur la qualité genre sensible de certaines activités. Cet écueil pourrait être élagué si une nouvelle nomenclature budgétaire est établie, permettant de mieux circonscrire ce qui est genre sensible ou non. Une autre question porte sur la nécessité d'étendre les interventions à toutes les femmes. Le MINSANTE accorde une place importante aux femmes enceintes ou allaitantes. Bien que cette option soit louable, il serait nécessaire d'étendre ces interventions en faveur du genre à d'autres hommes et femmes en situation de vulnérabilité afin que le principe « Ne laisser personne de côté » n'apparaisse pas comme un simple slogan, tant de nombreuses femmes et hommes en situation de vulnérabilité n'ont pas encore un accès équitable aux services de santé. Enfin, l'on a pu noter une incohérence entre les activités genre identifiées dans le Document Budgétaire Sensible au Genre et celles marquées dans le système PROBMIS. Des efforts méritent d'être faits au niveau de la stabilisation de ce système afin de faciliter son usage par les utilisateurs.

### 3.3. Analyse genre des programmes Palu, TB et VIH/SIDA de 2021 à 2023

#### 3.3.1. Programme Paludisme 2019-2023

Le paludisme constitue une cause majeure de morbidité dans le pays. La prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de 30% pour l'ensemble du pays (EDS-MICS, 2011). De 2011 à 2017, la morbidité proportionnelle hospitalière due au paludisme est passée de 30,7% à 24,3% soit une baisse relative de près de 21% (figure 3) ; le nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires du pays a évolué de 1 829 266 à 2 093 009, soit une augmentation de 14,41% tandis que le nombre de consultation toute cause passait de 5 957 438 à 8 622 922, soit une hausse de 44,74%.<sup>35</sup>

Au regard de l'ampleur du phénomène, le Gouvernement du Cameroun a fait de la lutte contre le paludisme une priorité nationale soulignée dans les documents de planification

<sup>35</sup> PSNLP 2019-2023

stratégique du pays, notamment, la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 et la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027. De ce fait, l'État camerounais a pris des engagements politiques et mené des actions concrètes en vue de réduire le fardeau du paludisme, parmi lesquelles :

- L'adhésion à l'Initiative Mondiale « Faire Reculer le Paludisme » lancée en 1998
- L'adhésion à la Déclaration du Sommet d'Abuja en Avril 2000;
- La réorganisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 2002 pour en faire un programme prioritaire de santé ;
- L'intégration de la lutte contre le paludisme dans la Stratégie Sectorielle de Santé (2016 – 2027), dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020;
- L'adoption de plusieurs politiques nationales pour l'amélioration de l'accès aux services de qualité pour la prévention et la prise en charge des cas de paludisme (gratuité de la prise en charge du paludisme les enfants de moins de 5 ans; gratuité du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ; distribution gratuite des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action à toute la population ; l'intégration des services de lutte contre le paludisme dans la réforme portant sur la Couverture Sanitaire Universelle en cours de développement...) gratuité du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ; distribution gratuite des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action à toute la population ; l'intégration des services de lutte contre le paludisme dans la réforme portant sur la Couverture Sanitaire Universelle en cours de développement...)<sup>36</sup>.

Dans la même foulée, le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2019-2023, se propose d'« **assurer un accès universel et équitable aux interventions les plus efficaces de prévention, de prise en charge du paludisme, à un coût abordable à toute la population camerounaise, y compris les plus vulnérables et défavorisées** ». Ses objectifs visent d'ici à 2023, de :

- réduire d'au moins 60%, la morbidité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015 ;
- réduire d'au moins 60%, la mortalité liée au paludisme par rapport à la situation de 2015.

Afin d'atteindre ces objectifs, le Gouvernement du Cameroun a axé ses interventions dans ce domaine autour de quatre principaux piliers :

- **PILIER 1 : Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire**
- **PILIER 2 : Utilisation des informations stratégiques pour l'action**
- **PILIER 3 : Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme**
- **PILIER 4 : Coordination de la réponse nationale**

L'analyse genre des programmes budgétaires consistera d'une part à présenter le cadre logique du Plan Stratégique National de lutte contre le Paludisme 2019-2023 et d'autre part à appliquer le marqueur genre dans la chaîne de résultats.

---

<sup>36</sup> PSNLP 2019-2023

**Tableau 12 : Cadre logique du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme au Cameroun 2019-2023**

Pilier	Objectifs	Stratégies	Interventions
Pilier 1: Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire	Objectif 1.1: D'ici 2023, Au moins 80% des leaders / décideurs politiques répertoriés de tous ordres (politique, religieux, traditionnel) posent des actes concrets et tangibles en faveur de la lutte contre le paludisme	Stratégie 1.1.1: Renforcement de l'engagement politique	1.1.1.1: Elaboration d'un document de stratégie de plaidoyer en vue d'obtenir un engagement à tous les niveaux pour l'accélération de la lutte contre le paludisme.
			1.1.1.2: Mise en œuvre du plaidoyer à tous les niveaux sur un paquet intégré des interventions de lutte contre le paludisme
			1.1.1.3: Adoption et mise en application des décisions politiques pour l'accélération de la lutte contre le paludisme sont appliquées.
	Objectif 1.2: D'ici 2023, Augmenter le financement pour la lutte contre le paludisme de 2% par an	Stratégie 1.2.1: Plaidoyer institutionnel	1.2.1.1: Plaidoyer pour augmenter le budget de l'Etat alloué à la santé et celui de la santé alloué à la lutte contre le paludisme
			1.2.1.2: Plaidoyer auprès des groupements patronaux pour augmenter le budget alloué à la lutte contre le paludisme par les entreprises
			1.2.1.3: Plaidoyer pour la prise en compte des interventions la lutte contre le paludisme dans les budgets des CTD
			1.2.1.4: Plaidoyer pour la recherche des financements innovants pour la lutte contre le paludisme
		Stratégie 1.2.2: Mobilisation des partenaires	1.2.2.1: Plaidoyer pour maintenir ou augmenter le nombre les PTF qui financent les activités de lutte contre le paludisme
		Stratégie 1.3.1: Renforcement de la Collaboration multisectorielle	1.3.1.1: Plaidoyer pour l'implication effective des ministères précis dans la lutte contre le paludisme
	1.3.1.2: Plaidoyer pour l'intégration des interventions de lutte contre le paludisme au sein des OSC		
Pilier 2: Utilisation des informations stratégiques pour l'action	Objectif 2.1: D'ici 2023, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité issues de la surveillance épidémiologique de routine pour la prise de décisions	Stratégie 2.1.1: Surveillance épidémiologique de routine	2.1.1.1: Renforcement du système de Collecte, transmission et stockage des données
			2.1.1.2: Renforcement des capacités des acteurs en analyse et production des informations stratégiques
			2.1.1.3: Analyse et utilisation des données
			2.1.1.4: Assurance qualité des données de routine
	Objectif 2.2: D'ici 2023, 100% des sites sentinelles mènent les activités complémentaires de surveillance du paludisme	Stratégie 2.2.1: Surveillance épidémiologique sentinelle	2.2.1.1: Renforcement institutionnelle et logistique des sites sentinelles
			2.2.1.2: Renforcement des capacités des acteurs en surveillance sentinelle



			2.2.1.3: Surveillance entomologique
			2.2.1.4: Surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques
			2.2.1.5: Surveillance de la prévalence des espèces de Plasmodium
			2.2.1.6: Surveillance hebdomadaire du paludisme
	Objectif 2.3: D'ici 2023, 80% des activités de lutte contre le paludisme sont réalisées dans les délais programmés	Stratégie 2.3.1: Suivi	2.3.1.1: Suivi des interventions de routine
			2.3.1.2: Suivi des campagnes de lutte contre le paludisme
	Objectif 2.4: D'ici 2023, 100% des enquêtes et études des effets et impact des interventions de lutte contre le paludisme sont réalisées	Stratégie 2.4.1: Evaluation	2.4.1.1: Evaluation des effets et impact des interventions
			2.4.1.2: Evaluation du Plan Stratégique
	Objectif 2.5: D'ici 2023, 100% des épidémies et situation d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection	Stratégie 2.5.1: Riposte aux épidémies	2.5.1.1: Préparation de la riposte aux épidémies
			2.5.1.2: Détection précoce des épidémies
			2.5.1.3: Contrôle des épidémies
Pilier 3: Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	Objectif 3.1: D'ici 2023, Au moins 80% des femmes enceintes sont protégées par le Traitement Préventif Intermittent (TPI3) conformément aux directives nationales	Stratégie 3.1.1: Administration de la SP pendant les CPN	3.1.1.1: Approvisionnement en intrants pour TPI
			3.1.1.2: Renforcement des capacités du personnel des FOSA en charge de la CPN
			3.1.1.3: Dispensation de la SP aux femmes enceintes lors des CPN dans les FOSA
			3.1.1.4: Sensibilisation en faveur à la CPN chez les femmes en âges de procréer
			3.1.1.5: Suivi et Evaluation les activités de la CPN
		Stratégie 3.1.2: Administration de la SP en communauté	3.1.2.1: Approvisionnement en intrants pour la distribution communautaire du TPI
			3.1.2.2: Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la distribution communautaire du TPI
			3.1.2.3: Sensibilisation en faveur de la distribution communautaire du TPI
			3.1.2.4: Dispensation la SP dans la communauté
			3.1.2.5: Suivi et Evaluation la dispensation communautaire du TPI
			3.10.1.2: Formation continue

	Objectif 3.2: D'ici 2023, Au moins 95% des enfants de 03 à 59 mois sont protégés contre les accès palustres par quatre cycles de prise de SP+AQ dans les districts de santé éligibles à la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)	Stratégie 3.2.1: Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)	3.2.1.1: Approvisionnement en intrants pour la CPS
			3.2.1.2: Renforcement des capacités des acteurs de la CPS
			3.2.1.3: Dispensation de la SPAQ aux enfants de 03-59 mois lors de la CPS
			3.2.1.4: Sensibilisation en faveur à la CPS dans les zones ciblées
			3.2.1.5: suivi et Evaluation les activités de la CPS
	Objectif 3.3: D'ici 2023, Au moins 80% de la population générale dort sous Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)	Stratégie 3.3.1: Distribution en routine des MILDA	3.3.1.1: Approvisionnement en MILDA pour la distribution de routine
			3.3.1.2: Marketing social
			3.3.1.3: Approvisionnement en MILDA pour la campagne de distribution de masse des MILDA
			3.3.1.4: Renforcement des capacités des acteurs de la campagne de distribution de masse des MILDA
			3.3.1.5: Distribution de masse des MILDA
			3.3.1.6: Mise en œuvre des études sur la durabilité des MILDA
			3.3.1.7: Suivi et Evaluation des activités de la Campagne de distribution de masse des MILDA
	Objectif 3.4: D'ici 2023, Au moins 80% de la population à risque des districts de santé ciblées est protégée par la Pulvérisation Intra- Domiciliaire (PID)	Stratégie 3.4.1: Pulvérisation Intra-Domiciliaire (PID)	3.4.1.1: Approvisionnement des intrants pour la PID
			3.4.1.2: Renforcement des capacités des acteurs à la mise œuvre de la PID
			3.4.1.3: Pulvérisation des ménages dans les districts ciblées
			3.4.1.4: Communication en faveur de la PID dans les zones ciblées
			3.4.1.5: Suivi et Evaluation les activités de la PID
	Objectif 3.5: D'ici 2023, Au moins 80% de la population à risque des districts de santé ciblées est protégée par la Lutte Anti-Larvaire (LAL)	Stratégie 3.5.1: Lutte Anti-Larvaire (LAL)	3.5.1.1: Approvisionnement en intrants pour la LAL
			3.5.1.2: Renforcement des capacités des acteurs à la mise oeuvre de la LAL
			3.5.1.3: Traitement des gîtes larvaires dans les zones cibles
3.5.1.4: Communication en faveur de la LAL dans les villes ciblées			
3.5.1.5: Suivi et Evaluation les activités de LAL			
Objectif 3.6: D'ici 2023, Au moins 40% dans de sites identifiés ont réduit leur niveau de résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides	Stratégie 3.6.1: Gestion de la résistance aux insecticides	3.6.1.1: Elaboration et production des documents de la gestion de la résistance	
		3.6.1.2: Rendre fonctionnel les instances impliquées dans la gestion de la résistance	
		3.6.1.3: Approvisionnement en équipements et intrants pour la surveillance entomologique	
		3.6.1.4: Renforcement des capacités des acteurs en surveillance	

			entomologique
			3.6.1.5: Collecte et Analyse des données sur la résistance aux insecticides
Objectif 3.7: D'ici 2023, Au moins 80% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires, services de prestation de soins et dans la communauté sont testés par le TDR ou la GE	Stratégie 3.7.1: Diagnostic biologique du paludisme		3.7.1.1: Approvisionnement en intrants pour le diagnostic du paludisme
			3.7.1.2: Renforcement des capacités les prestataires de soins en matière de diagnostic du paludisme
			3.7.1.3: Mise à jour des documents normatifs sur le diagnostic du paludisme
			3.7.1.4: Diagnostic biologique du paludisme par TDR et GE dans les FOSA
			3.7.1.5: Assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme
Objectif 3.8: D'ici 2023, 100% des cas de paludisme confirmés, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté	Stratégie 3.8.1: Prise en charge du paludisme dans les Formations sanitaires		3.2.1.2.3: Traitement du paludisme dans les Formations sanitaires
			3.2.1.2.4: Assurance qualité du traitement du paludisme
			3.9.1.1: Approvisionnement en intrants pour le traitement du paludisme
			3.9.1.2: Renforcement des capacités les prestataires de soins en matière de prise en charge du paludisme
			3.2.2.2.1: Renforcement des capacités des ASC
			3.2.2.2.2: Approvisionnement / Equipement des ASC
			3.2.2.2.2: Coordination des activités des ISDC
			3.2.2.2.2: Supervision des Activités des ISDC
			3.2.2.2.3: Mise en œuvre des ISDC
			Stratégie 3.8.3: Pharmacovigilance
		3.8.3.2: Appui le fonctionnement des comités de pharmacovigilance	
		3.8.3.3: Collecte et analyse des données de pharmacovigilance	
Objectif 3.9: D'ici 2023, 80% des structures sanitaires et les Agents de santé communautaires sont disposent de façon permanente les intrants antipaludiques	Stratégie 3.9.1: Fonctionnement du SGIL, Gestion des intrants et Approvisionnement		3.2.3.1.1: Renforcement d'un système de gestion d'information logistique intégré des intrants
			3.2.3.1.2: Renforcement de la logistique de la chaîne d'approvisionnement
			3.2.3.1.3: Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement
Objectif 3.10: D'ici 2023, Au moins 80% des acteurs des niveaux Central, régional, et districts sont formés en gestion	Stratégie 3.10.1: Formation		3.10.1.1: Formation initiale
			3.10.1.2: Formation continue

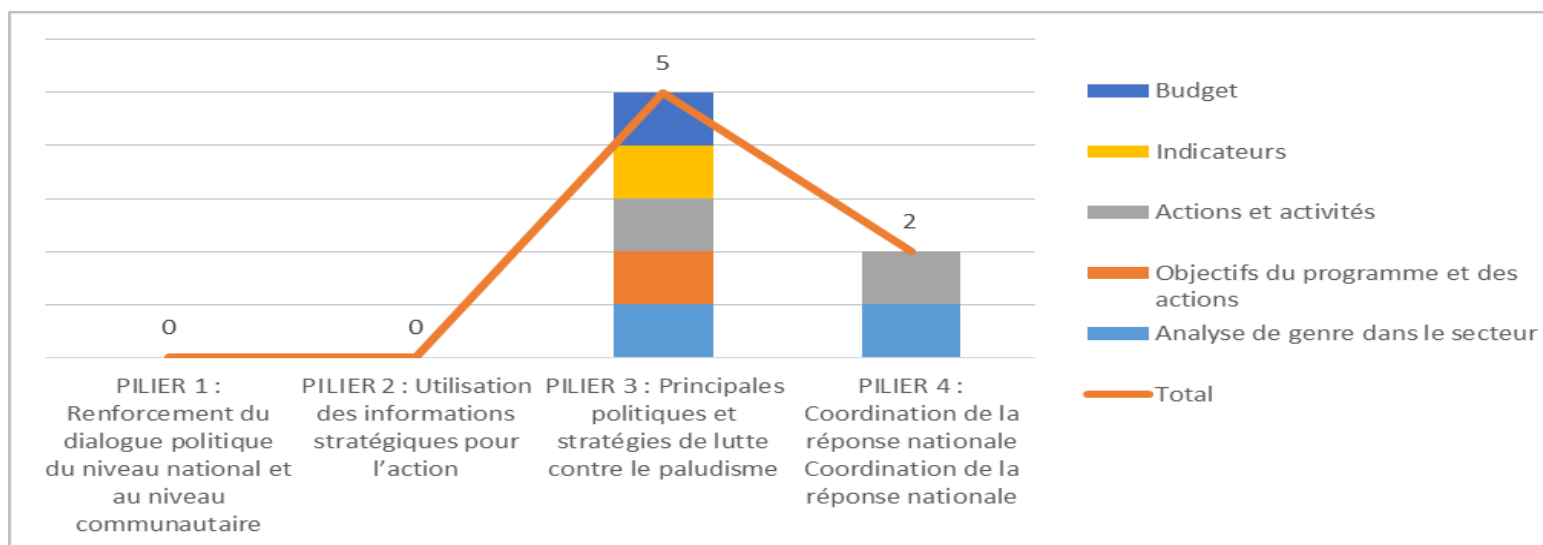
	des programmes de lutte contre le paludisme		
	Objectif 3.11: D'ici 2023, Au moins 80% des sujets de recherches identifiés sont menés à terme	Stratégie 3.11.1: Recherche	3.11.1.1: Renforcement du partenariat pour la recherche 3.11.1.2: Recherche sur la transmission du paludisme 3.11.1.3: Recherche sur le comportement de l'homme
Pilier 4: Coordination de la réponse nationale Coordination de la réponse nationale	Objectif 4.1: D'ici 2023, Au moins 95% des activités planifiées sont mises en œuvre conformément aux procédures de gestion du PNLP	Stratégie 4.1.1: Gestion de programme	4.1.1.1: Planification
			4.1.1.2: Gestion des ressources humaines et matérielle
			4.1.1.3: Gestion financière
	Objectif 4.2: D'ici 2023, Respecter les procédures de gestion dans la mise en œuvre de 100% des activités planifiées	Stratégie 4.2.1: Gouvernance	4.2.1.1: Coordination
			4.2.1.2: Contrôle et Audit
			4.2.1.4: Archivage et documentation
Objectif 4.3: D'ici 2023, Au moins 80% des populations y compris les populations spéciales utilisent des services et des produits de lutte contre le paludisme	Stratégie 4.3.1: Communication pour le Développement	4.3.3.1: Communication institutionnelle	
		4.3.3.2: communication pendant les campagnes de masse (MILDA, CPS, PID, SASNIM)	
		4.3.3.3: Communication sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme	
		4.3.3.4: Communication en direction des prestataires de soins sur le respect des directives de lutte contre le paludisme	
		4.3.3.5: Communication en direction des prestataires de soins pour l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme	

**Tableau 13 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLP 2019-2023**

Pilier	Analyse de genre dans le secteur	Objectifs du programme et des actions	Actions et activités	Indicateurs	Budget	Total	Notation Genre
<b>PILIER 1 : Renforcement du dialogue politique du niveau national et au niveau communautaire</b>	0	0	0	0	0	0	Non orienté
<b>PILIER 2 : Utilisation des informations stratégiques pour l'action</b>	0	0	0	0	0	0	

<b>PILIER 3 : Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme</b>	1	1	1	1	1	5	Principal
<b>PILIER 4 : Coordination de la réponse nationale</b>	1	0	1	0	0	2	Passable

**Graphique 7: Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLP 2019-2023**



**Source :** Tableau 15/ travaux de l'auteur.

Commentaire :

- Le cadre logique du PSNLP, n'obéit pas au format utilisé par le gouvernement selon la logique de la GAR
- La dimension genre n'est pas bien reflétée dans le Plan Stratégique. Seul le pilier 3 intègre très bien la question avec une notation Principal, c'est à dire que le genre est une priorité de ce programme. Malheureusement, ce pilier informe seulement sur les femmes enceintes et n'intègre pas les autres catégories de femmes vulnérables.
- La plupart des indicateurs ne sont pas désagrégés selon le sexe, ce qui ne permet pas de percevoir les efforts dans la réduction des inégalités de genre (hommes-femmes) dans ce programme.
- Au niveau du pilier 4, il est prévu une meilleure implication des communautés et en particulier des femmes, dans la lutte contre cette endémie, mais avec de faibles allocations budgétaires.

### 3.3.2. Programme Tuberculose

La tuberculose constitue un sérieux problème de santé publique au Cameroun. L'analyse épidémiologique réalisée en 2018 révèle une incidence de 186 pour 100 000 habitants avec une intensité de la transmission de la maladie dans les groupes d'âges de 20 à 40 ans<sup>37</sup>. Selon le sexe, parmi les cas de tuberculose notifiés, 14 278 cas étaient du sexe masculin et 9478 cas du sexe féminin. Ceci représente un sexe ratio h/f de 1,5 pour l'ensemble du pays. Ce sex-ratio en faveur des hommes est observé dans toutes les régions et varie de 1,3 pour le Sud-ouest à 2 pour le Nord.

En dépit d'une certaine volonté politique et des efforts conjugués du GTC, des GTR et des partenaires, le PNLNT n'est pas arrivé à améliorer sa notification qui se limite à environ 50% de l'ensemble des cas attendus. La problématique de la sous-notification est valable tant pour les cas sensibles que pour les cas résistants. Les difficultés d'accès aux services (barrière géographique et financière), la pauvreté, le manque d'éducation, la déperdition des patients entre les services (laboratoires, clinique et suivi) et aussi les troubles politiques ayant causés une disruption des services publics semblent constituer les facteurs qui entretiennent la sous-notification des cas.

Le PSN 2020 – 2024 se propose donc d'être une réplique contextualisée de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » ; ainsi il adopte la configuration mettant à l'avant les trois (3) principaux piliers de ladite stratégie. Par conséquent, le PSN envisage d'étendre les services dans une perspective d'équité et d'amélioration de la couverture sanitaire ; de rechercher la collaboration de la communauté, de tous les partenaires et de tous les secteurs ; de renforcer la collaboration entre les programmes TB et VIH et de mettre un focus particulier sur la recherche pour mieux élucider certains goulots d'étranglements rencontrés fréquemment dans les interventions. Le but du PSNLNT est de diminuer l'incidence de la tuberculose de 186 pour 100 000 habitants (OMS, 2018) à 130 pour 100 000 à l'horizon 2024 et diminuer les décès dus à la tuberculose de 54 pour 100 000 à 32 pour 100 000 pour la même période.

Pour atteindre cet objectif, le PSNLNT a bâti ses interventions autour de quatre résultats et trois piliers :

Résultat 1 : Le nombre de nouveaux cas et rechutes notifiés de tuberculose a augmenté jusqu'à atteindre 37 815 pour l'année 2024 et le taux de succès du traitement à 90% pour la même période

Résultat 2 : Le nombre de cas de TB-MR a augmenté en 2024 à plus de 100% par rapport à 2018, soit 477 cas pour l'année 2024 avec un taux de succès d'au moins 80%

Résultat 3 : 95% des patients tuberculeux sont testés pour le VIH et 100% des coinfectés sont mis sous traitement antirétroviral d'ici 2024.

Résultat 4 : Les capacités et les pratiques de gestion du programme sont renforcées à tous les niveaux

Les piliers du plan sont :

**Pilier 1** : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient.

**Pilier 2** : Politiques audacieuses et systèmes de soutien

**Pilier 3** : Intensification de la recherche et de l'innovation

L'analyse genre des programmes budgétaires consistera d'une part à présenter le cadre logique du Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose 2020-2024 et d'autre part à appliquer le marqueur genre dans la chaîne de résultats.

---

<sup>37</sup> PSNLNT 2020-2024

**Tableau 14 : Cadre logique du Plan Stratégique national de Lutte contre la Tuberculose 2020-2024**

<b>PILIER 1 : SOINS ET PREVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque	1.1.1. Extension des services et amélioration de l'accès au diagnostic	<p>1.1.1.1 Réaliser avec les Groupes Techniques Régionaux une cartographie des sites de diagnostic de la TB existant dans la région et la fréquentation des formations sanitaires [avec assistance M&amp;E GTC] pour planifier l'extension du réseau de CDT, CT selon des critères définis par le niveau central du PNLT.</p> <p>1.1.1.2 Augmenter le nombre des CDT et CT fonctionnels d'au moins de 125 par rapport à 2018 en veillant à une adéquation des besoins et des demandes en diagnostic avec l'assistance du M&amp;E GTC. (besoin de microscope, petits matériels de laboratoire, intrants, outils de gestion).</p> <p>1.1.1.3 Former 125 Techniciens de Laboratoire en microscopie pour les 125 nouveaux CDT (50 pour la 1ère année, 50 pour la 2ème année et 25 pour la 3ème année)</p> <p>1.1.1.4 Recycler 75 laborantins des CDT existant (dans un labo régional, stage de 2 jours), 30/1ère année, 15/an années 2-4</p> <p>1.1.1.5 Intégrer dans toutes les formations, recyclages et sessions d'évaluation un volet support psychosocial aux patients (TB/VIH) et la problématique de droits humains.</p> <p>1.1.1.6 Équiper les nouveaux CDT, CT (outils de gestion, partout ; équipement labo, *125 = CDT)</p> <p>1.1.1.7 Revoir, (ré-) planifier et implémenter les dispositifs de transports prélèvement adaptés à la situation locale (région, district, aire de santé). Ceci permettra d'avoir des transferts formels, périodiques, mieux documentés et respectant les normes d'emballage sécuritaire.</p> <p>1.1.1.8 Assurer la biosécurité du transport des prélèvements et la confidentialité (achat de 875 glacières, ice-block à raison de 3 par glacière (875x3) et 1 million de sachets ziploc).</p> <p>1.1.1.9 Assurer le transport des échantillons par la mise à disposition d'un forfait pour le transport des échantillons de TB sensible et de TB-MR (20.000 par mois par CDT).</p> <p>1.1.1.10 Former le personnel des formations sanitaires faisant les consultations générales sur les groupes à risques à la TB (antécédents TB, contact TB, diabète, VIH, séjour parmi des groupes à risques, personnel de la santé, etc.) (Identifier personnel à former en priorité par région : 1 formation/an/région pour 30 personnes)</p> <p>1.1.1.11 Former 30 professionnels par an sur l'interprétation des radios pulmonaires dans le cadre d'un système de formation continue (10.000 USD/an) (3 sessions de 10 personnes par an)</p> <p>1.1.1.12 Organiser une session de formation des formateurs nationaux (1/an, - 2000 USD/an)</p>

		<p>1.1.1.13 Faire fonctionner un dispositif TB-Lamp dans 9 CDT additionnels de manière à porter le nombre total à 40. Le pays vient de recevoir 14 nouveaux appareils de TB LAMP (identification des sites, mise à disposition de l'équipement et des entrants, formation du personnel, maintenance de l'équipement)</p> <p>1.1.1.14 Installer et faire fonctionner le diagnostic moléculaire par Xpert dans 7 sites additionnels de manière à atteindre 40 sites au total en 2024. Le pays vient de recevoir 5 nouveaux appareils non encore installés (identification des sites, mise à disposition de l'équipement et des intrants, formation du personnel (2 jours sur site - inclus dans l'achat), maintenance de l'équipement, monitoring et évaluation périodique)</p> <p>1.1.1.15 Faire fonctionner 15 machines X-ray mobiles additionnels (identification des sites, mise à disposition de l'équipement et des intrants, formation du personnel, maintenance de l'équipement, monitoring et évaluation périodique)</p> <p>1.1.1.16 Améliorer et assurer la connectivité des sites Xpert (Faire un état de lieu ; dresser un plan pour combler les lacunes et intégrer les deux dispositifs (DataToCare, GxAlert) ; faire fonctionner et monitorer le système de transfert de données)</p> <p>1.1.1.17 Recycler 150 techniciens par an des laboratoires Ziehl (10 sessions de 15 participants : 3 an 1, 3 an 2, 3 an 3 et 1 an 4).</p> <p>1.1.1.18 Former/recycler les contrôleurs de qualité : 1 par région + 5 niveau central = 15 tous les 2 ans.</p> <p>1.1.1.19 Faire la relecture des lames pour le contrôle de qualité : collecter et relire un échantillon de 20 lames par CDT (LED ou Ziehl) au moins 1 fois par an (assurer la collecte des lames lors des supervisions par les URLT ; retourner les résultats dans les 2 mois qui suivent la collecte des lames (URLT) ; assurer des actions correctrices pour résoudre les problèmes des laboratoires déficients (recyclage/stage)</p> <p>1.1.1.20 Fournir des boîtes de conservation des lames aux CDT (3 boîtes par CDT =1158 - 1200 boîtes)</p> <p>1.1.1.21 Développer et assurer le fonctionnement des laboratoires de référence pour culture, ATB et tests rapides (communication, entretien, maintenance et renouvellement (tous les 5 ans) de l'équipement – 50,000 euros pour une année)</p> <p>1.1.1.22 Rendre fonctionnel (réaménager) le laboratoire de référence à Douala en réparant les équipements défectueux – 16.000.000 de CFA (exemple de Douala)</p> <p>1.1.1.23 Recruter les 6 techniciens du labo de Bamenda (200.000 CFA par personne par mois)</p> <p>1.1.1.24 Assurer le transport d'échantillons des LRR/LNR vers le laboratoire</p>
--	--	--



		<p>supranational (Anvers) Engager (signer un contrat avec) une agence de transport du niveau régional vers le niveau central – 700,000 CFA une fois par année.</p> <p>1.1.1.25 Assurer le CQ régulier des tests de sensibilité des labos de référence (Douala, Bamenda) par le LSN (Anvers) Mission d'une personne : 1 semaine, per diem, billet d'avion, honoraires).</p> <p>1.1.1.26 Assurer le CQ des tests Xpert par le LNR (1 visite aux 40 centres avec Xpert)</p> <p>1.1.1.27 Renouveler annuellement la certification du laboratoire national de référence et des laboratoires régionaux. (Mission de visite aux 4 laboratoires de 2 personnes pendant 2 semaines)</p> <p>1.1.1.28 Développer un cadre de collaboration formel avec un laboratoire supranational pouvant assister avec le Contrôle de Qualité, le processus d'accréditation, etc.</p> <p>1.1.1.29 Créer un cadre réglementaire formalisant l'organisation et le fonctionnement du réseau de laboratoires du PNLT.</p>
	1.1.2. Prise en charge de la Tuberculose pédiatrique	<p>2.1. Acquérir des médicaments pour une moyenne de 4000 cas de tuberculose pédiatrique par an (médicaments sous forme dispersible ou dosage pédiatrique)</p> <p>1.1.2.2. Organiser deux présentations sur les avancées et les défis du programme aux sociétés savantes pédiatriques (Société camerounaise de pédiatrie) (an 1 et an 2).</p> <p>1.1.2.3. Reproduire 200 exemplaires du guide de prise en charge de la tuberculose pédiatrique (à distribuer aux pédiatres avec l'aide de la société camerounaise de pédiatrie)</p> <p>1.1.2.4. Organiser avec l'accord de la société camerounaise de pédiatrie deux (2) réunions annuelles de coordination et de partage des directives avec les pédiatres privés des grandes villes (10 chefs-lieux de régions x 2 x 5 ans = 100 réunions pour 5 ans). Ce sont des réunions d'une journée ou moins (1 pause-café).</p> <p>1.1.2.5. Concevoir et reproduire un outil pour que les pédiatres privés puissent notifier les cas qu'ils ont diagnostiqués et mis sous traitement.</p> <p>1.1.2.6. Organiser 12 formations à l'intention du personnel des CDT les plus fréquentés sur la prise en charge de la tuberculose pédiatrique (12 sessions de 20 personnes pendant 3 jours).</p> <p>1.1.2.7. Acquérir les nouvelles cartouches GeneXpert Ultra pour le diagnostic TB Pédiatrique selon un plan de transition graduelle qui commencera à l'an 3 (2022) du PSN : An 3 : 2458/ an 4 : 2498 et an 5 : 2532.</p>
	1.1.3. Ciblage des populations vulnérables et à risques : détenus, miniers et réfugiés	<p>1.1.3.1. Créer 5 CDT dans les prisons centrales (former personnel, doter en matériels et en intrants) à raison de 1 CDT/an (coût de transport des crachats vers sites GeneXpert, outils de dépistage et outils de gestion).</p> <p>1.1.3.2. Créer 5 CDT dans les prisons principales avec une population carcérale de plus 1 000 (former personnel, doter en outils de dépistage et de gestion)</p> <p>1.1.3.3. Aménager les 5 CDT dans les dix (10) grandes prisons (Coût forfaitaire</p>

		<p>d'aménagement : 12500 euros pour chaque CDT de prison)</p> <p>1.1.3.4. Organiser 2 sessions de 2 jours de formation de 20 participants pour le Grand Nord (à Pitoa) et 30 pour le Grand Sud (Mfou) pour le personnel des prisons dépassant l'effectif de 1000 détenus.</p> <p>1.1.3.5. Outiller toutes les prisons en outils de gestion pour la notification des cas (100 registres de notification/2 ans, 100 registres de traitement/2 ans, flotte téléphonique 20000f/mois)</p> <p>1.1.3.6. Former 5-10 pairs éducateurs par prison à l'identification des patients suspects (formation d'1 journée de 10 personnes, à faire 2 fois par an)</p> <p>1.1.3.7. Mettre à la disposition des pairs éducateurs un kit de sensibilisation (50.000 dépliants pris en compte dans l'activité 2.2.1.13)</p> <p>1.1.3.8. Doter les grandes prisons en tests rapides et consommables pour le dépistage VIH à l'entrée de la prison.</p> <p>1.1.3.9. Organiser deux séances de sensibilisation par trimestre pour les détenus et le personnel carcéral (2 séances par trimestre, soit 40 séances pour les 5 ans, les prisons seront sélectionnées par le programme) : rafraîchissement d'accompagnement (1500 FCFA /détenus x 40 séances x 35 000 détenus)</p> <p>1.1.3.10. Organiser 10 campagnes de dépistage dans les prisons pendant les 5 années (1 campagne pour chaque grande prison, 10 personnes mobilisées pour 6 à 10 journées de travail)</p> <p>1.1.3.11. Réaliser une cartographie des mines pour les situer par rapport aux CDT environnants</p> <p>1.1.3.12. Développer un partenariat (un accord) entre les CDT et les mines pour accès et continuité des services</p> <p>1.1.3.13. Organiser 4 cliniques mobiles pour les quatre (4) grands centres de réfugiés</p> <p>1.1.3.14. Organiser 4 campagnes de dépistage dans les quatre (4) grands centres de réfugiés</p> <p>1.1.3.15. Organiser 20 campagnes d'éducation dans les quatre (4) grands centres de réfugiés (1 campagne par centre par année)</p> <p>1.1.3.16. Acquérir un camion tout équipé pour les cliniques mobiles et campagnes de dépistage.</p> <p>1.1.3.17. Planifier un quota de carburant pour les déplacements du camion</p> <p>1.1.3.18. Prévoir l'entretien du camion sur une base régulière</p>
	<p>1.1.4. Renforcement du réseau de laboratoires</p>	<p>1.1.4.1. Reproduire et diffuser le formulaire de demande d'examens d'expectorations – Reproduction de 100,000 exemplaires du formulaire, soit 500,000 pour les cinq ans.</p> <p>1.1.4.2. Acquérir 14 motos pour renforcer le système de transport d'échantillons</p> <p>1.1.4.3. Signer un contrat d'assurance pour chacune des motos</p> <p>1.1.4.4. Assurer le salaire des conducteurs des motos</p> <p>1.1.4.5. Assurer la disponibilité de carburant pour les motos</p>

		<p>1.1.4.6. Supporter le coût du transport des échantillons des CDT sans test moléculaire vers des CDT avec test moléculaire.</p> <p>1.1.4.7. Organiser un atelier de formation pour 15 formations sanitaires non CDT à raison de 3 personnes par structure – 15 formations sanitaires par région et par an. Formation de 5 jours</p> <p>1.1.4.8. Procéder à l'évaluation du système de transport d'échantillons (Consultance nationale de 60 jours)</p> <p>1.1.4.9. Initier le processus d'accréditation du Laboratoire National de Référence (LNR) : 1 consultant chaque 2 mois sur le terrain pendant 1 an (total 6 mois sur le terrain) – 6 billets d'avion, per diem et honoraires.</p> <p>1.1.4.10. Organiser deux audits internes pour suivre l'évolution vers l'accréditation. (audit de 5 jours, billet d'avion, per diem, honoraires pour un total avec tout inclus de 9,000 USD) (9000 x 2)</p> <p>1.1.4.11. Signer un contrat avec une agence d'accréditation 2 fois pour les 5 ans pour l'accréditation proprement dite (18,000 USD x 2 tout inclus)</p> <p>1.1.4.12. Organiser 4 formations par an sur le TB LAMP à raison de 15 personnes pendant 3 jours (20 formations pour les 5 ans)</p> <p>1.1.4.13. Organiser 4 formations par an sur le GeneXpert à raison de 15 personnes pendant 3 jours (20 formations pour les 5 ans)</p> <p>1.1.4.14. Organiser 4 formations par an sur la microscopie à raison de 25 personnes pendant 3 jours (20 formations pour les 5 ans)</p> <p>1.1.4.15. Assurer la maintenance des équipements de laboratoire</p>
1.2. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmaco résistante, et soutien aux patients	1.2.1. Assurer la qualité de soins et améliorer le taux de succès de traitement	<p>1.2.1.1 Former/Recycler le personnel des CDT du programme tous les deux ans en vagues (6 formations/an réunissant 2 personnes/CDT, pendant 2 jours)</p> <p>1.2.1.2 Doter tous les CDT d'une flotte téléphonique (7.500 CFA par mois par CDT) pour la recherche des patients irréguliers et le suivi des transférés.</p> <p>1.2.1.3 Formuler – avec l'appui de l'équipe de supervisions - par CDT des objectifs avec des résultats à obtenir par rapport à la notification et aux résultats de traitement et suivre trimestriellement sur place et au cours des supervisions le progrès.</p> <p>1.2.1.4 Identifier localement pour tous les cas d'échec et des rechutes, les possibles causes et veiller à l'application des directives pour la conduite à tenir.</p>
	1.2.2. Créer 4 Nouveaux centres ambulatoires de TB-MR pour décongestionner Douala et Yaoundé	<p>1.2.2.1 Former 24 médecins sur la prise en charge de la TB-MR (1 session de 24 personnes pendant 5 jours)</p> <p>1.2.2.2 Doter quatre (4) structures (4 CDT fonctionnels) en matériels et équipements pour le diagnostic et le traitement de la TB-MR (en vue de créer 4 centres additionnels de prise en charge de la TB-MR)</p> <p>1.2.2.3 Etablir un réseau formel de communication entre les deux nouveaux centres autour de Douala et les deux autour de Yaoundé</p>
	1.2.3. Améliorer	1.2.3.1 Organiser un atelier pour redéfinir les cibles du GeneXpert (groupes à

	<p>l'accès au diagnostic et aux soins de qualité dans les centres existant</p>	<p>risque définis d'une façon large, mais aussi zones géographiques et/ou aires de 'captage' des patients des CDT avec TBRR/MR)</p> <p>1.2.3.2 Mettre à la disposition des sites Xpert la connexion en continuation (nombre Xpert x 10,000/mois)</p> <p>1.2.3.3 Documenter de manière continue et évaluer trimestriellement au niveau régional la couverture en test Xpert de tous les groupes à risque et les autres patients à tester, information à communiquer vers le niveau central.</p> <p>1.2.3.4 Organiser au niveau de la région et localement, le transport des prélèvements vers une machine Xpert – si FOSA sans Xpert</p> <p>1.2.3.5 Assurer le retour des résultats des examens dès que disponibles vers le clinicien, le niveau régional, le niveau national (mail, Data ToCare, GxAlert)</p> <p>1.2.3.6 Mettre sur pied une base de données pour tous les patients TBMR identifiés (avec coordonnées des patients et coordonnées du clinicien) dans les différents sites Xpert repérant en même temps l'initiation au traitement ; actualiser cette base 2x/semaine (line-listing)</p> <p>1.2.3.7 Faire une cartographie de la localisation des patients TB-MR identifiés au cours des trois dernières années (incluant ceux nouvellement diagnostiqués) en vue d'identifier les possibles « hot spots ».</p> <p>1.2.3.8 Installer le logiciel « Tracker » associé au DHIS2 pour créer une base de données individualisée des patients</p> <p>1.2.3.9 Former une fois par an, deux personnes par site de PEC à l'utilisation du module Tracker du DHIS2</p> <p>1.2.3.10 Acquérir 12 tablettes /Smartphones pour la saisie des données DHIS2</p>
	<p>1.2.4. Assurer la mise en route du traitement approprié sans délai</p>	<p>1.2.4.1. Approvisionner les Unités de prise en charge (UdPC) en médicaments et outils de gestion</p> <p>1.2.4.2. Prévoir le remboursement des frais du bilan pré-thérapeutique et de suivi</p> <p>1.2.4.3. Recycler tout le personnel (1x/an (11 unités x 3 personnes) à la PEC TBMR</p> <p>1.2.4.4. Concevoir, produire, afficher les SOP pour l'initialisation du traitement : examens thérapeutiques, posologie etc</p> <p>1.2.4.5. Recruter et former 22 agents psycho-sociaux (APS) à raison de 2 par centre de PEC chargés d'accompagner les malades TBMR nouvellement diagnostiqués pour l'adhésion au traitement.</p> <p>1.2.4.6. Octroyer une prime mensuelle aux 22 APS recrutés (80 000f/mois)</p>
	<p>1.2.5. Assurer la prise en charge des effets indésirables</p>	<p>1.2.5.1. Reproduire et diffuser le guide de prise en charge de la TB-MR dans toutes les unités de TB-MR</p> <p>1.2.5.2. Acquérir 10 audiomètres et 10 électrocardiogrammes portables pour les Unités TB-MR</p> <p>1.2.5.3. Mettre à la disposition des kits de médicaments pour la gestion des effets indésirables (30 USD/pat. Forfait)</p>

		<p>1.2.5.4. Signer les contrats avec des hôpitaux 3e niveau pour le remboursement des frais causés par la PeC des patients TBMR nécessitant des soins spéciaux (dialyse, par ex.)</p> <p>1.2.5.5. Concevoir, imprimer, faire afficher les SOP portant sur la prise en charge des effets indésirables.</p>
	1.2.6. Assurer un taux de succès d'au moins 80% en 2024	<p>1.2.6.1. Organiser la prise en charge décentralisée sur base communautaire (50% des patients en 2020, progressant de 10% par an)</p> <p>1.2.6.2. Réaliser pour chaque patient ayant commencé le traitement la disponibilité d'un résultat test de résistance aux médicaments de seconde ligne.</p> <p>1.2.6.3. Mettre à la disposition et assurer l'effectivité du paiement du transport/nutrition pour chaque patient TBRR/MR (60 USD/ mois*9 mois)</p> <p>1.2.6.4. Superviser 4x/an tous les Unités de PeC (1 personne/2 jours en moyenne/100.000 forfaitaire * 4 * 11)</p> <p>1.2.6.5. Assurer des audits cliniques dans les unités de prise en charge des TBMR (décès, échecs, problèmes particuliers des malades)</p>
	1.2.7. Renforcer les capacités techniques et de gestion de la TBMR	<p>1.2.7.1. Organiser un atelier pour réviser et valider tous les deux ans les directives techniques et les outils pour le diagnostic et le traitement des patients TBMR</p> <p>1.2.7.2. Payer les droits annuels au Green Light Committee (GLC)</p> <p>1.2.7.3. Maintenir la collaboration permanente avec l'Union pour toutes questions cliniques dépassant la routine.</p> <p>1.2.7.4. Assurer la formation /recyclage continue au niveau national du personnel des 11 centres (2 personnes x 2 jours x 11 centres) chaque année pendant 5 ans.</p> <p>1.2.7.5. Assurer la participation au cours international sur la prise en charge de la TBMR à Niamey (Niger), de 2 personnes du PNLT, chaque année pendant 5 ans.</p>
1.3. Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des Comorbidités	1.3.1. Développer des mécanismes de coordination entre le PNLT et le CNLS au niveau central et au niveau régional	<p>1.3.1.1. Organiser une réunion de relance pour asseoir les statuts et les rôles du groupe technique TB/VIH</p> <p>1.3.1.2. Elaborer un document cadre relatif aux statuts du Groupe technique TB/VIH.</p> <p>1.3.1.3. Organiser des réunions trimestrielles (une journée) du Groupe technique TB/VIH. Au cours de ces réunions, les rapports de progrès des activités de collaboration seront présentés, les plans de travail seront élaborés et les canaux de communication entre les deux programmes seront clairement identifiés.</p> <p>1.3.1.4. Mettre sur pied des groupes techniques régionaux TB/VIH (organiser une réunion régionale pour ce faire)</p>
	1.3.2. Rendre disponible les directives pour les activités de collaboration TB/VIH	<p>1.3.2.1. Développer un guide de prise en charge de la co-infection TB/VIH</p> <p>1.3.2.2. Développer et disséminer les SOPs sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH</p>
	1.3.3. Renforcer les capacités	1.3.3.1. Organiser avec l'appui du CNLS 3 sessions de formations/an pour 90

	du personnel des CDT et des UPEC sur la prise en charge de la coinfection (stratégie « one stop service »)	médecins et infirmiers des CDT sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH 1.3.3.2. Organiser 3 sessions de formation/an sur la prise en charge de la tuberculose et la co-infection TB/VIH pour 90 médecins et infirmières des UPEC. 1.3.3.3. Organiser deux réunions annuelles avec les associations de prise en charge du diabète ou les groupes de support des diabétiques pour faciliter la prise en charge de la Tb chez ces groupes à risques (2 sessions de 20 personnes pendant 1 journée)
	1.3.4. Dépistage systématique du VIH et de la Tuberculose	1.3.4.1. Dépister l'infection à VIH chez les patients tuberculeux – Acquérir 35 000 tests rapides par an pendant les 5 années 1.3.4.2. Référer tous les patients tuberculeux positifs pour le VIH vers l'UPEC lorsque la stratégie « one stop service » n'est pas disponible au CDT. 1.3.4.3. Administrer le traitement au cotrimoxazole et ARV à tous les patients tuberculeux positifs pour le VIH
	1.3.5. Renforcer le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH	1.3.5.1. Développer un questionnaire pour la recherche des quatre signes et symptômes évocateurs de la tuberculose dans les UPEC. 1.3.5.2. Assurer /Instaurer le transport des échantillons vers les CDT dotés de GeneXpert 1.3.5.3. Administrer et documenter le TPT chez les PVVIH chez qui une tuberculose active a été écartée (voir volet prévention).
	1.3.6. Renforcer les mesures de contrôle de l'infection dans les UPEC	1.3.6.1. Reproduire et disséminer le guide de contrôle de l'infection en 1000 copies pour en assurer la disponibilité dans toutes les UPEC 1.3.6.2. Réaliser 3 sessions de formation /an sur le contrôle de l'infection tuberculeuse pour 90 médecins et infirmières travaillant dans les UPEC. 1.3.6.3. Acquérir chaque année 100 mille masques chirurgicaux pour les UPEC/CDT 1.3.6.4. Acquérir chaque année 25 mille masques FFP2/N95 pour les UPEC/CDT
	1.3.7. Mettre en place des mécanismes de suivi des activités de collaboration TB/VIH	<b>1.3.7.1.</b> Organiser une supervision conjointe TB/VIH semestrielle centrale de 6 jours, 4 personnes (2GTC et 1GTR-TB ou VIH, et 1 chauffeur) <b>1.3.7.2.</b> Organiser une supervision conjointe TB/VIH trimestrielle régionale de 4 jours, 4 personnes (GTR TB et VIH, CA et chauffeur) <b>1.3.7.3.</b> Collecter les informations générées par les deux programmes sur les activités conjointes TB/VIH <b>1.3.7.4.</b> Présenter et discuter des résultats au cours des réunions trimestrielles régionales de coordination TB/VIH
1.4. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose	1.4.1. Contrôle de l'infection tuberculeuse	1.4.1.1. Organiser chaque année deux sessions de formation de 2 jours (une de 20 personnes pour le grand Nord à Pitoa, et une de 30 personnes pour le Grand Sud à Mbalmayo) 1.4.1.2. Reproduire et vulgariser 1000 exemplaires du guide de contrôle de l'infection pour les structures sanitaires. 1.4.1.3. Organiser deux sessions de formation pour l'élaboration du plan de contrôle de l'infection (une de 20 personnes pour le grand Nord à Pitoa et une de 30 personnes pour le Grand Sud à Ebolowa)

		<p>1.4.1.4. Organiser un atelier d'une journée à Yaoundé avec les cadres du programme (20 personnes) pour réviser la grille de supervision et intégrer un volet de contrôle de l'infection.</p> <p>1.4.1.5. Développer des matériels d'éducation (affiches, posters, dépliants) sur les mesures de protection personnelle et l'hygiène de la toux.</p>
	1.4.2. TPT	<p>1.4.2.1. Procéder à une analyse de la situation de la mise en œuvre de la TPT dans le pays. (Réunion d'exploitation des données TPT dans les 50 sites - pilotes : 20 personnes pour 4 jours à Mbalmayo)</p> <p>1.4.2.2. Elaborer une proposition de plan d'extension ou de passage à échelle de la TPT dans le pays (Réunion de 20 personnes à Mbalmayo réunissant PNLT, CNLS, DLMEP, OMS, CENAME)</p> <p>1.4.2.3. Acquérir l'INH à visée prophylactique pour 200 000 PVVIH et 100 000 enfants contacts de patients tuberculeux.</p>
<b>PILIER 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
2.1. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention	2.1.1. Plaidoyer	<p>2.1.1.1. Organiser cinq présentations (une par an) du programme aux autorités pour partager les performances du programme et les nombreux défis auxquels il fait face (cas notifiés, cas traités, morts évitées, insuffisance de ressources). Ces rencontres serviront aussi de plaidoyer pour obtenir une réelle gratuité des services.</p> <p>2.1.1.2. Organiser un atelier de trois jours avec les partenaires (PNLT, ONG, partenaires) sur la stratégie de plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose – atelier de 3 jours de 30 personnes coordonné par un expert national en communication.</p> <p>2.1.1.3. Rédiger un document sur la stratégie de plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose – Expert national en communication.</p>
	2.1.2. Affectation de ressources humaines suffisantes	<p>2.1.2.1. Faire valider et approuver par les autorités compétentes la proposition d'organigramme faite par les cadres du PNLT et les consultants</p> <p>2.1.2.2. Affecter de nouvelles ressources humaines selon les postes définis dans le nouvel organigramme</p>
2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés	2.2.1. Augmentation de la demande de services de la part de la communauté	<p>2.2.1.1 : Développer un plan quinquennal (2020-2024) de communication continue orientée vers la population sur l'offre de services TB, les signes de la TB, la coïnfection TB/VIH, sa curabilité et la gratuité du traitement, en partenariat avec les organisations de la société civile et avec AT nationale. Un atelier sera organisé avec les responsables du PNLT, les partenaires et les points focaux Communication des régions (AT nationale 10 jours, atelier de 25 personnes de 4 jours, en An 1).</p> <p>2.2.1.2 : Réaliser une enquête pour évaluer dans quelle mesure la stigmatisation affecte l'accès aux services TB (TB stigma assessment, implementation handbook, Stop TB Partnership) en An1. Cette enquête permettra de développer</p>

		<p>des recommandations et les messages clés pour les activités de CCC (budget forfait de 75.000 euros); l'enquête (activité 1.2.2). Atelier de 15 personnes de 3 jours en An 1 (y compris AT 2.2.1.1.)</p> <p>2.2.1.3 : Réviser le plan quinquennal (2020-2024) de communication en An 3. Un atelier de révision et de validation du plan existant sera organisé avec les responsables du PNLT, les partenaires et les points focaux Communication des régions (atelier de 25 personnes de 2 jours, en An 3).</p> <p>2.2.1.4 : Organiser un atelier d'élaboration des messages sur la TB par des professionnels de communication en tenant compte des résultats de l'enquête (activité 2.2.1.2). Atelier de 15 personnes de 3 jours en An 1 (y compris AT 2.2.1.1).</p> <p>2.2.1.5 Former 40 professionnels des médias sur la TB (2 sessions de 20 personnes, 2 jours, An 1) ; CFA), 60.000 flyers pour la promo des campagnes de dépistage par an (100 F CFA)</p> <p>2.2.1.6 Concevoir 4 spots radiophoniques par an (coût d'un spot de 45 secondes : 100,000 F CFA) ; utilisant les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, etc.) et les diffuser (coût à rechercher) en An 2, An 3 et An 4.</p> <p>2.2.1.7 Diffuser 28 spots radiophoniques par trimestre (112 par an) dans les régions ; 20.000 F CFA par message. 2.2.1.17. Créer un site web PNLT en vue de donner des conseils, bonnes pratiques et documentation sur la TB. Coût de 1.150.000 F CFA en An 1.</p> <p>2.2.1.8 Élaborer, enregistrer 2 sketches de courte durée avec une star connue dans le milieu (icône, artiste, acteur, footballeur, etc.) par an. Cout d'un sketch de 1.000.000 F CFA.</p> <p>2.2.1.9 Assurer la diffusion et la rediffusion des 2 sketches par trimestre sur les 5 chaines de télévision nationale pour un total de 40 diffusions par an (coût d'une diffusion = 150.000 F CFA);</p> <p>2.2.1.10 Signer un contrat de prestation de service avec les entreprises de téléphonie mobile afin de diffuser des SMS par an sur la TB chaque année (120.000 sms à 13 F CFA par sms)</p> <p>2.2.1.11 Élaborer une boîte à image sur la tuberculose (atelier d'élaboration, frais pour le dessinateur, test sur le terrain, recadrage après test). Coût total de 2.500.000 F CFA en An 1.</p> <p>2.2.1.12 Reproduire 1000 boîtes à image pour les CDT, les ONG et associations ; (15.000 F CFA/boîte) en An 1.</p> <p>2.2.1.13 Reproduire et diffuser 14 panneaux de rue (200.000) en An 1, 10.000 affiches par an (CDT, CSI, ONG) (700 FCFA), 60.000 dépliants par an (pour les ASC et les malades et familles) par an (200 F CFA), 60.000 flyers pour la promo des campagnes de dépistage par an (100 F CFA) 2.2.1.14 Reproduire et diffuser 80.000 autocollants (pour les transporteurs publics) sur la TB par an (100 F CFA).</p> <p>2.2.1.15 Signer un contrat avec une boîte pour la création des jeux ludiques sur la TB pour les jeunes des lycées, collèges, universités</p>
--	--	---



		<p>utilisant les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, etc.) et les diffuser en An 2, An 3 et An 4.</p> <p>2.2.1.16 Réaliser un atelier de formation des 15 points focaux des régions en situation d'urgence sur l'élaboration des stratégies de communication en situation d'urgence pendant 3 jours en An 2.</p> <p>2.2.1.17 Créer un site web PNLT de conseils, bonnes pratiques et documentation sur la TB. Coût de 1.150.000 F CFA en An 1 et l'animer pendant 5 ans.</p> <p>2.2.1.18 : Célébrer la Journée Mondiale de Lutte contre la tuberculose au niveau national et dans les régions (forfait de 30 000 000 FCFA x 5 ans)</p> <p>2.2.1.19 Reproduire 1000 bloc-notes en cuir et tissu pour les autorités lors de la JMT chaque année.</p> <p>2.2.1.20 Organiser chaque année 1 journée de plaidoyer par district auprès des leaders des communautés de foi, des élus locaux et des opérateurs économiques (20 participants au niveau des 189 districts).</p> <p>2.2.1.21 Élaborer un Spot publicitaire de 2 min et le véhiculer pendant le Championnat d'Afrique des Nations (CHAN 2020) et la Coupe d'Afrique des Nations (CAN 2021) avec la participation des équipes en compétition (voir activités 2.2.1.8 et 2.2.1.9)</p> <p>2.2.1.22 Intégrer la TB lors de la célébration de la journée internationale de la femme (sans coût).</p>
<p>2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés</p>	<p>2.2.2. Renforcer les capacités de la société civile et des acteurs communautaires</p>	<p>2.2.2.1 Intégrer la TB dans les modules de formation des ASC et dans leur rapport mensuel d'activité en An 1 (sans coût);</p> <p>2.2.2.2 Organiser une session de formation de formateurs pour les ASC avec un représentant pour chaque région (1 session de 30 personnes dont GTR, CDT et OBC pendant 3 jours) en An 1 et An 3 ;</p> <p>2.2.2.3 Former 308 ASC sur le module TB et VIH (5 jours de formation) en An 1, former en An 3 50 nouveaux ASC et recycler 250 ASC en An 3 ; TB/VIH au niveau régional et local.</p> <p>2.2.2.4 Organiser 8 sessions de renforcement de capacités de 200 responsables de 100 OBC de 10 régions sur le diagnostic et dépistage de la TB chez les PVVIH et sur le traitement préventif pendant 3 jours.</p> <p>2.2.2.5 Former 200 PE des prisons sur la TB pan an (1 journée de formation, 10 prisons, 20 PE par prison, kits hygiéniques pour les détenus).</p> <p>2.2.2.6 Faire participer régulièrement les ONGs et associations VIH et TB aux rencontres de concertation TB/VIH au niveau national, régional et local (sans coût);</p> <p>2.2.2.7 Intégrer dans la formation des agents de santé les informations essentielles sur les droits des malades (promotion de la charte des patients), sur le concept du genre et sur le significat de soins centrés sur le patient (sans coût);</p> <p>2.2.2.8 Organiser une réunion de démarrage du projet TB et VIH communautaire au niveau de chaque région (sauf Yaoundé et Garoua) en an 1 (8 réunions de 30 personnes).</p>

		<p>2.2.2.9 Organiser une rencontre trimestrielle de coordination et de validation des données au niveau de chaque CDT entre les ASC et l'équipe sanitaire (88 CDT, 8 personnes par CDT : agents de santé, ASC, superviseurs);</p> <p>2.2.2.10 Reproduire les outils de S&amp;E de la stratégie communautaire chaque année (SE). 10.000.000 F CFA/an</p>
	<p>2.2.3. Amélioration des indicateurs : notification et succès de traitement et dans la protection des droits des malades</p>	<p>2.2.3.1 Établir un partenariat entre le PNLT et les Associations/ONG VIH (sans coût) en An 1</p> <p>2.2.3.2 Intégrer la TB dans les activités des ONG/Association VIH (sans coût)</p> <p>2.2.3.3 Assurer les primes basées sur la performance (malades TB suivis avec un succès thérapeutique : 3839 en 2020 ; 5610 en 2021 ; 9177 en 2022 ; 13143 en 2023 et 17395 en 2024) 12.000 F CFA/patient</p> <p>2.2.3.4 Assurer les frais de transport pour assurer les VAD (enquête d'entourage, recherche des malades irréguliers) : 20.000 FCFA par 308 par mois ;</p> <p>2.2.3.5 Assurer les frais de communication pour appeler les malades perdus de vue et les malades suivis (5000 F CFA/mois par 308 ASC) ;</p> <p>2.2.3.6 Octroyer un prix de félicitation des meilleurs ASC, OBC et superviseurs chaque année (4.000.000 F CFA par an pour permettre de participer à une rencontre nationale ou internationale) ;</p> <p>2.2.3.7 Équiper chaque ASC avec les outils de travail pour effectuer des visites à domicile et accompagner les patients sous traitement (kit de l'ASC : 25.000 FCFA pour les 308 tous les deux ans (an 2, an 4).</p> <p>2.2.2.8 Assurer le coaching des ASC par des superviseurs dans chaque région (50.000 FCFA/mois par * 20 superviseurs de an 1 à an 5) ;</p> <p>2.2.2.9 Dispenser de l'IEC TB/VIH par des PE dans les 10 prisons centrales (chefs-lieux des régions) et passer à l'échelle dans les 77 prisons restantes (avec boîtes d'image) (pas de coûts)</p> <p>2.2.2.10 Assurer l'accompagnement social des prisonniers qui sont libérés alors qu'ils sont encore sous traitement antituberculeux avec l'appui d'une ONG opérant en milieu carcéral (sans coût) ;</p> <p>2.2.2.11 Accompagner le PNLT dans la campagne de recherche active de la TB dans les quatre camps de réfugiés, soit 4 campagnes par an pour les 5 ans (14 jours x 8 personnes, 40.000 FCFA/jour/personne). Pour le travail de l'équipe technique et le déplacement du camion pour la recherche active (voir intervention populations vulnérables).</p> <p>2.2.2.12 Organiser les campagnes de sensibilisation dans les quartiers précaires dans 4 villes tous les trois mois (7 ASC, 1 AS et 1 technicien *10.000/jour pendant 3 jours)</p>
<p>2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et</p>	<p>2.3.1. Gestion de programme (mettre à jour guides</p>	<p>2.3.1.1. Organiser un atelier de 5 jours pour la révision des guides techniques et algorithmes de prise en charge du programme (12 cadres du PNLT + 13 partenaires : atelier de 25 personnes pendant 5 jours).</p> <p>2.3.1.2. Organiser un atelier de deux (2) jours pour réviser les outils de gestion et les adapter selon les nouveaux indicateurs exigés par l'OMS.</p>

la lutte antiinfectieuse.	techniques et algorithmes)	<p>(30 personnes pendant 2 jours, les mêmes pour l'atelier précédent)</p> <p>2.3.1.3. Multiplier le nouveau guide, en 2000 exemplaires pour distribuer aux régions et aussi aux districts.</p> <p>2.3.1.4. Organiser un atelier de 5 jours pour les Coordonnateurs ou Points focaux régionaux sur la diffusion des nouvelles pratiques de gestion basées sur l'utilisation du nouveau guide technique, du nouvel algorithme et des nouveaux outils ; cet atelier sera coordonné par les cadres du niveau central (atelier de 30 personnes pendant 5 jours).</p> <p>2.3.1.5. Planifier au niveau de chaque région une session de formation de 3 jours pour les coordonnateurs et les points focaux de districts ; formation qui vise à mettre à jour le niveau des districts pour l'utilisation du nouveau guide et des nouveaux outils (10 sessions de 10 personnes pendant 3 jours)</p>
	2.3.2. Gestion de Programme (renforcer Capacités techniques du personnel)	<p>2.3.2.1. Organiser une rencontre d'une journée pour présenter, discuter et valider du nouvel organigramme proposé par les cadres du PNLT avec l'appui des consultants - atelier de 15 personnes pendant 1 journée – an 1.</p> <p>2.3.2.2. Organiser un atelier pour la révision de toutes les fiches de postes. Cet atelier sera coordonné par un expert national en organisation et en ressources humaines. Atelier de 15 personnes pendant trois jours.</p> <p>2.3.2.3. Organiser un atelier de cinq (5) jours sur la gestion de programme pour les nouveaux cadres affectés au PNLT. Atelier de 12 personnes pendant 5 jours à Yaoundé., coordonné par un consultant national ou international.</p> <p>2.3.2.4. Organiser deux (2) réunions semestrielles avec les régions pour analyser et suivre les progrès de la mise en œuvre du PSN (20 réunions pour les 5 ans, 25 personnes par réunion)</p> <p>2.3.2.5. Organiser un atelier trimestriel d'évaluation des données comptables et d'appréciation de l'utilisation du manuel des procédures administratives comptables et financières. Atelier de 15 personnes pendant 5 jours à Kribi.</p> <p>2.3.2.6. Supporter la participation d'un cadre du PNLT à une formation en gestion du personnel. Formation internationale d'une semaine – an 1 – 2ème semestre.</p> <p>2.3.2.7. Supporter la participation de deux cadres du PNLT à une formation sur la tenue de la comptabilité des projets. Formation internationale de deux semaines – 2ème semestre de l'an 1 pour un participant et l'autre à l'an 2.</p> <p>2.3.2.8. Supporter la participation de deux cadres du PNLT à une formation sur l'utilisation de TOM2PRO, le reporting financier et la tenue de la comptabilité des projets. Formation internationale de trois semaines pour deux personnes – an 1 2ème semestre.</p> <p>2.3.2.9. Supporter la participation d'un cadre du PNLT à une formation sur la planification pluriannuelle et le contrôle budgétaire. Formation internationale de trois semaines -</p>

		<p>2.3.2.10. Supporter la participation de deux cadres du PNLT à une formation sur la gestion des projets par l'approche des risques. Une personne, trois semaines, formation internationale, 2ème semestre an 1.</p> <p>2.3.2.11. Supporter la participation chaque année de deux cadres techniques du PNLT aux cours internationaux sur la tuberculose. Cours de 3 semaines pour deux personnes chaque année.</p> <p>2.3.2.12. Supporter la participation chaque année de deux cadres du PNLT aux assises ou conférences internationales ou régionales sur la tuberculose. Une semaine, deux personnes.</p> <p>2.3.2.13. Supporter la participation de deux cadres techniques du PNLT à deux voyages d'échanges et de partage d'expérience sur la TB, la co infection TB/VIH et la TB-MR (6 personnes sur les 5 années – 2 personnes sur les trois premières années - voyages de 14 jours)</p> <p>2.3.2.14. Ecrire des propositions de financement à soumettre à certains bailleurs (nationaux ou internationaux) pour diversifier les sources de financement.</p>
	2.3.3. Gestion de Programme (renforcer les capacités logistiques du programme)	<p>2.3.3.1. Réaménager/réhabiliter les locaux qui abritent l'unité centrale du PNLT</p> <p>2.3.3.2. Acquérir les équipements de bureau pour le fonctionnement adéquat de l'unité centrale du PNLT (17 bureaux, 15 data show (régions + niveau central), 20 cantines, 19 armoires de rangement, etc.)</p> <p>2.3.3.3. Acquérir 07 desktops et 25 laptops pour les différents services du PNLT (PC, imprimante, photocopieuse, onduleur, etc.)</p> <p>2.3.3.4. Acquérir douze (12) véhicules pour les activités de supervision et le fonctionnement journalier du PNLT (10 véhicules pour les régions et 2 pour le niveau central).</p>
	2.3.4. Gestion de programme (acquérir les médicaments pour la lutte contre la tuberculose)	<p>2.3.4.1. Acquérir des médicaments de première ligne, y compris les formes pédiatriques, pour pouvoir mettre sous traitement 29 415 nouveaux cas en 2020, 31 515 en 2021, 33 615 en 2022, 35 715 en 2023 et 37 815 en 2024.</p> <p>2.3.4.2. Acquérir des médicaments de deuxième ligne pour pouvoir mettre sous traitement 353 cas de TB-MR en 2020, 424 en 2021, 508 en 2022, 610 en 2023 et 732 en 2024.</p> <p>2.3.4.3. Acquérir l'INH à visée prophylactique pour 200 000 PVVIH et 100 000 enfants contacts de patients tuberculeux (déjà pris en compte dans activité 1.6.8.)</p> <p>2.3.4.4. Acquérir des médicaments adjuvants pour la prise en charge des effets secondaires, surtout pour les cas de TB-MR (prévoir un forfait par malade).</p>
	2.3.5. Gestion de programme (renforcer le suivi et l'évaluation du programme)	<p>2.3.5.1. Imprimer tous les deux ans un paquet d'outils comprenant : 1000 registres de cas, 1000 registre de laboratoire, 80 000 fiches et cartes de malades, 1000 registres TPT, 1000 registres de screening, 200 000 fiche de cas index, etc.</p> <p>2.3.5.2. Réaliser deux (2) visites de supervision par an du niveau central vers le niveau régional : 10 régions x 2 = 20 visites par an – 5 personnes par visite, visites de 6 jours.</p>

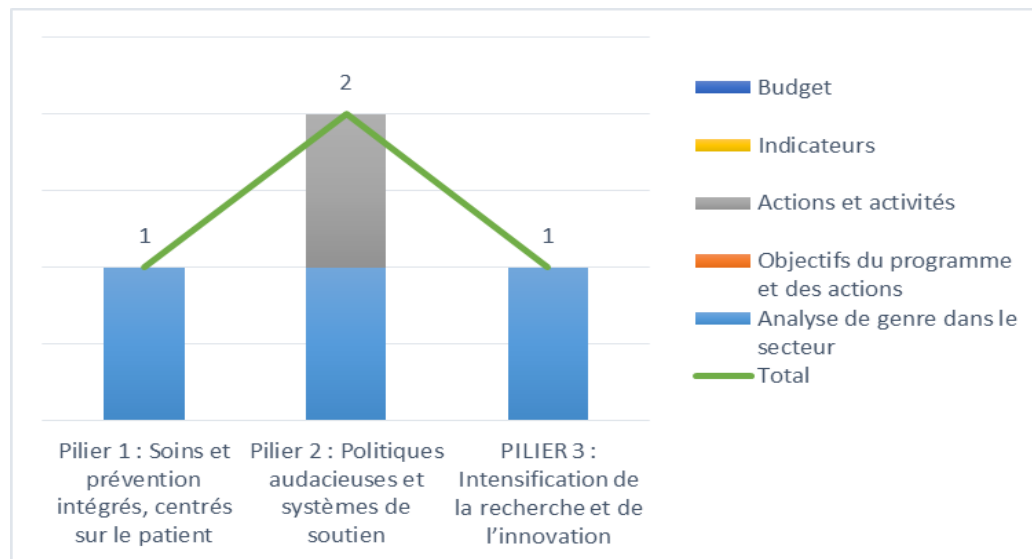
		<p>2.3.5.3. Réaliser quatre (4) visites de supervision par an du niveau régional vers les CDT– 3 personnes par visite, à raison de 7 jours par trimestre.</p> <p>2.3.5.4. Prévoir la formation de deux (2) cadres du PNLT en suivi-évaluation et recherche (formation régionale ou internationale) – Formation de deux semaines à l'international.</p> <p>2.3.5.5. Acquérir trois (3) kits informatiques pour S&amp;E du PNLT.</p> <p>2.3.5.6. Acquérir 3 ordinateurs portables pour S&amp;E du PNLT.</p> <p>2.3.5.7. Organiser une session de formation de 5 jours pour les points focaux (ou coordonnateurs régionaux) sur le suivi-évaluation du programme TB et introduction des nouveaux outils – Formation de 30 personnes pendant 5 jours pour le Grand Sud et de 20 personnes pour le Grand Nord, au début de l'an 2.</p> <p>2.3.5.8. S'assurer que les rapports des districts soient complétés, analysés et traités au niveau régional, sur une base régulière, selon les normes et les attentes du programme.</p> <p>2.3.5.9. Organiser au niveau national une (1) réunion annuelle d'évaluation du programme et de validation des données avec toutes les régions et tous les partenaires – 5 réunions de trois jours de 45 personnes.</p> <p>2.3.5.10. Organiser au niveau des régions deux (2) réunions semestrielles d'évaluation du programme et de validation des données avec les districts – 100 réunions de deux jours 40 personnes y compris les communautaires (2 fois x 5 ans x 10 régions).</p> <p>2.3.5.11. Former les cadres du niveau régional sur l'utilisation du DHIS2 – 1 formation de 5 jours de 20 personnes (5 formations pour les 5 ans)</p> <p>2.3.5.12. Organiser 10 missions de vérification des données du niveau central vers le niveau régional (1 mission de 5 personnes pendant 5 jours chaque semestre)</p> <p>2.3.5.13. Réaliser un audit de la qualité des données et une évaluation du système d'information de la lutte contre la tuberculose – Assistance technique de 3 semaines (per diem, honoraires, billet d'avion).</p> <p>2.3.5.14. Planifier une évaluation ou une revue à mi-parcours du PSN vers la fin de 2022 ou le début de 2023 – Assistance technique de 3 semaines (per diem, honoraires, billet d'avion).</p> <p>2.3.5.15. Planifier une évaluation ou une revue du PSN vers la deuxième moitié de l'année 2024 – Assistance technique de 3 semaines (per diem, honoraires, billet d'avion).</p> <p>2.3.5.16. Produire et diffuser un rapport annuel officiel des réalisations, performances et contre-performances du programme – 20 000 FCFA x 5ans x 1000 exemplaires.</p> <p>2.3.5.17. Assurer la disponibilité du service internet dans les régions pour garantir le transfert à temps de l'information au niveau central – 100 000 FCFA x 12 mois x 10 régions x 5ans</p>
<b>PILIER 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
3.1. Recherche	3.1.1. Promotion	3.1.1.1. Développer un partenariat avec les centres de recherche

pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation	de la recherche opérationnelle	(nationaux et internationaux), les sociétés savantes, les universités et les partenaires impliqués dans la recherche afin de promouvoir les activités de recherche au sein du programme. 3.1.1.2. Finaliser l'enquête sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose (coûts déjà engagés). 3.1.1.3. Réaliser une enquête sur les causes de décès dus à la tuberculose dans les formations sanitaires (an 1). 3.1.1.4. Conduire une enquête sur l'itinéraire du patient avant d'arriver aux services de santé (PPA : patient pathway analysis) An 2 3.1.1.5. Réaliser une enquête sur la transition au traitement ambulatoire oral de la TB-MR – An 2 3.1.1.6. Réaliser une enquête sur le niveau de stigmatisation et discrimination sur la tuberculose – An 1 – pris en compte dans pilier 2 3.1.1.7. Evaluer la stratégie de dépistage actif des cas de TB mis en œuvre par CHECK-TB, ASC ou autres partenaires – An 4 3.1.1.8. Organiser un atelier avec toutes les instances sus-citées impliquées dans la recherche pour identifier les priorités de recherche du prochain PSN 2025 – 2029 – An 5. (atelier d'une journée de 25 personnes).
--	--------------------------------	--

**Tableau 15 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLT 2020-2024**

Pilier	Analyse de genre dans le secteur	Objectifs du programme et des actions	Actions et activités	Indicateurs	Budget	Total	Notation Genre
<b>Pilier 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient</b>	1	0	0	0	0	1	Faible
<b>Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</b>	1	0	1	0	0	2	Passable
<b>PILIER 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation</b>	1	0	0	0	0	1	Faible

## **Graphique 8 : Graphique Analyse genre des programmes budgétaires du PSNLT 2020-2024**



**Source :** Tableau 17/ travaux de l'auteur.

### Commentaire :

- Le cadre logique du PSNLT, n'obéit pas au format utilisé par le gouvernement selon la logique de la GAR
- La dimension genre n'est pas bien reflétée dans le Plan Stratégique. Seul le pilier 2 intègre résiduellement cette question avec une notation Passable.
- Une analyse de la situation épidémiologique selon le sexe a été conduite, montrant la vulnérabilité de la femme par rapport à l'homme. Cependant, les objectifs des programmes sont neutres.
- La plupart des indicateurs ne sont pas désagrégés selon le sexe, ce qui ne permet pas de percevoir les efforts dans la réduction des inégalités de genre (hommes-femmes) dans ce programme.
- L'on a pu identifier une seule activité sur le genre au niveau du programme 2 avec une faible allocation budgétaire.

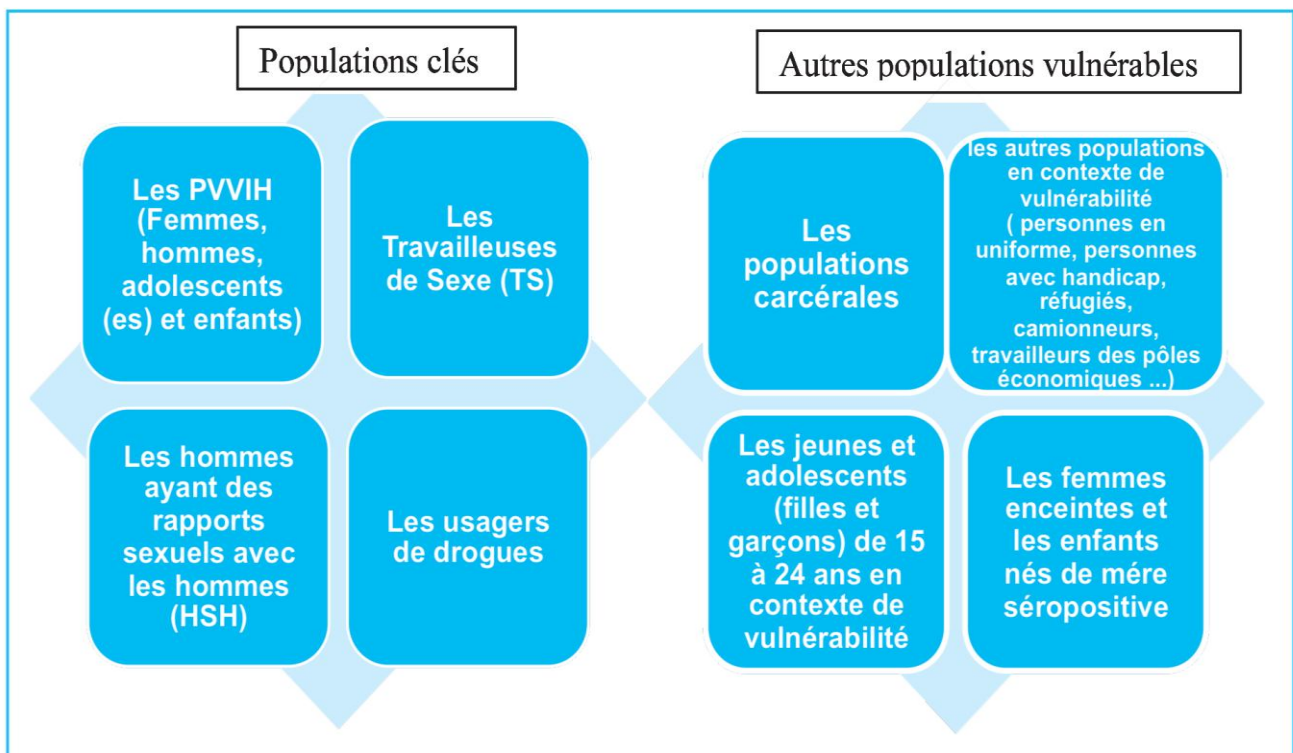
### 3.3.2. Programme VIH/SIDA

L'ONUSIDA a récemment appelé le monde à adopter l'objectif « 90-90-90 » d'ici à 2020 : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes connaissant leur statut sérologique sont sous traitement antirétroviral de qualité et 90% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

Pour le Cameroun, cette option est capitale pour permettre de réduire les infections, la morbidité et la mortalité liées au VIH. La meilleure manière d'y parvenir est d'adopter des approches inclusives intégrant toutes les parties prenantes : les professionnels de santé, les milieux scientifiques et universitaires ainsi que les acteurs communautaires, y compris les représentants des populations clés impliqués dans la lutte contre le VIH. La traduction concrète de ces engagements se décline par la mise en œuvre d'approches innovantes de prévention, de prise en charge globale respectant les droits humains, le genre et l'équité.<sup>38</sup>

Les populations (groupes cibles) prioritaires du PSN sont :

**Figure 5 : Les populations prioritaires retenues dans le PSN 2018-2023**





Le but du Plan Stratégique National est double : (i) réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH ; (ii) atténuer le fardeau socio-économique lié au VIH sur le développement du pays.

De manière plus spécifique, le PSN de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2018-2022 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes ; les adolescents(es) et les enfants ; l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; la réduction de la mortalité liée au VIH ; le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH ; le respect des droits humains ; la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que l'efficacité de la gouvernance à travers une réponse efficiente. Il se fonde sur la promotion et la protection des droits humains et du genre pour lever les obstacles de l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus exposées au risque et en contexte de vulnérabilité. Pour atteindre ces objectifs, le PSN a décliné ses programmes autour de quatre résultats d'impacts :

**Résultat d'impact 1** : d'ici 2023, les nouvelles infections sont réduites de 60%

**Résultat d'Impact 2** : d'ici 2023, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%

**Résultat d'impact 3** : d'ici 2023, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%

**Résultat d'Impact 4** : d'ici 2023, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

L'analyse genre des programmes budgétaires consistera d'une part à présenter le cadre logique du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH 2018-2023 et d'autre part à appliquer le marqueur genre dans la chaîne de résultats. Le cadre logique du Programme VIH se présente comme suit :

## Prévention du VIH

**Tableau 16** : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prévention du VIH

Effets	Produits
<b>Effet 1.1</b> : D'ici 2023, 80% des adolescent ( e)s de 4 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH /SIDA	<b>Produit 1.1.1</b> : d'ici 2023, 80% des enfants (filles et garçons) de 04 à 09 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance de base du VIH
	<b>Produit 1.1.2</b> : d'ici 2023,80% des adolescents (filles et garçons) de 10 à 14 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH
	<b>Produit 1.1.3</b> : d'ici 2023,80% des adolescents (filles et garçons) de 15 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité
<b>Effet 1.2</b> : D'ici 2023, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée	<b>Produit 1.2.1</b> : d'ici 2023,90% des TS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites
	Produit 1.2.2 : d'ici 2023,90% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques
<b>Effet 1.3</b> : d'ici 2023, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention	<b>Produit 1.3.1</b> : d'ici 2023,90% de la population en milieu carcérale sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les

	prisons
	<b>Produit 1.3.2</b> : d'ici 2023, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des sites économiques, camionneurs, personnel en uniforme, personnes en situation de handicap, réfugiés ou déplacées, population autochtone Pygmées, Boboro, etc et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH
	<b>Produit 1.3.3</b> : D'ici 2023, 90% des besoins en préservatifs (féminins et masculins) et en gel lubrifiant pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national
<b>Effet 1.4</b> : D'ici 2023, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	<b>Produit 1.4.1</b> : D'ici 2023, tous les sites de dispensation des ARV offrent la PPE en cas d'accidents d'exposition sanguine ou à d'autres liquides biologiques (AES/LB) selon des procédures standardisés
	<b>Produit 1.4.2</b> : D'ici 2023, les personnes victimes d'AES/LB sont sensibilisées et informées pour l'accès à la prévention
<b>Effet 1.5</b> : D'ici 2023, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	<b>Produit 1.5.1</b> : d'ici 2023, 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH et la PTME dans le cadre de la SSR
	<b>Produit 1.5.2</b> : d'ici 2023, 95% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans les structures de santé publiques et privées et reçoivent le résultat
	<b>Produit 1.5.3</b> : d'ici 2023, 95% des femmes enceintes qui sont dépistées séropositives reçoivent des ARV pour leur traitement et pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant
	<b>Produit 1.5.4</b> : d'ici 2023, 95% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6ième semaine de vie
	<b>Produit 1.5.5</b> : d'ici 2023, 100% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole
<b>Effet 1.6</b> : D'ici 2023, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	<b>Produit 1.6.1</b> : d'ici 2023, 80% des personnes présentant des comportements à risque d'infection par les IST (gonococcie, syphilis, infection à HPV) ont accès aux services de prévention
	<b>Produit 1.6.2</b> : d'ici 2023, 80% des personnes présentant des signes d'IST sont prises en charge selon les directives nationales

## Prise en charge du VIH

**Tableau 17 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prise en charge du VIH**

Effets	Produits
<b>Effet 2.2 :</b> D'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral	<b>Produit 2.2.1 :</b> d'ici 2023, 100% des PVVIH (adultes, enfants et adolescents) nouvellement diagnostiqués sont mises sous traitement
	<b>Produit 2.2.2 :</b> d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes sont maintenues sous traitement
	<b>Produit 2.2.3 :</b> d'ici 2023, 92% des PVVIH (adolescents et enfants) sont maintenues sous traitement
<b>Effet 2.3 :</b> D'ici 2023, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois	<b>Produit 2.3.1 :</b> d'ici 2023, 100% des PVVIH suivies bénéficient de la charge virale selon les directives nationales
	<b>Produit 2.3.2 :</b> d'ici 2023, 100% des PVVIH qui ont une charge virale détectable sont prises en charge suivant les directives nationales
	<b>Produit 2.3.3 :</b> d'ici 2023, 100% des laboratoires accrédités respectent les normes de qualité de réalisation de la charge virale aux PVVIH
<b>Effet 2.4 :</b> D'ici 2023, 100% des cas de coïnfections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	<b>Produit 2.4.1 :</b> d'ici 2023, 100% des patients co-infectés TB/VIH reçoivent à la fois les antituberculeux et les ARV
	<b>Produit 2.4.2 :</b> d'ici 2023, 80% des patients infectés bénéficient des mesures de prévention de la tuberculose
	<b>Produit 2.4.3 :</b> d'ici 2023, au moins 80% des patients ayant une infection sont pris en charge selon les directives nationales
	<b>Produit 2.4.4 :</b> d'ici 2023, toutes les PVVIH sous TARV qui sont éligibles bénéficient d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées pour les infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites)

## Qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH

**Tableau 18 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH**

Effets	Produits
<b>Effet 3.1 :</b> D'ici 2023, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié	<b>Produit 3.1.1 :</b> d'ici 2023, 90% des personnes cibles secondaires (personnels de santé, magistrats, policiers) reçoivent un paquet de service adapté pour réduire la discrimination des PVVIH et des populations vulnérables
	<b>Produit 3.1.2 :</b> d'ici 2023, les PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains
	<b>Produit 3.1.3 :</b> d'ici 2023, l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination

<b>Effet 3.2:</b> D'ici 2023, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social	<b>Produit 3.2.1 :</b> d'ici 2023, 60% des PVVIH dans le besoin bénéficient d'un accompagnement psychosocial
	<b>Produit 3.2.2 :</b> d'ici 2023, 60% des PVVIH indigents bénéficient d'un accompagnement socio-économique
	<b>Produit 3.2.3 :</b> d'ici 2023, 60% des OEV identifiés reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur

### **Gestion des approvisionnements / stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH**

**Tableau 19 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet gestion des approvisionnements/ stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH**

<b>Effets</b>	<b>Produits</b>
<b>Effet 4.1 :</b> la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2023	<b>Produit 4.1.1 :</b> d'ici 2023, 100% des organes de coordination de la riposte aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée
	<b>Produit 4.1.2 :</b> d'ici 2023, 100% des grandes villes ciblées sont mobilisées à travers les collectivités territoriales (Communautés urbaines et les Mairies) pour la lutte contre le VIH
	<b>Produit 4.1.3 :</b> d'ici 2023, 100% des secteurs mettent en œuvre des plans opérationnels en cohérence avec le PSN
	<b>Produit 4.1.4 :</b> d'ici 2023, 100% des programmes de coopération bi et multilatéraux sont alignés aux orientations du PSN
<b>Effet 4.2 :</b> toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente	<b>Produits 4.2.1:</b> d'ici 2023, 100% des ressources internes et externes requises pour la mise en œuvre du PSN sont mobilisées prenant en compte la transition et la durabilité des financements
	<b>Produit 4.2.2 :</b> D'ici 2023, un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel
<b>Effet 4.3 :</b> la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel	<b>Produit 4.3.1 :</b> d'ici 2023, la fonctionnalité du cadre de coordination du système communautaire progresse de 50%
	<b>Produit 4.3.2 :</b> d'ici 2023, le cadre de partenariat et le système de contractualisation entre les institutions gouvernementales et les ONG sont établis

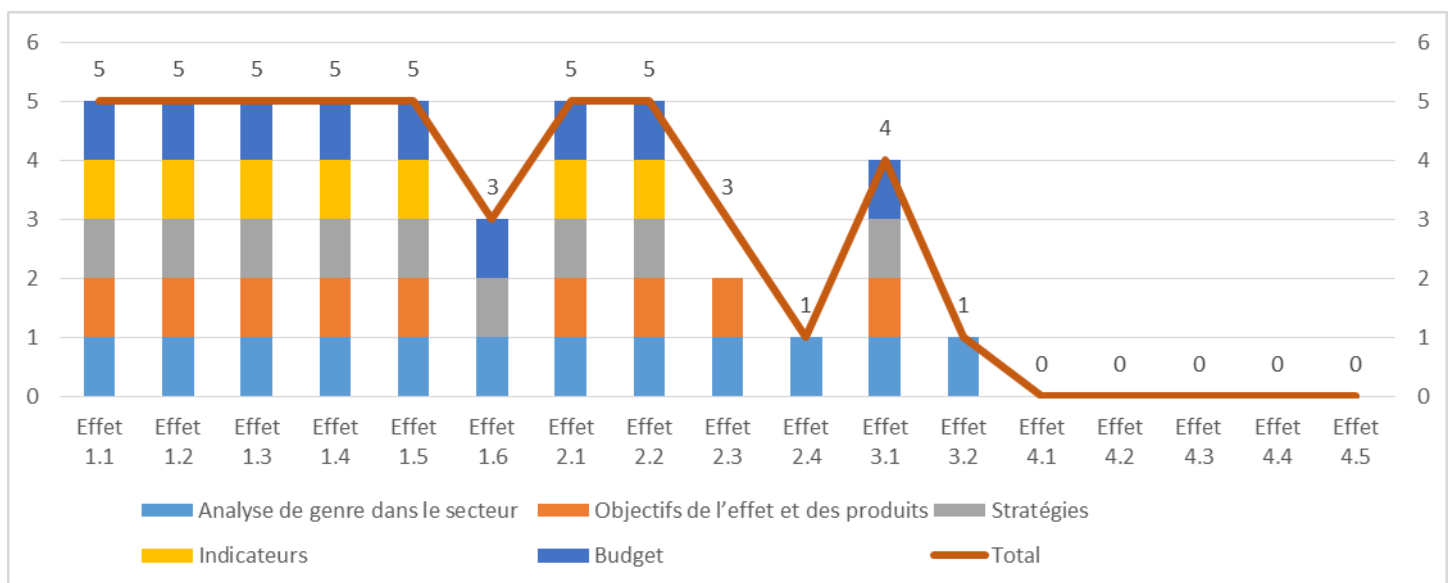
**Tableau 20 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSN VIH 2018-2023**

Effet	Analyse de genre dans le secteur	Objectifs de l'effet et des produits	Stratégies	Indicateurs	Budget	Total	Notation Genre
<b>Effet 1.1</b> : D'ici 2023, 80% des adolescent(e)s de 4 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH/SIDA	1	1	1	1	1	5	Principal
<b>Effet 1.2</b> : D'ici 2023, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée	1	1	1	1	1	5	Principal
<b>Effet 1.3</b> : d'ici 2023, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention	1	1	1	1	1	5	Principal
<b>Effet 1.4</b> : d'ici 2023, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	1	1	1	1	1	5	Principal
<b>Effet 1.5</b> : d'ici 2023, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	1	1	1	1	1	5	Principal
<b>Effet 1.6</b> : d'ici 2023, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	1	0	1	0	1	3	Moyen
<b>Effet 2.1</b> : d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	1	1	1	1	1	5	Principal
<b>Effet 2.2</b> : d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants	1	1	1	1	1	5	Principal

connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral							
<b>Effet 2.3</b> : d'ici 2023, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois	1	1	0	0	0	3	Passable
<b>Effet 2.4</b> : d'ici 2023, 100% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	1	0	0	0	0	1	Faible
<b>Effet 3.1</b> : d'ici 2023, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié	1	1	1	0	1	4	Significatif
<b>Effet 3.2</b> : d'ici 2023, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social	1	0	0	0	0	1	Faible
<b>Effet 4.1</b> : d'ici 2023, la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé	0	0	0	0	0	0	Non orienté
<b>Effet 4.2</b> : d'ici 2023, toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente	0	0	0	0	0	0	Non orienté
<b>Effet 4.3</b> : d'ici 2023, la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel	0	0	0	0	0	0	Non orienté
<b>Effet 4.4</b> : d'ici 2023, les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont permanemment	0	0	0	0	0	0	Non orienté

produites et utilisées pour la prise de décision							
<b>Effet 4.5</b> : d'ici 2023, la disponibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques est assurée à tous les niveaux	0	0	0	0	0	0	Non orienté

**Graphique 9 : Analyse genre des programmes budgétaires du PSN VIH 2018-2022**



**Source** : Tableaux 18-21/ travaux de l'auteur

**Commentaire** :

- Le cadre logique du PSNLVIH est construit selon la logique GAR, ce qui est très appréciable
- Sur 17 effets, la dimension genre est bien reflétée dans 9 effets avec des notes allant de Moyen à Principal. Ces effets permettent de relever un effort considérable du Programme VIH dans la réduction des inégalités de genre (hommes-femmes).
- Sur les 9 effets, tous les critères de notation ont été remplis sauf pour les effets 1.6 et 3.1
- 8 effets n'intègrent pas suffisamment les questions de genre avec des notes de Non orienté à Passable

## **Conclusions :**

L'analyse genre des plans stratégiques de lutte contre Paludisme, Tuberculose et VIH permet de relever des résultats divergents selon les programmes prioritaires de santé.

D'une part, les cadres logiques de ces programmes ont été construits sous des formats différents. Seul le Programme VIH a bâti son cadre logique selon une approche axée sur les résultats, ce qui permet de percevoir les changements produits par les interventions auprès des populations bénéficiaires.

S'agissant du Programme Paludisme, seul le Pilier 3 relatif aux principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme, intègre la dimension genre, puisqu'il accorde une attention particulière aux femmes enceintes. Toutes les autres catégories de femmes vulnérables (femmes pauvres, handicapées, déplacées internes, 3<sup>e</sup> Age, autochtones...) ne bénéficient pas prioritairement des interventions. Il en est également des hommes appartenant aux catégories vulnérables.

Il faudrait noter que le programme n'a pas conduit une analyse de situation axée sur le genre afin de décrypter les disparités entre les hommes et les femmes ; ce qui peut paraître comme une faiblesse quant aux interventions planifiées, qui pourraient produire des discriminations. Egalement, l'on note que la plupart des indicateurs ne sont pas ventilés par sexe et ne permettent pas de mesurer les progrès vis à vis des hommes et des femmes.

En ce qui concerne le programme Tuberculose, une analyse de la situation épidémiologique selon le sexe a été conduite, montrant la vulnérabilité de la femme par rapport à l'homme. Cependant, cette situation 'a pas traduite dans la planification du programme et la plupart des interventions sont neutres vis-à-vis du genre. Un effort devrait être fait au niveau de la construction des indicateurs sexués et le ciblage des activités genre dans les plans de travail annuels pour corriger cette faiblesse.

Pour ce qui est du programme VIH, le genre est bien reflété dans la plupart des effets. Cependant, le programme a axé ses interventions sur certaines catégories considérées comme populations clés. Il y a nécessité de conduire une bonne analyse genre en début de la nouvelle phase afin de faire un bon ciblage des bénéficiaires. Les femmes en situation de vulnérabilité, de violences sexuelles et basées sur le genre et victimes de stigmatisations ne sont pas suffisamment intégrées dans les interventions. L'on a par exemple pu noter lors des entretiens que les femmes vivant avec le VIH sont susceptibles d'être plus discriminés que les hommes. En outre, le volet autonomisation économique des PVVIH est encore assez faible et pas suffisamment adressé et il n'existe pas d'actions spécifiques pour les femmes. Un effort devrait également être fait pour la prise en compte du genre au niveau des résultats de développement ayant trait à l'offre de services.



## **CHAPITRE IV : ANALYSE GENRE DU BUDGET GLOBAL DU MINSANTE**

### **IV.1. Analyse des ratios budgétaires genre du MINSANTE de 2021 à 2023**

Il s'agit dans cette partie de déterminer et analyser les ratio-budgétaires genres pour chacun des programmes. Le budget genre, c'est la part du budget consacrée aux « dépenses sensibles au genre » ramenée au budget global. Cette analyse s'est faite à deux niveaux : (i) au niveau des programmes budgétaires du Ministère, (ii) au niveau global des grands programmes Palu, TB et VIH dudit département. Les données utilisées proviennent des CDMT et PPA de 2021 à 2023.

#### **IV.1.1. Méthodologie**

##### **IV.1.1.1. L'analyse tri-catégorielle**

La complexité de l'analyse BSG se situe au niveau de la catégorisation des dépenses genre. Qu'est ce qui est considéré comme une dépense genre sensible ?

Pour répondre à cette préoccupation, l'étude va s'inspirer de l'outil d'analyse tri-catégorielle qui considère les dépenses budgétaires selon les critères suivants :

**Catégorie 1** : sont classés les crédits relatifs à des dossiers ou activité qui concernent le fonctionnement interne ou qui ne présentent pas de dimension de genre.

**Catégorie 2** : sont classés les crédits relatifs aux actions visant à réaliser l'égalité entre les femmes et les hommes. Tous ces crédits sont intégrés dans la note de genre.

**Catégorie 3** : sont classés les crédits relatifs à des dossiers qui concernent une politique publique et qui présentent une dimension de genre. L'impact en terme de genre est notamment détecté au regard du groupe-cible du dossier et de sa composition sexuée.

**NB : Dans l'analyse spécifier.** Si les crédits demandés appartiennent à la catégorie 3, les gestionnaires de dossiers doivent approfondir leur réflexion et expliquer brièvement dans un « commentaire genre » la manière dont la dimension de genre est ou sera prise en compte dans le cadre du dossier.

##### **IV.1.1.2. Comptabilisation des dépenses sensibles au genre**

Dans le cadre de la présente analyse et conformément aux travaux réalisés au niveau national, sont été considérées comme **dépenses sensibles au genre, celles se rapportant aux** activités dont les intitulés, les objectifs, les indicateurs ou les taches visent l'amélioration des conditions physiques et socio-économiques des femmes ; Egalement, les dépenses genre ciblent clairement des hommes et les femmes, les filles et les garçons dans leurs intitulés, objectifs, et indicateurs et ne laissent pas planer un doute quant à la satisfaction des besoins pratiques et intérêts stratégiques de ces catégories.

## **Encadré 2: Schéma de calcul des ratios budgétaires**

Les formules de calcul du ratio-budgétaires genre sont les suivantes :

**Ratio- budgétaire genre par Programme** = (budget alloué aux activités genre sensibles dans le programme × 100)/budget global du programme

**Ratio- budgétaire genre de Administration** = (budget alloué aux activités genre sensibles dans l'Administration × 100)/budget global du Ministère

**NB :** les ratios sont calculés hormis la masse salariale et le budget transféré aux CTD.

### **IV.1.2. Principaux résultats**

Les développements ci-dessous présentent le budget des activités genre programmées pour le compte des exercices 2022 et 2023 et donnent pour chacun des programmes, la part du budget qui finance les activités genre sensibles. Il convient de préciser que l'application de la BSG a démarré avec l'exercice budgétaire 2022. En effet, le MINSANTE a revu son cadre stratégique de performance en 2022, dont l'arrimage à la Stratégie Nationale de Développement a permis de passer de 4 à 5 programmes.

#### **IV.1.2.1. Budget genre du MINSANTE 2022**

Les tableaux ci-dessous présentent d'une part les activités genre marquées genre sensibles dans le dispositif PROMIS et, d'autre part, une analyse genre des ratios pour le compte de l'exercice 2022.

**Tableau 21: budgétisation des activités sensibles au genre du MINSANTE en 2022 (en milliers)**

<b>PROGRAMMES</b>	<b>ACTIONS</b>	<b>ACTIVITES</b>	<b>BUDGET</b>
<b>PROGRAMME 045</b> PREVENTION DE LA MALADIE	<b>ACTION 03</b> PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH ET SANTE MATERNELLE, NEONATALE INFANTILE DES ADOLESCENTS	<b>4004503C002</b> - Développement de la recherche en matière de transfusion sanguine	15 000 000
		<b>4004503C004</b> - Projet d'appui à l'élimination de la Transmission du VIH Sida de la Mère à l'Enfant au Cameroun	232 000 000
		<b>4004503C005</b> - Offre du Conseil et du dépistage volontaire du VIH chez les jeunes et toute personne ignorant son statut sérologique	48 840 000
		<b>4004503C006</b> - Offre du Conseil, du dépistage volontaire chez les femmes enceintes (FEC) et les nouveau-nés exposés au VIH	84 270 000
		<b>TOTAL ACTION 03</b>	<b>380 110 000</b>
	<b>ACTION 04</b> PREVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	<b>4004504C001</b> - Renforcement des actions d'interventions précoces des mésusages des substances dépendogènes en milieux jeunes	35 100 000
		<b>4004504C002</b> - Renforcement de la prévention du diabète, de l'hypertension artérielle et des autres MCNT	84 610 000
		<b>4004504C003</b> - Prévention des complications du Pied Bot	12 500 000
		<b>4004504C004</b> - Renforcement de la prévention et de la lutte contre le cancer	75 940 000

	<b>TOTAL ACTION 04</b>		<b>208 150 000</b>
	<b>TOTAL PROGRAMME 045</b>		<b>588 260 000</b>
<b>PROGRAMME 046</b> PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION	<b>ACTION 02</b> RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET PROMOTION DE LA SANTE DE L'ADOLESCENT	<b>4004602C001</b> - Renforcement de la communication pour le changement de comportement (CCC/ IEC) en faveur des adolescents/jeunes	9 620 000
		<b>4004602C002</b> - Renforcement de l'offre de service en SRA de qualité	4 810 000
		<b>4004602C003</b> - Projet d'appui à la santé maternelle, néonatale et infantile (PASMNI)	1 097 000 000
		<b>4052802A001</b> - Sensibilisation de la population au niveau communautaire sur la PF	3 840 000
		<b>4052802A004</b> - Sécurisation des produits contraceptifs	9 620 000
	<b>TOTAL ACTION 02</b>		<b>1 124 890 000</b>
	<b>ACTION 05</b> PROMOTION DES BONNES HABITUDES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES	<b>4004605C001</b> - Améliorer la sécurité sanitaire des aliments dans les sites de production et de commercialisation	37 570 000
		<b>4004605C002</b> - Mettre en place un dispositif national de sécurité sanitaire des aliments	4 000 000
		<b>4004605C003</b> - Mettre en place un système de surveillance nutritionnelle	40 190 000
		<b>4004605C004</b> - Renforcer les comportements favorables à une nutrition saine diversifiée et sécurisée tout au long du cycle de vie	30 810 000
	<b>TOTAL ACTION 05</b>		<b>112 570 000</b>
	<b>TOTAL PROGRAMME 046</b>		<b>1 237 460 000</b>
<b>PROGRAMME 048</b>	<b>ACTION 01</b> MISE EN ŒUVRE DES	<b>4053101A001</b> - Mise en œuvre du programme de lutte contre la mortalité maternelle et infantile	43 650 000
PRISE EN CHARGE DES CAS	INTERVENTIONS CURATIVES A HAUT IMPACT CHEZ LA MERE, LE NOUVEAU-NE, L'ENFANT ET L'ADOLESCENT		
		<b>4053101A002</b> - Renforcement de l'offre de l'accouchement assisté	78 320 000
		<b>4053101A005</b> - Mise en œuvre des projets de financements innovants pour le renforcement du système de santé ( volet mere-enfant)	10 809 079 368
		<b>4053101B006</b> - Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (volet prise en charge des cas)	10 127 000 000
	<b>TOTAL ACTION 01</b>		<b>21 058 049 36</b>
<b>ACTION 03</b> PRISE EN CHARGE DU VIH SIDA, TUBERCULOSE, IST ET HEPATITES VIRALES	<b>4053103A002</b> - Prise en charge des personnes vivantes avec le VIH (PVVIH)	1 270 902 710	
	<b>4053103B005</b> - Programme national de lutte contre le SIDA	14 600 000 000	
	<b>4053103B006</b> - Programme national de lutte contre la tuberculose	2 500 000 000	
<b>TOTAL ACTION 03</b>		<b>18 370 902 71</b>	

	<b>ACTION 04</b> PRISE EN CHARGE DU PALUDISME	<b>4053104A001</b> - Appui à la prise en charge de la lutte contre le paludisme	318 390 000
		<b>TOTAL ACTION 04</b>	<b>318 390 000</b>
	<b>TOTAL PROGRAMME 048</b>		<b>39 747 342 078</b>
<b>PROGRAMME 049</b> GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE DU SYSTEME DE SANTE	<b>ACTION 02</b> PLANIFICATION ET PROGRAMMATION STRATEGIQUE	<b>4004902C002</b> - Planification et programmation des activités du MINSANTE	3 488 810 000
		<b>TOTAL ACTION 02</b>	<b>3 488 810 000</b>
	<b>ACTION 11</b> GESTION BUDGETAIRE ET FINANCIERE	<b>4004911C003</b> - Développement des Systèmes de Financement (Y Compris Les Financements Innovants)	1 102 410 000
		<b>TOTAL ACTION 11</b>	<b>1 102 410 000</b>
	<b>TOTAL PROGRAMME 049</b>		<b>4 591 220 000</b>
<b>TOTAL DU CHAPITRE 40 - MINSANTE</b>			<b>46 164 282 0</b>

Source : DGB/PROBMIS.

**Tableau 22 : Analyse genre dans le budget du MINSANTE par programmes en 2022 (données en milliers de FCFA).**

Programme	Total programme	Salaires programme	Total programme hors salaires	Total activités genres sensible programme	Ratio	Sensible au Genre (0/1) après arbitrage MINEPAT - MINPROFF
<b>40 - MINSANTE</b>						
P045	50 746 991 942	18 364 681 942	32 382 310 000	588 260 000	1,82 %	0
P046	3 384 110 000	279 570 000	3 104 540 000	1 237 460 000	39,86 %	1
P047	32 252 360 000	0	32 252 360 000	0	0,00 %	0
P048	59 470 833 263	15 229 151 186	44 241 682 077	39 747 342 078	89,84 %	1
P049	61 385 704 795	18 849 908 864	42 535 795 931	4 591 220 000	10,79 %	1
<b>TOTAL DU CHAPITRE 40</b>					<b>28,46%</b>	<b>1</b>

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2022

Le tableau ci-dessus permet de distinguer trois (03) catégories de programmes :

**Cas 1 :** il s'agit des programmes avec un taux de prise en compte du genre dans le budget extrêmement faible (inférieur à 5%). Dans le cadre de cette analyse il s'agit des programmes 045 et 047.

**Cas 2 :** il s'agit des programmes ayant un taux de prise en compte des activités genre compris entre 25% et 50% du budget global. Nous avons à ce propos les programmes 046 et 049.

**Cas 3 :** il s'agit des programmes avec un taux de prise en compte du genre élevé, dont le 048.

#### 4.1.2.2. Budget genre du MINSANTE 2023

Le tableau ci-dessous présente pour chacun des programmes, les activités marquées genre sensibles dans le dispositif PROMIS et une analyse genre des ratios pour le compte de l'exercice 2023.

**Tableau 23 : Budgétisation des activités sensibles au genre du MINSANTE en 2023 (en milliers)**

Problématique genre	Programme budgétaire	Activités	Taches	Budget en milliers	Déterminant
Mortalité élevée des femmes enceintes et prématurée des nouveaux nés	<b>Programme 045:</b> prévention de la maladie	Acquisition et distribution des MILDA		7 070 330	Ce programme vise à réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention. Il accorde une importance particulière à la femme enceinte et l'enfant. Ses actions vont principalement dans le sens de la protection contre les maladies évitables par la vaccination, les principales endémies et épidémies à savoir le VIH, le paludisme, la tuberculose, ainsi que les maladies non-transmissibles telles que les cancers.
		Dépistage des parasites et de la drépanocytose respectivement chez les donneuses de sang en âge de procréer et les donateurs bénévoles de sang		7000	
		Offre du Conseil et du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes et les nouveaux nés exposés au VIH		15 000	
		Projet d'appui à l'élimination de la Transmission du VIH Sida de la Mère à l'Enfant au Cameroun		1 080 000	
		Renforcement de la prévention et de la lutte contre le cancer		8 228 230	
		<b>Total activités genre du programme 045</b>		<b>8 228 230</b>	
		<b>Budget total programme 045 hors salaire</b>		<b>29 239 467</b>	
		<b>Ratio genre programme 045</b>		<b>28.14%</b>	
Faible pratique de la planification familiale par les familles et les adolescentes.	Programme <b>046:</b> promotion de la sante et nutrition	Commémoration des journées internationales de santé	Commémoration de la journée mondiale de l'allaitement maternel et la journée internationale de lutte contre les fistules obstétricales	3000	Ce programme vise à amener les ménages à adopter les bonnes pratiques familiales essentielles pour protéger leur propre santé. Les actions de sensibilisation et
			Organisation de la journée mondiale de l'allaitement maternel	2000	

		Communication pour le changement de comportement	Contractualisation avec les médias publics et privés pour la diffusion des messages en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans les <b>7</b> autres régions	10000	de communication pour le changement des comportements menées dans le cadre du programme ciblent autant les hommes que les femmes et portent notamment sur les questions de nutrition, de santé mentale, de santé sexuelle et reproductive, d'assainissement de l'environnement, etc. Ces interventions visent à briser les barrières socio-anthropologiques qui limitent l'autonomie de la jeune fille et de la femme, maillon essentiel de la régulation sanitaire du ménage, tout en suscitant l'implication des
			Développement des micros programmes, Spots et messages à diffuser à travers les médias en faveur de la LMMI dans les régions du Septentrion	4580	
			Formations/recyclage des hommes et femmes de <b>10</b> médias dans les régions du Centre et du Sud	5000	
			Plaidoyer auprès des hommes et femmes parlementaires et autres leaders d'opinions sur la vaccination	2000	
			Plaidoyer envers <b>80</b> femmes leaders communautaires et traditionnels en vue de leur implication dans la lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infanto juvénile dans les régions du septentrion et de l'Est	3807	
			Plaidoyer envers les hommes et femmes leaders communautaires et traditionnels en vue de leur implication dans la lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infanto juvénile	3285	
			Superviser <b>15</b> radios communautaires du septentrion sur l'effectivité de la diffusion des messages en faveur de la LMMNI	3000	
			Communication pour les activités de la CSU	100000	
		Mise en place des structures opérationnelles de transfusion sanguine et mise à disposition des produits sanguins labiles sécurisés sur	Superviser les <b>15</b> radios communautaires du septentrion contractualisées dans le cadre de l'appui budgétaire <b>C2D</b> sur l'effectivité de la diffusion des messages en faveur de la LMMNI	5000	

		l'ensemble du territoire national			
		Renforcement des capacités et du cadre de référence en santé mentale	Appui à la Sensibilisation des jeunes garçons et filles ainsi que des hommes et femmes contre la consommation de l'alcool et du tabac	5476	
			Formation des prestataires de santé homme et femme non spécialistes a l'utilisation des algorithmes et module de santé mentale	5000	
			Supervision formative des prestataires de sante homme et femme non spécialistes a l'utilisation des algorithmes et module de santé mentale	3000	
		Renforcement de l'offre de service en SRA de qualité		15688	
		Sensibilisation de la population au niveau communautaire sur la PF		50000	
		Sécurisation des produits contraceptifs		1 594 512	
		Vulgarisation de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC)	Acquisition des produits contraceptifs pour 10 unités SRA nouvellement créées	9 610	
		Raffermissment des capacités des acteurs en communication de masse et en sensibilisation de proximité sur le problème d'abus des drogues et des toxicomanies	Echange d'information et renforcement des capacités des acteurs hommes et femmes en communication de masse et en sensibilisation de proximité sur la collecte des données et le trafic des substances addictogène	18 102	
		Renforcement les comportements favorables à une nutrition saine diversifiée et sécurisée tout au long du cycle de vie		19 500	
		Mettre en place un système de surveillance nutritionnel	Appui a l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de 0 a 5 ans et les femmes en âge de procréer dans 7 régions	5 500	
		<b>Total activités genre du programme 046</b>		<b>1 881 063</b>	

		<b>Budget total programme 046 hors salaire</b>		<b>2 771 987</b>	
		<b>Ratio genre programme 046</b>		<b>67.86%</b>	
Faible capacité des structures sanitaires à assurer un accès durable et équitable des populations (femmes enceintes et enfants de 0 à 5ans) aux soins et services de santé de qualité	Programme <b>047</b> : renforcement du système de sante	Renforcement de l'offre en infrastructure des FOSA de <b>4e 5e</b> et <b>6e</b> catégorie	Contribution des bailleurs au Programme conjoint MINSANTE/AFD/KFW Phase II (FINEX)	<b>858 856</b>	
		Renforcement de l'offre en infrastructure des FOSA de <b>1</b> et <b>2e</b> catégorie		<b>835 000</b>	
		Conduite et réalisation des travaux de construction réhabilitation des bâtiments administratifs et autres infrastructures		<b>4 000 000</b>	
		Mise en place d'un plan communication suffisant pour une adhésion massive à la CSU		<b>30 952</b>	
		Implémentation de la phase <b>1</b> de la CSU		<b>21 776 823</b>	
		<b>Total activités genre du programme 047</b>		<b>27 601 740</b>	
		<b>Budget total programme 047 hors salaire</b>		<b>601 05 997</b>	
		<b>Ratio genre programme 047</b>		<b>45.92%</b>	
Mortalité hospitalière et létalité communautaire du couple mère-enfant élevés au regard des indicateurs suivis par les ODD	Programme <b>048</b> : prise en charge des cas	Mise en œuvre du programme de lutte contre la mortalité maternelle et infantile		<b>326 684</b>	
		Renforcement de l'offre de l'accouchement assisté		<b>20 500</b>	
		Mise en œuvre des projets de financements innovants pour le renforcement du système de santé ( volet mère-enfant)		<b>5000</b>	
		Projet d'appui a la sante maternelle néonatale et infantile PASMNI		<b>465 000</b>	
		Prise en charge des personnes vivantes avec le VIH (PVVIH)		<b>20 000</b>	
		<b>Total activités genre du programme 048</b>		<b>837 184</b>	
		<b>Budget total programme 048 hors salaire</b>		<b>39 661 414</b>	



		Ratio genre programme 048		2.11%	
	Programme 049		Coordination des activités des services a tous les niveaux de la pyramide sanitaire	20 509	
		Gestion du personnel	Organisation de la JIF	50 000	
		Développement de la politique partenariale	Appui a l'organisation de la campagne de réparation des fistules obstétricales	5 000	
		Total activités genre du programme 049		265 509	
		Budget total programme 049 hors salaire		46 194 134	
		Ratio genre programme 049		0.57%	
Total activités genre du MINSANTE					38 901 996
Budget total du MINSANTE hors salaire					163 881 505
Ratio genre MINSANTE					23,74%

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

**Tableau 24 : Notation des programmes budgétaire en fonction du budget genre en 2023**

Programme	Total programme	Salaires programme	Total programme hors salaires	Total activités genres sensible programme	Ratio	Sensible au Genre (0/1) après arbitrage MINEPAT - MINPROFF
<b>40 - MINSANTE</b>						
P045	47 599 149 271		29 239 467	8 228 230	28,13%	1
P046	3 051 557 458		2 771 987	1 881 063	68,15%	1
P047	67 510 356 139		601 05 997	27 601 740	49,01%	1
P048	53 314 565 049		39 661 414	837 184	2,35%	0
P049			46 194 134	265 509	0,19%	0
<b>TOTAL DU CHAPITRE 40</b>					<b>23,74%</b>	<b>1</b>

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

Le tableau ci-dessus permet de distinguer trois (03) catégories de programmes :

**Cas 1 :** il s'agit des programmes avec un taux de prise en compte du genre dans le budget extrêmement faible (inférieur à 5%). Dans le cadre de cette analyse il s'agit des programmes 048 et 049.

**Cas 2 :** il s'agit des programmes ayant un taux de prise en compte des activités genre compris entre 25% et 50% du budget global. Nous avons à ce propos les programmes 045 et 047.

**Cas 3 :** il s'agit des programmes avec un taux de prise en compte du genre élevé, dont le 046.

#### 4.1.2.2. Analyse comparative du budget genre du MINSANTE de 2022 à 2023

L'évolution de la variation de l'écart observé dans la prise en compte du genre entre 2022 et 2023 sera examinée par rapport au budget genre par programme.

**Tableau 25 : Analyse comparatives des allocations et ratios par programmes de 2022 à 2023**

Ministère	Programme		Allocation genre		Ratio genre	
	Code	Intitulé	2022	2023	2022	2023
MINSANTE	45	PREVENTION DE LA MALADIE	588 260 000	8 228 230	1,82%	28,14%
	46	PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION	1 237 460 000	1 881 063	39,86%	67,86%
	47	RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE	0	27 601 740	0,00%	45,92%
	48	PRISE EN CHARGE DES CAS	39 747 342 078	837 184	89,84%	2,11%
	49	GOVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE DU SYSTÈME DE SANTE	4 591 220 000	265 509	10,79%	0,57%
<b>TOTAL MINSANTE</b>					<b>29,88%</b>	<b>23,74%</b>

Source : Document Budgétaire Sensible au Genre LF 2023

Comme on peut le constater, la prise en compte du genre dans les programmes du MINSANTE évolue en dents de scie. D'une manière générale, l'on note une baisse globale du budget genre au niveau du ministère entre 2022 et 2023, mais une évolution dans le financement des activités genre dans certains programmes. C'est le cas avec les programmes 045,046 et 046 qui ont fourni des efforts qualitatifs. Par contre les programmes 048 et 049 ont connu une régression considérable dont les raisons restent à élucider. C'est justement ces deux programmes qui ont tiré vers le bas la note genre du MINSANTE. Ce constat trouverait sa raison sur le niveau de sensibilité genre des responsables de programmes, la capacité ou non à repérer et à inscrire les activités genre dans les programmes budgétaires et à y allouer des budgets conséquents, au caractère équivoque de certaines activités qualifiées genre à tort ou à raison, à l'absence d'une nomenclature des dépenses genre sensibles.

Tout de même, force est de reconnaître que dans l'ensemble, le MINSANTE, comparativement à d'autres départements ministériels pilotes fournit des efforts appréciables en matière de BSG qui méritent d'être consolidées lors des travaux à venir.

#### IV.2. Analyse des ratios budgétaires genre des programmes Palu, TB et VIH de 2021 à 2023

L'analyse genre du budget appelle à la prise en compte de deux principales variables : D'une part le budget genre planifié et exécuté ; d'autre part un travail en amont entre les responsables des programmes et l'équipe de suivi BSG afin d'identifier les activités genre retenues au cours d'une année N et les budgets conséquents. Ce travail préalable n'ayant pas été réalisé, les résultats de la présente étude se fonderont sur les analyses du consultant au regard des critères de l'analyse tri-catégorielle ci-dessus présentée

Du fait que la BSG a effectivement été mise en place au Cameroun en 2022, l'analyse sera va considérer cette période comme la référence des interventions sur le genre. Les Plans de Travail Annuels 2023 et les Rapports Annuels de Performance 2022 des trois programmes n'étant pas encore disponibles, la présente analyse sera focalisée sur le PTA 2022.

#### IV.2.1. Programme Paludisme

**Tableau 26 : Budget genre du Programme Palu 2022**

Pilier	Objectifs	Activités	Taches	Budget en milliers
Pilier 3: Principales politiques et stratégies de lutte contre le paludisme	Objectif 3.4: D'ici 2023, Au moins 80% de la population à risque des districts de santé ciblés est protégée par la Pulvérisation Intra-Domiciliaire (PID)	3.4.1.4: Transport des MILDA a tous les niveaux	Transport de MILDA de la région pour les FOSA pour la distribution aux femmes enceintes (Adamaoua)	0
		3.4.2.3: Distribution de masse des MILDA	Les activités de distribution proprement dite dans la région de l'Adamaoua	14 342 290
			Les activités de distribution proprement dite dans la région de l'Est	12 375 587
			Les activités de distribution proprement dite dans la région de l'Extrême Nord	0
			Les activités de distribution proprement dite dans la région du Littoral	43 779 473
			Les activités de distribution proprement dite dans la région du Nord	47 829
			Les activités de distribution proprement dite dans la région du Nord-Ouest	0
			Les activités de distribution proprement dite dans la région de l'Ouest	22 867 201
			Les activités de distribution proprement dite dans la région du Sud-Ouest	38 130

	Objectif 3.9: D'ici 2023, 80% des structures sanitaires et les Agents de santé communautaires sont disposent de façon permanente les intrants antipaludiques	3.9.2.1.: Renforcement des capacités des ASC	Suivi de la mise en œuvre de la formation des matrones pour pour la mise en œuvre des activités d'accompagnement, de sensibilisation et de mobilisation sociale transformatrices en genre en faveur des femmes enceintes sur la prévention du paludisme, du VIH/SIDA, la santé de la mère et de l'enfant et les aspects genre et droits des femmes	0
Total activités genre du Programme				93 450 510
Budget total du Programme				168 424 421
Ratio genre Programme				55,48%

**Tableau 27: Analyse genre dans le budget du Programme Palu par pilier en 2022 (données en milliers de FCFA).**

Pilier	Total Pilier	Total Pilier hors salaires	Total activités genres sensible	Ratio	Sensible au Genre (0/1) après
Pilier 1	38 736 552	38 736 552	0	0	0
Pilier 2	49 521 008	49 521 008	0	0	0
Pilier 3	91 443 459	91 443 459	93 450 510	102,19%	1
Pilier 4	38 244 410	38 244 410	0	0	0
<b>TOTAL DU PROGRAMME</b>					1

**Commentaire :**

-D'une manière générale, l'on note une faible prise en compte du genre dans le budget du programme paludisme. Cette situation est due au faite que très peu d'activité ciblant la réduction des inégalités de genre dans ce secteur sont proposées.

-Seul le pilier 3 intègre effectivement l'aspect genre avec des budgets conséquents sur l'activité portant sur la distribution des MILDA.

-L'on note cependant un dépassement budgétaire dans ce pilier qui nécessite des clarifications.

**4.2.2. Programme Tuberculose**

**Tableau 28 : Budget genre du Programme TB 2022**

Pilier	Intervention	Libellé de l'activité	Etat	Fonds Mondial
Pilier 1 : Soins et Prévention Intégrés, centrés	Détection des cas et diagnostic (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	Détection des cas et diagnostic (Prise en charge et prévention de la tuberculose)		1 771 231 490

sur le patient	Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Détenus	Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Détenus		70 458 309
	Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Enfants	Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Enfants		77 885 710
	Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Populations mobiles : réfugiés, migrants et personnes déplacées à l'intérieur de leur pays	Populations clés (Prise en charge et prévention de la tuberculose) - Populations mobiles : réfugiés, migrants et personnes déplacées à l'intérieur de leur pays		26 469 177
	Prévention (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	Prévention (Prise en charge et prévention de la tuberculose)		39 795 599
	Prise en charge communautaire de la tuberculose	Prise en charge communautaire de la tuberculose		28 522 322
	Traitement (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	Traitement (Prise en charge et prévention de la tuberculose)	760 704 641	3 119 731
	Détection des cas et diagnostic (Tuberculose multirésistante)	Détection des cas et diagnostic (Tuberculose multirésistante)		27 840 127
	Prévention (Tuberculose multirésistante)	Prévention (Tuberculose multirésistante)		33 016 284
	Traitement (Tuberculose multirésistante)	Traitement (Tuberculose multirésistante)		630 504 556
	Prévention (Tuberculose/VIH)	Prévention (Tuberculose/VIH)		15 329 059
Total activités genre du Programme				3 484 877 005
Budget total du Programme				5 522 608 740
Ratio genre Programme				63 %

**Tableau 29: Analyse genre dans le budget du Programme TB par pilier en 2022 (données en FCFA).**

Pilier	Total Pilier	Total Pilier hors salaires	Total activités genres sensible programme	Ratio	Sensible au Genre (0/1) après arbitrage MINEPAT - MINPROFF
Pilier 1 Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient	3 484 877 005	3 484 877 005	3 484 877 005	100	1
Pilier 2 Politiques audacieuses et systèmes de soutien	0	0	0	0	0
Pilier 3 Intensification de la recherche et de l'innovation	2 037 731 735	2 037 731 735	0	0	0
<b>TOTAL DU PROGRAMME</b>					1

Commentaires :

- D'une manière générale, l'on note une bonne prise en compte du genre dans le budget du programme TB avec un taux de 63% des activités genre.
- Seul le Pilier 1 sur les soins et prévention intégrés, centrés sur le patient prend en compte le genre tandis que les autres piliers sont gender blind.
- Il convient tout de même de noter qu'un effort devrait être fait pour aligner les interventions aux différents piliers du programme.

#### 4.2.3. Programme VIH

**Tableau 30 : Budget genre du Programme VIH 2022 Prévention du VIH**

Impact	Effets	Produits	Activités	Budget en milliers
Résultat impact 1 : d'ici 2023, les nouvelles infections sont réduites de 65%	<b>Effet 1.1</b> : D'ici 2023, 80% des adolescent (e)s de 4 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH /SIDA	<b>Produit 1.1.1</b> : d'ici 2023, 80% des enfants (filles et garçons) de 04 à 09 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance de base du VIH	Toutes les activités	670 826 464

		<p><b>Produit 1.1.2 :</b> d'ici 2023,80% des adolescents (filles et garçons) de 10 à 14 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH</p> <p><b>Produit 1.1.3 :</b> d'ici 2023,80% des adolescents (filles et garçons) de 15 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité</p>		
	<p><b>Effet 1.2 :</b> D'ici 2023, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée</p>	<p><b>Produit 1.2.1 :</b> d'ici 2023,90% des TS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites</p>	Toutes les activités	2 685 741 582
		<p><b>Produit 1.2.2 :</b> d'ici 2023,90% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques</p>		
	<p><b>Effet 1.3 :</b> d'ici 2023, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention</p>	<p><b>Produit 1.3.1 :</b> d'ici 2023,90% de la population en milieu carcéral sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les prisons</p> <p><b>Produit 1.3.2 :</b> d'ici 2023, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des</p>	Toutes les activités	57 931 258

		<p>sites économiques, camionneurs, personnel en uniforme, personnes en situation de handicap, réfugiés ou déplacées, population autochtone Pygmées, Boboro, etc. et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH</p> <p><b>Produit 1.3.3 :</b> D'ici 2023, 90% des besoins en préservatifs (féminins et masculins) et en gel lubrifiant pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national</p>		
	<p><b>Effet 1.5 :</b> D'ici 2023, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois</p>	<p><b>Produit 1.5.1 :</b> d'ici 2023, 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH et la PTME dans le cadre de la SSR</p> <p><b>Produit 1.5.2 :</b> d'ici 2023, 95% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans les structures de santé publiques et privées et reçoivent le résultat</p> <p><b>Produit 1.5.3 :</b> d'ici 2023, 95% des femmes enceintes qui sont</p>	<b>Toutes les activités</b>	272 903 116



		dépistées séropositives reçoivent des ARV pour leur traitement et pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant		
		<b>Produit 1.5.4 :</b> d'ici 2023, 95% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6ème semaine de vie		
		<b>Produit 1.5.5 :</b> d'ici 2023, 100% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole		

### Prise en charge du VIH

Impact	Effets	Produits	Activités	Budget en milliers
Résultat d'impact 2 : d'ici 2023, la mortalité liée au VIH est réduite de 62%	<b>Effet 2.1 :</b> d'ici 2023, 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH		<b>Toutes les activités</b>	3 936 014 969
	<b>Effet 2.2 :</b> D'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral	<b>Produit 2.2.1 :</b> d'ici 2023, 100% des PVVIH (adultes, enfants et adolescents) nouvellement diagnostiquées sont mises sous traitement		31 045 613 421
		<b>Produit 2.2.2 :</b> d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes sont maintenues sous traitement		
	<b>Produit 2.2.3 :</b> d'ici 2023, 92% des PVVIH (adolescents et enfants) sont maintenues sous traitement			

## Qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH

Impact	Effets	Produits	Activités	Budget en milliers
Résultat impact 3 : d'ici 2023, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%	<b>Effet 3.1</b> : D'ici 2023, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié	<b>Produit 3.1.1</b> : d'ici 2023, 90% des personnes cibles secondaires (personnels de santé, magistrats, policiers) reçoivent un paquet de service adapté pour réduire la discrimination des PVVIH et des populations vulnérables	<b>Toutes les activités</b>	30 875 333
		<b>Produit 3.1.2</b> : d'ici 2023, les PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains		
		<b>Produit 3.1.3</b> : d'ici 2023, l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination		
	<b>Effet 3.2:</b> D'ici 2023, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social	<b>Produit 3.2.1</b> : d'ici 2023, 60% des PVVIH dans le besoin bénéficient d'un accompagnement psychosocial	<b>Toutes les activités</b>	2 900 559 694
		<b>Produit 3.2.2</b> : d'ici 2023, 60% des PVVIH indigents bénéficient d'un accompagnement socio-économique		

		<b>Produit 3.2.3 :</b> d'ici 2023, 60% des OEV identifiés reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur		
	Effet 3. 3 : D'ici 2023, 60% des PvVIH, des KPs et vulnérables bénéficient d'un accompagnement juridique	Produit 3. 3.1 : d'ici 2023, 60% des PvVIH des KPs et vulnérables bénéficient d'un accompagnement juridique	Toutes les activités	744 505

**Tableau 31: Analyse genre dans le budget du Programme VIH par Effet en 2022 (données en milliers de FCFA).**

Effets	Total effet	Total activités genre	Ratio	Sensible au Genre (0/1) après arbitrage MINEPAT - MINPROFF
<b>Effet 1.1 :</b> D'ici 2023, 80% des adolescent (e)s de 4 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH /SIDA	670 826 464	670 826 464	100%	1
<b>Effet 1.2 :</b> D'ici 2022, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée	2 685 741 582	2 685 741 582	100%	1
<b>Effet 1.3 :</b> d'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention	57 931 258	57 931 258	100%	1
Effet 1.4 : D'ici 2023, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	0	0	0%	0
<b>Effet 1.5 :</b> D'ici 2022, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	272 903 116	272 903 116	100%	1
Effet 1.6 : D'ici 2023, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des	0	0	0%	0

services de prévention et de soins pour leur prise en charge				
<b>Effet 2.1</b> : d'ici 2023, 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	3 936 014 969	3 936 014 969	100%	1
Effet 2.2 : D'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoit un traitement antirétroviral	31 045 613 421	31 045 613 421	100%	1
Effet 2.3 : d'ici 2023, 90% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois	0	0	0%	0
Effet 2.4 : D'ici 2023, 100% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	98 392 500	0	0%	0
<b>Effet 3.1</b> : D'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié	30 875 333	30 875 333	100%	1
<b>Effet 3.2</b> : D'ici 2022, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social	2 900 559 694	2 900 559 694	100%	1
Effet 3.3 : D'ici 2023, 60% des PvVIH, des KPs et vulnérables bénéficient d'un accompagnement juridique	744 505	744 505	100%	1
Effet 3.4 : d'ici 2023, 30% des prestataires clés (force de maintien de l'ordre, prestataires de santé, corps juridique) sont formés et informés sur les questions de stigmatisation et discrimination des PvVIH	0	0	0%	0
Effet 3.5 : d'ici 2023, 50% des prestataires de soins et APS ont les compétences renforcées en santé mentale	3 118 267	0	0%	0
Effet 4.1 : le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2023	652 231 231	0	0%	0
Effet 4.2 : toutes les	4 317 158 076	0	0%	0

ressources financières et humaines nécessaires sont mobilisés et utilisées de façon optimale				
Effet 4.3 : la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel	201 128 933	0	0%	0
Effet 4.4 : Les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont produites et utilisées pour la prise de décision	4 920 715 313	0	0%	0
Effet 4.5 : d'ici 2023, un système efficace et résilient d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré	24 390 794 428	0	0%	0
Total	76 184 749 090			

Commentaire :

- D'une manière générale, le Programme VIH intègre bien le genre dans son budget, notamment au niveau des résultats d'impact 1, 2 et 3.
- Des efforts s'imposent au niveau du résultat d'impact 4.
- les activités de certains résultats d'effets critiques n'intègrent pas totalement le genre, ou alors n'ont pas été budgétisées.

**IV.3. Principales réalisations et mesures prises pour la réduction des inégalités de genre dans les programmes budgétaires du MINSANTE**

Plusieurs initiatives tenant compte de l'approche genre ont été menées dans le cadre de ses programmes budgétaires. Ainsi, les actions du MINSANTE marquées comme genre sensible dans le budget **2022** sont condensées dans les tableaux ci-dessous. Lesdits tableaux présentent pour chacune d'elle le niveau de réalisation à novembre **2022**.

**Tableau 32 : Exécution des activités genre sensible dans le budget 2022 du MINSANTE**

Programme	Action	Réalisation	
		technique	Financière
<b>Programme 045 :</b> Prévention de la maladie	<b>Action 03</b> prévention de la transmission mère-enfant du VIH et sante maternelle, néonatale infantile des adolescents	Le taux de positivité des enfants exposés <b>4,23%</b> au niveau national ; Sur <b>426 896</b> FEC reçues en Consultation Prénatale (CPN) <b>411 653</b> ont été testées au VIH, soit <b>96,4%</b> . Une réalisation en hausse de <b>1,2</b> point par rapport au premier semestre <b>2021</b> ; Sur <b>8 850</b> femmes enceintes identifiées VIH+ dans le pays, <b>8 104</b> ont été mis sous TARV, soit <b>91,6%</b> . Une tendance à la hausse par rapport à <b>2021</b> où cette performance était de <b>89,2%</b> ; Plusieurs actions ont été menées en faveur de la	Budget révisé : <b>322 355</b> Ordonnancement : <b>46 603</b> taux d'exécution : <b>14,46%</b>

		prévention du VIH à savoir : l'acceptation du dépistage contre le VIH, l'adhérence au traitement pour les femmes enceintes et l'amélioration de la prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents. Par ailleurs, des efforts ont été fournis pour rendre disponibles les intrants de prise en charge notamment les ARV dans tous les centres de traitement agréés (CTA) et les unités de prise en charge (UPEC) .	
	<b>Action 04</b> prévention des maladies non transmissibles	Sur un total de <b>20 745</b> cancers recensés dans la population générale par Global Cancer <b>2020</b> , le cancer du sein représente <b>20,1%</b> , le cancer du col de l'utérus <b>13,4%</b> et le cancer de la prostate <b>10,6</b> . Par ailleurs, un dispositif de surveillance des cancers a été mis en place à travers la mise en réseau sur une interface numérique des laboratoires d'anatomopathologie et de cytopathologie ; La prévention contre les maladies non-transmissibles a été marquée par de nombreuses campagnes de dépistage des cancers, de l'hypertension, du diabète, etc, ainsi que l'élaboration en cours des lignes directrices nationales de prise en charge.	Budget révisé : <b>147 948</b> Ordonnancement : <b>95 515</b> taux d'exécution : <b>64,56%</b>
Programme 046 promotion de la santé et nutrition	Action 02 renforcement de la planification familiale et promotion de la sante de l'adolescent	7124 femmes supplémentaires utilisent une méthode contraceptive par rapport à 2021 et la disponibilité des produits contraceptifs a été assurée. Plusieurs actions de sensibilisation ont été réalisées pour encourager l'acceptation de la contraception ; La prévalence des grossesses chez les adolescents est de 20%. Cependant, plusieurs actions de sensibilisation ont été menées en faveur de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.	Budget révisé : 1 120 554 Ordonnancement : 39 954 taux d'exécution : 3,57%
	<b>Action 05</b> Promotion des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles	Le taux de malnutrition aigüe global chez les enfants de moins de <b>5</b> ans est de <b>4,75%</b> et le pourcentage des	Budget révisé : <b>68 681</b> Ordonnancement : <b>47 727</b> taux d'exécution : <b>69,49%</b>

		<p>nouveau-nés de faible poids à la naissance est de <b>3,78%</b> ;</p> <p><b>346 954</b> enfants de <b>6-59</b> mois ont été supplémentés en vitamine A au cours du premier semestre <b>2022</b> et <b>203 576</b> enfants malnutris de <b>6 à 23</b> mois ont été supplémentés en poudres de micronutriments ;</p> <p>La prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère dans les Régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord, du Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest a couvert <b>62 176</b> enfants de <b>0 à 59</b> mois dans les centres dédiés ;</p> <p><b>85 640</b> femmes enceintes ont reçu la <b>3ème</b> dose de Fer Acide Folique ;</p> <p>La rédaction de <b>03</b> textes d'application de la Loi cadre sur la Sécurité Sanitaire des Aliments : <b>(1)</b> Texte fixant les conditions de délivrance de l'autorisation de mise en consommation (AMC) ; <b>(2)</b> le texte fixant les modalités d'accréditation des laboratoires ; <b>(3)</b> le texte portant organisation et fonctionnement du Conseil national de Sécurité Sanitaire des Aliments.</p>	
Programme 048 prise en charge des cas	Action 01 mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent	<p>367 570 accouchements ont été enregistrés dans les formations sanitaires, pour un taux d'accouchements assistés par un personnel de santé de 56,5% et 69% des nouveau-nés ont reçu des soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance ;</p> <p>Un système de gestion des activités pour la surveillance des décès maternels et riposte, avec pour objectif de réduire la récurrence à moins de 140 décès pour 100 naissances vivantes est activé. 287 sur 469</p>	<p>Budget révisé : 19 345 096</p> <p>Ordonnancement : 5 729 803</p> <p>taux d'exécution : 29,62%</p>

		décès notifiés dans les Comités de revues de décès maternels, périnataux et néonataux soit 66,8% ont été revus ; 1 800 baby-box et 650 kits de dignité ont été acquis et distribués dans les Régions du Septentrion, de l'Est, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest pour inciter les femmes enceintes à accoucher dans les formations sanitaires et assister celles des zones d'insécurité.	
	Action 03 prise en charge du VIH/ SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales	21 millions de comprimés ont été distribués pour un taux de succès thérapeutique de 87% ; 73,8% de femmes vues en CPN ont été dépistées contre la syphilis et 42% sont prise en charge ; Plus de 2 500 formations sanitaires publiques et privées assurent le suivi et la prise en charge des patients atteints de VIH dans le cadre de l'exemption de frais (user fees) ; Le prix de l'interféron, principal médicament pour la prise en charge des hépatites virales a été réduit de 60%, passant de 25 000 à 10 000 FCFA.	Budget révisé : 17 269 691 Ordonnancement : 5 071 707 taux d'exécution : 29,37%
	Action 04 prise en charge du paludisme	Le taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 05 ans est de 24,6%. 55% des enfants de moins de 05 ans (191 097) ont bénéficié du traitement gratuit contre le paludisme simple et 47% (141 468) contre le paludisme grave; 491 218 cas de paludisme confirmés ont reçu un traitement antipaludique de première intention sur 711 070 enregistrés soit 69,1%, pour une cible de	Budget révisé : 55 204 Ordonnancement : 40 204 taux d'exécution : 72,83%



		87,9%. 1 103 892 tests parasitologiques ont été réalisés sur 1 151 070 cas suspects de paludisme soit 95,9% ;	
Programme 049 gouvernance et pilotage stratégique du système de sante	Action 02 planification et programmation stratégique	35 activités spécifiques aux questions de genre ont été budgétisées pour un montant total de FCFA 41 464 204 représentant 19,49 % du budget 2023 du MINSANTE.	Budget révisé : 2 965 488 Ordonnancement : 1 749 450 taux d'exécution : 58,99%
	Action 11 gestion budgétaire et financière		Budget révisé : 937 048 Ordonnancement : 248 568 taux d'exécution : 26,53%

### Conclusions :

Au cours de l'exercice 2022 , la prise en compte du genre dans le Sous-Secteur de la santé s'est appuyée essentiellement sur neuf actions dans les programmes 045, 046, 048, et 049. Un montant total de 42.232.065.000 FCFA a été mobilisé contre 13 069.531.000 FCFA effectivement utilisés soit un taux d'exécution moyen de 31% avec des variations allant de 3,57% à 72,83 % entre actions. C'est dire que l'un des enjeux majeurs en matière de Budgétisation sensible au Genre tant au MINSANTE que dans d'autres départements ministériels consiste à traquer le budget genre non seulement au niveau de la planification, mais aussi et surtout au niveau de l'exécution budgétaires. Pour le moment, le Cameroun fait déjà des efforts en ce qui concerne la prise en compte du genre dans la préparation du budget. Cet effort mérite d'être étendu au niveau du suivi de l'exécution budgétaire et au niveau de la préparation des Rapports Annuels de Performance.

## **CHAPITRE V : FORCES ET FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES (FFOM) QUANT A LA PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS LES BUDGETS DU MINSANTE ET DES TROIS PROGRAMMES PHARES**

La mission initiale de diagnostic conduite par AFRITAC-Centre pour l'opérationnalisation globale de la BSG au Cameroun a permis de mettre en exergue de nombreux points faibles dans la mise en œuvre de ses nombreuses opérations budgétaires. Il est évident que les points faibles devraient constituer le focus principal de la présente analyse. Toutefois, le présent travail se doit de considérer les aspects positifs, les opportunités et les menaces en vue d'adapter les stratégies et interventions du MINSANTE au contexte socio-politique du pays. Par la suite, il sera question de décrypter les principales causes des insuffisances dans la perspective de proposer des solutions pour une prise en compte effective et efficace de la démarche BSG au sein de ce Département ministériel y compris dans ses principaux programmes.

### **V.1. Analyse des forces et faiblesses, opportunités et menaces dans la prise en compte du genre dans les budgets du MINSANTE**

#### **FORCES :**

- le gouvernement a fait preuve d'un fort engagement en faveur de la BSG au Cameroun il s'agit notamment de la loi n° 2018/012 du 11 juillet 2018 portant Régime Financier de l'Etat et des autres entités publiques, la loi n°2018/011 du 11 juillet 2018 portant code de bonne transparence et de bonne conduite dans la gestion des finances publiques au Cameroun. La prise en compte du volet genre d'une année à l'autre dans la circulaire présidentielle relative à la préparation du budget de l'Etat ,la lettre de cadrage du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, l'examen de la prise en compte significative du genre dans le cadre du débat d'orientation budgétaire, la Circulaire du MINFI portant Instructions relatives à l'Exécution des Loi des Finances, au Suivi et au Contrôle de l'Exécution du Budget de l'Etat et des autres Entités publiques. par le MINFI pour expliquer en détail les orientations présidentielles ;
- la Politique Nationale du Genre à travers le respect des engagements du Plan d'action multisectoriel ainsi que le développement des outils de la BSG ;
- Mise en place d'un groupe de travail temporaire sur la BSG lors de la préparation du budget du MINSANTE ;
- Accompagnement des membres du groupe de travail sur la BSG à travers des formations et appui techniques afin que ceux-ci exercent leur mandat avec efficacité ;
- Prise en compte effective de la dimension genre dans certains programmes budgétaires du MINSANTE ;
- Appui des PTF's notamment en matière de BSG pour accompagner les administrations dans leur intégration dans les CDMT ;
- Utilisation des programmes et actions construits sous le prisme du genre comme plaidoyer pour l'allocation des ressources budgétaires ;
- Evolution progressive des programmes et budgets du MINSANTE en faveur de l'égalité de genre ;
- Synergie de travail avec le MINFI, le MINEPAT et le MINPROFF pour la prise en compte du genre dans le processus budgétaire ;

- Engagement à suivre et à rendre compte des résultats obtenus en matière d'égalité entre les femmes et les hommes lors de la phase d'évaluation pour les programmes.

#### **FAIBLESSES :**

- Le cadre formel de pilotage de la BSG n'est pas mis en place ;
- Multiplicité de textes normatifs qui n'intègrent pas suffisamment la perspective genre
- Le Point Focal Genre n'est pas suffisamment intégré dans la chaîne PPBS du Ministère ;
- Faible intérêt des responsables de programmes vis à vis des questions de genre ;
- Faible prise en compte du genre au niveau du Cadre Stratégique de Performance du Ministère, ce qui influe sur les programmes budgétaires ;
- Insuffisance d'indicateurs sexodésagrégés, notamment dans les domaines autres que la santé maternelle y compris les baselines et les cibles associées ;
- Certains programmes sont construits autour de l'offre de services en termes d'infrastructures et n'intègrent pas le volet accès ;
- Faibles capacités des responsables de programmes et contrôleurs de gestion en matière de genre et de BSG ;
- Faibles allocations budgétaires pour les activités genre ;
- Disparités entre les programmes dans la prise en compte du genre dans la logique programmatique basée sur la performance. Une harmonisation est nécessaire ;
- Absence d'une analyse Genre Sectorielle au MINSANTE ;
- Faible capacité des membres du groupe de travail pour influencer les aspects budgétaires ;
- Nécessité de mettre en place une approche de conduite de changement pour consolider la BSG et intégrer progressivement les autres programmes ;
- Compréhension variable des concepts relatifs au genre
- Méconnaissance des problématiques genre et des principaux enjeux au niveau sectoriel en l'absence.....;
- Absence d'informations sur le genre dans certains travaux ;
- Faible implication de certains acteurs clés dans la démarche BSG ;
- Manque de synchronisation entre les responsables de programmes autour le BSG ;
- Faible expertise en genre au sein du Département ;
- Faible fléchage des activités genre et des budgets conséquents dans le système d'information budgétaire ;
- Faible intégration des questions de genre dans le dialogue de gestion ;
- Insuffisance harmonisation des instruments de planification, notamment au niveau des programmes TB, Palu et VIH ;
- Turn over du personnel formé qui induit un redéploiement, de nouveaux besoins en formation et impose un recul dans les gains obtenus ;
- Début tardif des activités de BSG par rapport au cycle budgétaire 2022 et 2023.

#### **OPPORTUNITES :**

- Disponibilité de l'appui technique d'AFRITAC-CENTRE, du MINPROFF, du MINFI, du MINEPAT, de la GIZ et ONU Femmes ;
- Volonté politique au plus haut niveau à appliquer la BSG ;
- Engagement du gouvernement (MINFI/ DPB) pour supporter la BSG ;

- Disponibilité de ressources humaines (quoique insuffisantes) motivées et qualifiées pour implémenter la BSG au sein du Département ;
- Disponibilité d'outils pour appliquer la BSG ;
- Forte adhésion et mobilisation de l'ensemble des acteurs combinés à un portage par le MINFI/DGB et une collaboration étroite avec le MINEPAT et le MINPROFF ;
- Une meilleure prise en compte du prisme du genre au niveau des conférences budgétaires et de performance traduite par une considération des besoins spécifiques des Femmes et filles/Hommes et garçons dans la planification et la programmation de diverses administrations (CDMT initiaux vs CDMT ajustés).
- Amélioration de la disponibilité et la qualité des statistiques sexo-désagrégées.

## **MENACES :**

- Instabilité et les troubles sociaux (crise sécuritaire) dans les régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest, de l'Est et de l'Extrême-Nord ;
- Résistance aux questions d'égalité hommes-femmes, filles-garçons ;
- Persistance des habitudes et pesanteurs socio-culturelles non favorables à la promotion de la femme ;
- Faible appropriation de la notion de budget-programme et des approches axées sur les résultats ;
- Absence des données sexo désagrégées pour alimenter les valeurs de référence et les cibles
- Mise à l'écart d'une bonne frange de la population vulnérable
- Insuffisance des ressources, si bien que les arbitrages budgétaires sont souvent en défaveur des activités genre.

## **V.2. Analyse des faiblesses et insuffisances dans la prise en compte du genre dans les programmes et budgets du MINSANTE**

- **Cadre formel de pilotage de la BSG pas mis en place**

L'une des principales recommandations de l'AFRITAC-CENTRE pour l'implémentation de la BSG au Cameroun était que les départements sectoriels désignent chacun un point focal BSG dans les unités en charge soit de la planification, soit du budget afin de coordonner les travaux liés à cette approche lors de la préparation et du suivi de la mise en œuvre du budget. Cette exigence n'est pas encore accomplie au MINSANTE. Certes un groupe de travail a été mis en place lors de la préparation du budget 2023. Il sera donc question de formaliser cette structure qui sera chapeauté sous la coordination centrale du Secrétaire General en liaison avec le point focal genre. Tout de même, il sera question en même temps de bien définir les rôles des uns et des autres pour éviter des chevauchements, des doubles emplois et des confusions dans leurs attributions respectives. L'idée serait d'aller vers la mise en place d'une équipe focale qui réunirait en son sein la coordination centrale, les responsables de programmes, les contrôleurs de gestion, les deux points focaux genre (BSG et Genre).

- **Multiplicité de textes normatifs qui n'intègrent pas suffisamment la perspective genre**

Comme il a été signalé plus haut, le cadre normatif global du MINSANTE comporte plusieurs lacunes en termes de multiplicité de textes. Mais en plus, lesdits textes sont pour la plupart neutres vis à vis du genre, c'est-à-dire qu'ils sont de portée générale,

impersonnels et n'adressent pas les problématiques de réduction des inégalités. Dans un contexte de mise en place de la Couverture santé Universelle, l'édiction d'un texte sur l'égalité et l'équité des genres quant à l'accès aux services de santé apparaît comme une nécessité impériale. Sa mise en œuvre par contre peut être progressive au regard des ressources disponibles. Une autre option, serait de revoir et actualiser les textes actuels afin de les adapter au nouveau contexte.

Plusieurs raisons expliquent l'inadaptabilité de ces textes notamment la non prise en compte des interventions des administrations apparentées aux interventions de santé liées au genre, un réel turn over dans l'accompagnement par les OSC dans la procédure d'élaboration des textes réglementaires au MINSANTE. Depuis 2022, il y a une réelle prise en compte des OSC dans le cadre d'élaboration des textes réglementaires.

- **Faible intérêt des responsables de programmes vis à vis des questions de genre**

L'on a pu noter au cours des entretiens, un faible intérêt des responsables du MINSANTE vis-à-vis des questions de genre. Certes, la dimension genre est reflétée dans certains programmes, mais cela est fait de façon mécanique du fait que ceux-ci accordent une attention spéciale à la santé maternelle et aux femmes enceintes en général. En effet, il existe une confusion dans la compréhension même de la notion de genre qui parfois frise le rejet à cause soit des lois nationales contre l'homosexualité, soit des us et des coutumes qui pour la plupart sont fondées sur le patriarcat et la virilocalité. Plus encore, ce faible intérêt se manifeste lors de la préparation du budget puisque les responsables de programmes et certains contrôleurs de gestion ne participent pas aux formations proposées et parfois, ne prennent pas en compte les recommandations issues de ces formations. A date, une seule formation a été initiée à Nkolandom, qui a vu la participation de certains responsables de programme, des responsables d'action, référents et contrôleurs de gestion. La principale raison est dans la faible tenue des réunions stratégiques au sein du MINSANTE.

De plus il faut relever qu'entre 2021 et 2023, un important turn over au sein des programmes budgétaires du MINSANTE

Les cadres qui participent aux formations ne disposent pas toujours de marges de manœuvre pour influencer la prise de décision. L'impression qui en découle est qu'on les embête avec ces questions de genre. A titre d'exemples, lors des arbitrages budgétaires, les activités genre sont souvent considérées comme superflues et enlevées. Egalement, certains programmes inscrivent des activités genre et y affectent un budget dérisoire lorsqu'elles ne sont pas purement et simplement rayées.

- **Faible prise en compte du genre au niveau du Cadre Stratégique de Performance du Ministère, ce qui influe sur les programmes budgétaires**

Théoriquement, les cadres stratégiques de performance sont alignées sur la durée de la SND 30, mais s'ils peuvent connaître des révisions. Les documents budgétaires sont arrimés sur les CSP en ce sens que le cadre logique du CSP est repris au niveau du CDMT et du PPA pour la programmation triennale ou annuelle. Avec la tenue du Comité Interministériel d'Examen des Programmes (CIEP) en 2022, les CSP ont été adoptés et ne sont pas susceptibles de révision avant la prochaine session. L'analyse du CSP du MINSANTE montre que les aspects de genre sont partiellement pris en compte. Non seulement il existe une faible analyse de situation sous le prisme genre, mais également la plupart des objectifs de programmes et actions, et les indicateurs ne sont pas orientés vers le genre. Automatiquement, il devient impossible de revoir les éléments de la chaîne de résultats pour les rendre genre sensibles. Aussi, un travail assidu a été fait au niveau des activités et leurs

extrants, et des tâches pour intégrer le genre dans les programmes budgétaires. Ce travail devrait commencer en 2022 à partir de la revue des activités qui est la première étape du processus budgétaire et s'est poursuivi en 2023.

- **Insuffisance d'indicateurs sexodésagrégés, notamment dans les domaines autres que la santé maternelle y compris les baselines et les cibles associées**

L'une des difficultés rencontrées au niveau du dispositif de suivi-évaluation est la définition des indicateurs sexodésagrégés. En fait les indicateurs sont pour la plupart neutres (en dehors des indicateurs de santé maternelle ou encore de PTME) et ne permettent pas de suivre l'évolution par genres des programmes. Il en est de même des données de référence et des cibles. L'une des raisons évoquées par les structures en charge du suivi et de l'évaluation est l'absence de données de référence.

Afin d'améliorer les insuffisances relevées plus haut, il serait opportun d'intégrer les points focaux BSG et Genre dans le groupe de travail interministériel chargé de revisiter les indicateurs des programmes budgétaires.

- **Certains programmes sont construits autour de l'offre de services en termes d'infrastructures et n'intègrent pas le volet accès**

Une autre faiblesse constatée se situe au niveau du rapport offre et demande de services de santé. Certains programmes sont plus orientés vers de l'offre de services en termes de construction de formations sanitaires, d'amélioration du plateau technique ou encore de formation. Si ces variables sont sans doute importantes, un effort devrait également être fait au niveau d'amélioration de l'accès à ces services par les populations et surtout par les groupes vulnérables. En effet, le principe de LNOB (Leave No One Behind) exige que les interventions devraient toucher toutes les populations et notamment les groupes vulnérables. La dimension genre est essentiellement adossée sur ce principe car l'enjeu ici est de s'assurer que les femmes et les hommes, les filles et garçons ont un accès équitable aux services fournis. Autant il est difficile d'apprécier le genre dans un plateau technique, autant il est facile de mesurer le nombre d'hommes et de femmes qui y accèdent.

- **Faibles capacités des responsables de programmes et contrôleurs de gestion en matière de genre et de BSG**

Les entretiens avec les responsables des programmes au niveau du MINSANTE et au niveau des programmes palu, TB et VIH ont pu noter la nécessité de renforcer les capacités en genre et sur l'approche BSG. Comme souligné plus haut, cette notion n'est pas bien cernée par ceux-ci, encore moins ses enjeux et son importance. Quelques contrôleurs de gestion ont participé aux formations organisées par le MINPROFF, le MINFI, ONU Femmes et la GIZ. Il est question que le MINSANTE, même assure un leadership dans ce domaine en inscrivant des sessions de formation sur cette thématique dans le programme support.

- **Faibles allocations budgétaires pour les activités genre**

La Budgétisation sensible au Genre repose essentiellement sur le montant des allocations budgétaires. Selon les critères du marqueur genre, le montant ou la somme des activités et tâches genre devrait constituer au moins 5% du budget du programme, hormis les salaires. Très souvent ce n'est pas le cas. Soit on inscrit les activités genre dans le CDMT et les budgets sont rephasés chaque année, soit on inscrit de faibles allocations pour la forme. La conséquence est que les montants affectés ne permettent souvent de réaliser les activités programmées et par là de réduire les problèmes d'inégalités.

- **Disparités entre les programmes dans la prise en compte du genre dans la logique programmatique basée sur la performance.**

Si la caractérisation des programmes budgétaires ne pose pas de problème, puisqu'elle est la même pour toutes les administrations, il n'est pas pour les grands programmes du

département que sont le Palu, le programme TB et le programme VIH. En effet, les cadres de résultats sont construits différemment et ne sont pas toujours adossés sur la construction des programmes au niveau national. Ceci pourrait être dû aux exigences des partenaires qui financent lesdits programmes. Cette pratique a un double handicap. D'une part, elle ne permet pas de bien faire un alignement programmatique avec les programmes budgétaires ou encore d'autres documents-cadres comme la SND 30 et la Politique Nationale Genre. D'autre part, elle n'est souvent axée sur les résultats et ne permet pas de mesurer les changements opérés auprès des populations, selon les exigences de la GAR. Une harmonisation des modes de planification est nécessaire.

- **Absence d'une analyse Genre Sectorielle au MINSANTE**

La prise en compte du genre dans les programmes et budgets au MINSANTE ne pourrait être effective que si ce département dispose d'une analyse genre sectorielle. En effet, l'institutionnalisation du genre commence par l'identification des problèmes de genre, qui pas la suite seront corrigés dans les interventions à travers les instruments programmatiques et budgétaires. Ceci signifie que si les problématiques de genre ne sont pas décelées, on navigue à vue. Le point de départ de la BSG passe donc par la conduite d'un tel exercice.

- **Nécessité de mettre en place une approche de conduite de changement pour consolider la BSG et intégrer progressivement les autres programmes**

L'approche BSG repose sur la Gestion axée sur les résultats qui elle-même repose sur la notion de changement. Le changement devrait se situer dans les mentalités, les pratiques et usages. Il s'agit de faire autrement. Or ce n'est toujours le cas, puisque plusieurs responsables pensent qu'on les dérange avec de nouvelles théories et approches ou encore « les choses importées ». Du fait que la notion de genre est une exigence internationale, le Cameroun ne saurait s'en départir puisque des indicateurs genre sont suivis au niveau mondial. Comme dit plus haut, la logique de changement devrait aussi être reflétée au niveau de la vie quotidienne des bénéficiaires finaux des interventions. L'efficacité d'une intervention ou encore la performance ne se situera plus sur le nombre d'activités réalisées, mais sur la satisfaction des besoins des populations.

- **Compréhension variable des concepts relatifs au genre**

Comme dans plusieurs ministères, la notion de genre n'est pas encore bien cernée au MINSANTE. Pour certains, elle est comprise dans son acception extensive qui englobe les personnes handicapées, les populations autochtones, les enfants, personnes du troisième Age et autres catégories vulnérables. Pour d'autres, elle renvoie à la notion de LGBT. Pour certains encore, elle est assimilée à femme. Cette compréhension variable influence également la qualité des programmes. Une nécessité de renforcement des capacités s'impose à cet effet.

- **Absence d'informations sur le genre dans certains travaux**

Plusieurs travaux disponibles n'intègrent pas la question de genre. Aussi, l'on a pu noter l'absence d'informations sur les hommes et les femmes. Pourtant, ces informations sont collectées et sont disponibles selon les responsables de la DROS.

- **Faible fléchage des activités genre et des budgets conséquents dans le système d'information budgétaire**

Le budget étant la traduction chiffrée des programmes, actions et activités, les responsables du ministère en charge du fléchage des activités éprouvent souvent d'énormes difficultés à flécher les activités genre dans le système de gestion budgétaire PROBMIS. Cette situation est due à l'instabilité dudit système, au manque de formation

des utilisateurs et au fait que les services en charge du budget ne sont pas souvent au faite des processus BSG conduits au sein du ministère.

- **Faible intégration des questions de genre dans le dialogue de gestion**

Le MINSANTE présente un manque de synchronisation entre les responsables de programmes autour le BSG. Le dialogue de gestion étant un outil important du pilotage de la performance, il constitue à cet effet un cadre idoine pour les échanges et discussions sur les questions de genre.

- **Insuffisance harmonisation des instruments de planification, notamment au niveau des programmes TB, Palu et VIH**

Les programmes TB, Palu et VIH sont les trois principaux programmes du Ministère de la Santé qui bénéficient outre les ressources internes, mais également de l'appui de nombreux partenaires.

D'une part, il est loisible de constater que les cadres logiques de ces programmes ont été construits sous des formats différents. L'impression qui en ressort que les modes et instruments de planification sont dictés par les bailleurs selon leurs procédures. D'autre part, que les trois programmes ne sont pas alignés sur la caractérisation des programmes adoptée au niveau national. Tout ceci rend difficile l'alignement des dits programmes aux programmes budgétaires et d'autre part, le suivi desdits programmes en lien avec les orientations nationales de la politique de santé au Cameroun.

. Seul le Programme VIH a bâti son cadre logique selon une approche axée sur les résultats, ce qui permet de percevoir les changements produits par les interventions auprès des populations bénéficiaires.

- **Turn over du personnel formé qui induit un redéploiement, de nouveaux besoins en formation et impose un recul dans les gains obtenus**

Pour le moment, le mécanisme BSG du MINSANTE n'est pas encore formalisé. Le MINSANTE dispose d'un Point Focal Genre et d'un Point Focal BSG nommés. Mais au regard de la mobilité des personnels de la fonction publique, ces personnels ayant bénéficié de formations peut être amené à être déployé dans d'autres services ou localités. La conséquence est que les efforts déployés pour enraciner la BSG se trouvent annihilés. Aussi, il serait nécessaire de mettre en place une équipe focale pour anticiper à cet éventuel handicap.

- **Début tardif des activités de BSG par rapport au cycle budgétaire 2022 et 2023**

Bien que les circulaires présidentielles relatives à la préparation du budget de l'Etat soient disponibles en aout de chaque année, le cycle budgétaire commence au mois de Janvier. En 2022 et 2023, les activités sur la BSG ont commencé assez tardivement, notamment aux mois d'Avril/Mai avec l'élaboration des CDMT initiaux. Ce processus intervient souvent très tard puisque la préparation du budget démarre avec la revue des activités, qui permet d'identifier les activités devant être inscrites dans les CDMT. Aussi, le processus BSG au MINSANTE devrait démarrer avec la revue des activités.



## **CHAPITRE VI : PROPOSITIONS POUR UN MEILLEUR ANCRAGE DE LA PERSPECTIVE GENRE DANS LES BUDGETS DU MINSANTE ET DES TROIS PROGRAMMES CIBLES AVEC UN FOCUS SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE**

Ce chapitre rend compte des propositions émises au cours des interviews pour améliorer la prise en compte du genre dans les budgets du MINSANTE, ainsi que des orientations issues de l'analyse des documents budgétaires de ce département. Aussi, présente-t-il d'une part les principales recommandations en vue d'améliorer la BSG au MINSANTE et dans ses grands programmes ; d'autre part les perspectives pour la prise en compte de la dimension genre dans le Couverture Santé Universelle.

### **VI.1. Recommandations opérationnelles pour l'application effective et efficace de la démarche BSG au MINSANTE**

L'analyse de la Budgétisation Sensible au Genre dans le budget 2023 du MINSANTE a permis de mettre en exergue l'existence d'un contexte particulièrement dynamique pour l'institutionnalisation de la démarche BSG au Cameroun, d'évaluer les capacités et les processus actuels, d'identifier les faiblesses ainsi que les obstacles d'expérimentation de la BSG au sein dudit département.

Il convient de relever que de grands efforts ont été réalisés au niveau de la prise en compte du genre dans les programmes budgétaires du MINSANTE. Des courants contraires semblent pourtant entraver ce processus, notamment au niveau de certains programmes et, notamment en ce qui concerne le Programme Paludisme et le Programme Tuberculose. D'une manière générale, l'appropriation sectorielle de la BSG n'est pas tout à fait acquise. Les activités genre sont encore sous-budgétisées lorsqu'elles existent et les données désagrégées selon le genre font encore défaut. L'explication tient au faible enracinement de la notion même de genre au sein de ce ministère.

Fort de ce constat, les principales recommandations sont les suivantes :

#### **Pour le MINSANTE :**

- Organiser une session annuelle d'imprégnation et d'appropriation des responsables de programmes et contrôleurs de gestion sur la Politique Nationale Genre, les sections genres des circulaires présidentielles et sur la circulaire du MINFI relatives à la Budgétisation sensible au Genre ;
- Créer un comité BSG au MINSANTE présidé par le Secrétaire Général, et intégrant les responsables de programmes, les contrôleurs de gestion et les points focaux genre et BSG;
- Organiser des sessions de renforcement des capacités des responsables de programmes et contrôleurs de gestion sur la Budgétisation Sensible au Genre ;
- Solliciter l'appui technique du MINPROFF pour le renforcement des capacités sur la BSG en début de préparation du budget ;
- Adopter un texte fixant le taux des activités genre à 5% au sein des programmes ;
- Améliorer la production du RAP afin de mettre en lumière les activités genre réalisées au cours de l'année N-1, y compris des indicateurs associés ;
- Prendre en compte de manière effective la dimension genre dans les programmes budgétaires et doter les activités genre fléchées d'un montant budgétaire conséquent

(Les activités genre à l'intérieur d'un programme doivent constituer au moins 5% du budget du programme hormis les salaires et budgets transférés) ;

- Solliciter l'appui technique et financier des partenaires ONU Femmes et GIZ pour une meilleure prise en compte du genre dans les programmes ;
- Revoir et actualiser les textes normatifs sur la santé et y intégrer les aspects genre ;
- Intégrer la dimension genre dans les documents programmatiques du MINSANTE (notamment lors de la révision de la SSS et du PNDS) ;
- Revoir la structure des programmes actions, lors de la révision du CSP du MINSANTE afin d'y intégrer les aspects genre ;
- Revoir le dispositif de suivi-évaluation des programmes en élaborant des d'indicateurs sexodésagrégés, y compris les baselines et les cibles associées ;
- Ajouter dans le dispositif de suivi-évaluation, des indicateurs qui mesurent l'accès des populations aux services de santé ;
- Conduire une analyse Genre Sectorielle au MINSANTE ;
- Elaborer un guide de bonnes pratiques sur la BSG au MINSANTE permettant de disposer d'un instrument d'orientation des intervenants dans ce domaine ;
- Améliorer le fléchage des activités genre et des budgets conséquents dans le système d'information budgétaire ;
- Instaurer la thématique de genre dans le dialogue de gestion ;
- Doter des ressources suffisantes pour la conduite des activités de formation sur le genre et la BSG ;
- Accentuer la sensibilisation sur le genre auprès des acteurs du dialogue de gestion en général et en particulier auprès de ceux de la chaîne de préparation du budget ;
- Identifier dans chaque programme un responsable qui s'assurera de la prise en compte du genre dans le cadre du dialogue de gestion ;
- Formaliser une circulaire ministérielle instruisant à chaque structure de produire dans tout rapport, les données sexo-désagrégées.

#### **Pour les trois grands programmes du MINSANTE (TB, Palu et VIH) :**

- Revoir le cadre logique des programmes TB et Palu afin de le présenter sous un format axé sur les résultats ;
- Harmoniser les instruments de planification des programmes TB, Palu et VIH ;
- Outre les femmes enceintes, étendre les interventions Relatives à la TB, Palu et VIH à l'endroit des autres femmes (femmes pauvres, handicapées, déplacées internes, 3<sup>e</sup> Age, autochtones...) et hommes des catégories vulnérables ;
- Améliorer la prise en compte du genre dans les piliers et composantes -programmes ;
- Désigner un point focal genre au sein de chacun des programmes ;
- Intégrer les variables sur le sexe lors de l'analyse genre de la situation du paludisme, et de la Tuberculose ;
- Présenter les activités planifiées et réalisées selon la logique axée sur les résultats ;
- Présenter les indicateurs ventilées par sexe dans tous les programmes afin de mesurer les progrès vis à vis des hommes et des femmes ;
- Rendre visibles les activités genre desdits programmes (réduction des inégalités hommes/femmes) et allouer un budget conséquent ;
- Organiser des sessions de renforcement des capacités des responsables de programmes et contrôleurs de gestion sur la Budgétisation Sensible au Genre ;

- Solliciter l'appui technique du MINPROFF pour le renforcement des capacités sur la BSG en début de préparation du budget ;
- Améliorer la production du RAP afin de mettre en lumière les activités genre réalisées au cours de l'année N-1 y compris des indicateurs associés ;
- Prendre en compte de manière effective la dimension genre dans les programmes budgétaires et doter les activités genre fléchées d'un montant budgétaire conséquent (Les activités genre à l'intérieur d'un programme doivent constituer au moins 5% du budget du programme hormis les salaires) ;
- Intégrer les femmes en situation de vulnérabilité, de violences sexuelles et basées sur le genre et victimes de stigmatisations dans les interventions du programme VIH ;
- Intégrer le volet autonomisation économique des PVVIH dans le dispositif de la réponse.

## **VI.2. Perspectives genre pour la mise en œuvre de la Couverture santé Universelle**

Dans sa vision stratégique pour garantir un accès équitable aux soins de santé de qualité aux camerounais, le Gouvernement a initié un processus visant à doter le pays, à terme, d'un système de Couverture Santé Universelle qui sera applicable dès 2023. Dans son acception classique, la Couverture Santé Universelle (CSU) vise à ce que chacun puisse avoir accès aux services et produits de santé dont il a besoin sans impact financier intolérable. Elle renvoie ainsi à deux variables :

- rendre disponible des soins de santé de qualité sur toute l'étendue du territoire national ;
- organiser le financement de la demande de soins ou la protection sociale en santé afin que chaque individu puisse accéder aux soins de santé en cas de besoin, sans être confronté à des difficultés financières ou basculer dans la pauvreté en raison du coût des soins.

Fort de ces orientations, il est loisible de noter que la CSU est fondamentalement adossée sur la démarche d'inclusivité matérialisée par le principe de Leave No One Behind. C'est dire que la dimension genre est au cœur de la CSU puisqu'il s'agit à terme d'améliorer l'accès de toutes les composantes sociales aux services de santé sans discrimination. Aussi, le principal challenge pour cet agenda au Cameroun est le financement efficient et optimal de celui-ci.

Ainsi, le financement de la CSU nécessite une amélioration de la qualité des dépenses publiques parallèlement à une augmentation de la mobilisation des ressources tant publiques que privées. Si les obstacles à la réalisation de ces deux exigences sont levés, cela entraînera une transformation structurelle et accélérera les progrès vers la réalisation des objectifs de la SND 30 et partant des ODD. L'un des grands enjeux consiste donc à pouvoir dépenser plus efficacement - assurer la bonne intégration des opportunités / flux de financement avec les priorités nationales de développement en matière de santé.

Egalement, un accent particulier doit être mis sur le suivi des dépenses publiques dans les secteurs sociaux, avec l'initiative Équité pour le développement, afin de mieux estimer et corriger la perte de ressources et quantifier la part qui atteint effectivement les bénéficiaires finaux.

Il nous a aussi été rappelé dans les développements antérieurs qu'à bien des égards, les femmes sont plus impactées par la maladie plus que les hommes. C'est pourquoi garantir l'égalité entre hommes et femmes dans la gouvernance, la conception, le financement et la prestation des systèmes de santé est un volet fondamental des mesures pour renforcer la mise en place de la CSU. Pour y parvenir, les systèmes de santé doivent répondre aux besoins de santé relatifs au genre, notamment la santé et les droits sexuels et génésiques, tout au long de la vie. Il leur faut aussi s'attaquer aux normes et lois discriminatoires, ainsi qu'aux lacunes en matière d'information et de financement.

Dans cette optique, il sera question de s'attaquer aux déterminants sociaux et sexuels de la santé, comme les normes néfastes de genre et la discrimination entre hommes et femmes.

Il existe des évaluations de l'impact qui tiennent compte des différents groupes de population et du genre. Il est essentiel de comprendre le contexte local, les tendances et les services locaux, ainsi que les véritables besoins des populations, et de prendre en compte la perspective des femmes et des jeunes, de veiller à ce que les communautés défavorisées et marginalisées ne soient pas laissées pour compte.

En vue d'atteindre une CSU sensible au genre au Cameroun, les approches proposées doivent aller au-delà du secteur sanitaire ; le pays devra adopter une approche multisectorielle qui améliore l'infrastructure, l'éducation, l'agriculture, le bien-être social et d'autres domaines qui ont des impacts directs ou indirects sur la santé. Trois questions peuvent alimenter cette préoccupation :

**Qui est couvert ?** Certains segments de la population, tels que les femmes pauvres, les populations déplacées internes, les jeunes sans emploi, les personnes vulnérables ou les groupes autochtones peuvent être confrontés à de plus grands obstacles que d'autres en matière d'accès aux services de santé, mais ne sont pas assez inclus dans les efforts pour élargir l'accès aux services. De plus, les obstacles non-financiers à l'accès, tels que les normes socioculturelles qui limitent l'autonomie des femmes en matière de prise de décision sur la santé reproductive, la question de violence basée sur le genre doivent être surmontés afin de réduire les iniquités d'accès et faire en sorte que plus de femmes et leurs partenaires reçoivent des services de santé offerts.

**Quels services sont couverts ?** De nombreux prestataires de santé peuvent offrir un nombre limité de méthodes à cause d'un manque de fournitures, de fournisseurs mal formés et d'autres obstacles. Afin d'élargir les types de services de santé disponibles à un prix abordable, le financement pour la CSU, y compris la budgétisation du gouvernement pour la santé, les paniers de soins, le financement basé sur la performance et la contractualisation des prestataires privés, doit inclure la dimension genre.

**Quelle proportion des coûts est couverte ?** L'on peut adopter des produits de santé gratuits dans des centres publics, ce qui peut promouvoir l'accès à certains services de santé. Toutefois, certaines femmes peuvent ne pas être en mesure de payer les coûts associés à l'accès aux services de santé, tels que le transport ou les frais pour consulter un prestataire. Des initiatives telles que des programmes de bons d'achats pourraient aider à subventionner ces coûts. Des réformes de la CSU devraient aussi tenir compte des personnes qui ont la capacité et la volonté de payer des services de santé, ce qui permettra de consacrer les ressources financières limitées vers ceux qui en ont le plus besoin.

Pour ce faire, il faudra :

- Améliorer la production des données ventilées par sexe pour surveiller les progrès ainsi que les obstacles à l'accès aux services de soins de santé. Tant qu'il n'en sera pas ainsi, il sera difficile de suivre les paiements à la charge des patients et les soins non rémunérés au sein de la famille ;
- Concevoir un nouveau contrat social qui répond aux besoins des femmes et des filles ;
- Associer davantage de femmes à la prise de décision et à la définition des politiques de santé, et redéfinir une CSU inclusive ;
- Augmenter les populations couvertes (ex. la proportion de population ayant besoin d'un service qui y a accès) et les protéger du risque financier d'une manière qui promeut l'équité et optimise les débouchés sanitaires.

## CONCLUSION GENERALE

La mise en route de la Budgétisation Sensible au Genre est la manifestation concrète de la volonté politique et de l'engagement ferme du Gouvernement d'aborder, de façon sereine, la lutte pour l'égalité entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons, dans les secteurs de la vie culturelle, sociale et économique du Cameroun.

Au regard de la complexité des problèmes et des solutions à trouver face aux inégalités de genre, la BSG ne constitue pas en soi une panacée pour résoudre de façon définitive et totale, l'ensemble des problématiques genre. Elle permet cependant, d'une part de toucher du doigt et de rendre plus visible les rapports inégalitaires de sexe dans les dépenses publiques, leurs causes et leurs effets sur le genre et sur le développement et, d'autre part, d'envisager des solutions consensuelles réalistes et durables par des prises de mesures sociales, politiques, économiques et juridiques.

Le Ministère de la santé a jusqu'ici démontré tout son engagement à matérialiser ces orientations. Des efforts considérables sont notés au niveau de sa structure budgétaire. Cependant, plusieurs réformes systémiques s'imposent. La mise en œuvre diligente de la BSG au MINSANTE appelle à une forte mobilisation sociale, une synergie d'actions de tous les responsables de ce département à plusieurs niveaux, des ressources suffisantes, des comportements et habitudes porteuses du genre, des mécanismes et outils d'institutionnalisation, et un dispositif de suivi/ évaluation basé sur des indicateurs sexo-spécifiques. Tous ces paramètres devraient être soutenus par une réelle volonté politique permanente d'une part, et par le développement d'un partenariat avec les autres acteurs intervenant dans ce domaine, d'autre part.

## ANNEXES

### Annexe 1: Check list pour la Notation Genre des programmes budgétaires

N°	Programme	Critères de notation	Descriptif	Question	Réponse (Oui/Non)	Notation Oui=1 Non=0	Commentaires/ Observations
1		<b>Analyse de genre dans le sous-secteur</b>	<p>L'analyse de genre consiste à identifier de façon systématique les problèmes fondamentaux qui renforcent les inégalités de genre, dont la plupart sont également responsables du faible développement et contribuent aux résultats des actions de développement. Ce processus explore la façon dont les relations de pouvoir entre hommes et femmes entraînent la discrimination, la subordination et l'exclusion sociétale, y compris lorsqu'elles sont confrontées à d'autres types de marginalisation liées à l'âge, la classe sociale, l'appartenance ethnique, la caste, le handicap, le statut, la sexualité, etc.</p> <p>Systématiquement, il est demandé à toutes les administrations pilotes ciblées par la BSG de conduire cette analyse et dont les problèmes devraient clairement ressortir dans la stratégie du programme concerné. Par défaut, l'analyse des problématiques hommes-femmes dans la justification des programmes peuvent être considérés dans le cas où une analyse genre n'a pas encore été conduite par le ministère.</p> <p>Un ancrage doit être fait entre les programmes budgétaire et les programmes et actions de la Politique Nationale Genre.</p>	<p>Au moment de la formulation des programmes, l'état des lieux ou l'évaluation des besoins du sous-secteur prennent-ils en compte une analyse de la situation des hommes et des femmes, des filles et des garçons et cela est-il reflété dans les documents de programmation ?</p> <p>Un ancrage des programmes à la Politique Nationale Genre a-t-il été fait ?</p>			
2		<b>Intitulé du programme, actions, activités, tâches</b>	<p>L'on peut distinguer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Les actions, activités ou des tâches qui répondent aux besoins de tous. Il s'agit des services qui sont accessibles de façon sûre, et à tous les groupes ciblés (hommes et femmes) et/ou impactés et qui prennent des mesures pour répondre aux besoins ou lutter contre la discrimination de genre.</li> <li>-Les activités de genre spécifiques qui visent à</li> </ul>	<p>Les problèmes de genre (hommes et les femmes, les filles et les garçons) sont-ils clairement énoncés dans la formulation du programme, des</p>			

			renforcer l'égalité de genre (l'autonomisation, la structure, et les relations): Renforcer l'égalité de genre à travers des activités cherchant à faire évoluer les femmes dans les domaines suivants: autonomisation, évolution des relations et transformation des structures.	actions, activités et tâches? Si oui, identifiez les programmes, actions, activités et tâches genre sensibles			
3		<b>Objectifs du programme, des actions et activités</b>	La dimension genre doit clairement être reflétée dans la formulation des objectifs du programme, ou des actions et activités ; ou alors la formulation de ceux-ci est de nature à influencer les rapports entre les hommes et les femmes	Le programme y compris les actions et activités comporte-ils un ou des objectifs qui influencent d'une façon ou d'une autre la situation et les relations entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons ?			
4		<b>Indicateurs de suivi-évaluation</b>	Le système de suivi-évaluation doit être soutenu par des indicateurs de genre qui seront et analysés régulièrement pour comprendre comment les besoins, les risques, les limites et l'accès évoluent en fonction du sexe et de l'âge. Utiliser ces informations pour adapter la réponse aux besoins et aux capacités de chacun. On peut avoir : -Les indicateurs désagrégés par sexe / catégorie (Ce sont les indicateurs utilisés habituellement, mais que l'on décompose par sexe ou groupe d'intérêt). Ex : pour une formation, l'indicateur ne sera pas « nombre participants ayant bénéficié de la formation » mais plutôt « nombre d'hommes et nombre de femmes ayant bénéficié de la formation » -Les indicateurs spécifiques pour mesurer la réduction des inégalités de genre / l'amélioration de la situation (empowerment) du groupe marginalisé (femmes...) et l'amélioration de sa participation. Ex : Amélioration de la	Les données (Indicateurs, références, cibles) pour contrôler le niveau d'atteinte des objectifs du programme, des actions ou des activités sont-elles ventilées par sexe et âge?			



			mobilité des femmes, participation des femmes à la prise de décision dans le cadre du comité de gestion de l'eau, nombre de femmes au sein d'une association ou d'une coopérative...				
<b>5</b>		<b>Budget</b>	<p>Le budget est essentiellement constitué des moyens financiers mobilisés pour soutenir le programme. Il est la somme des budgets affectés aux activités et tâches. Un standard d'au moins 5% est fixé ici pour évaluer la sensibilité genre du budget dans un programme.</p> <p>Ce critère est très important puisqu'il permet d'apporter la coloration budgétaire au programme. Très souvent, on a des programmes qui prévoient des actions et activités genre qui cependant, ne sont pas budgétisées ou sont sous-budgétisées.</p> <p>Le budget ici se fait par comptage des activités ou tâches genre et la sommation de leurs montants. L'avantage de cette option est que le montant affiché est exact pour donner de la crédibilité à la démarche.</p>	<p>La part de budget consacré pour la réduction des inégalités hommes/femmes dans le programme, est-elle au-delà ou en deçà de 5%? (la réponse doit être soutenue par l'identification des activités genre sensibles) et leurs montants éventuels (Voir infra).</p>			
		<b>Total Notation</b>				<b>5 points</b>	

## **Annexe 2 : Listes des personnes consultées**

### **Programme 045 :**

**Responsable de programme :** Dr Ebongo Zacheus

**Contrôleur de Gestion :** Nsame Njone Thierry Marcel

### **Programme 046**

**Responsable de programme :** Dr Hasssan Ben Bachire

**Contrôleur de Gestion :** Omoga Omer

### **Programme 047**

**Responsable de programme :** Pr Sobgwi Eugène

**Contrôleur de Gestion :** Aissatou Adda Garou Ep Boubakary

### **Programme 048 :**

**Responsable de programme :** Dr Etoundi Mballa Alain Georges

**Contrôleur de Gestion :** Bokamba Danielle Ep Bakenegue

### **Programme 049**

**Responsable de programme :** Pr Njock Louis Richard

**Contrôleur de Gestion :** Ndjima Ekango Joachim

**Coordonnateur du Contrôle de Gestion :** Yopndoi Charles

**Point focal Genre MINSANTE :** M. Moluh Ngouloure Inoussa

### **Autres responsables :**

Bisseck Anne Cécile : Division de la Recherche Opérationnelles en Santé

Dr Fezeu Maurice : Cellule des Informations Sanitaires

M. Pazimi Gake : Direction des Ressources Financières et du Patrimoine

Mme Yayou bertine : Direction des Ressources Financières et du Patrimoine

## Annexe 3 : Références bibliographiques

### 1. Etudes et enquêtes

- INS, Enquête Complémentaire- Enquête Camerounaise auprès des Ménages IV, 2016, Edition 2018
- République du Cameroun, Multiple Indicators Cluster Sample (MICS) V, 2014
- BUCREP, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1987
- BUCREP, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2005
- MINPROFF, Rapport analyse situationnelle, Processus de révision de la PNG, 2020
- République du Cameroun, Enquête Démographique et de Santé (EDSC) V, 2018
- PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2019
- République du Cameroun, Rapport de l'Etat du Cameroun au titre du 25e anniversaire du programme et de la plateforme d'action de Beijing (2014-2019)
- BUCREP, Rapport national sur l'état de la population, 2014.
- BUCREP, Rapport national sur l'état de la population, 2011
- INS, Rapports thématiques, 2016 : Partie II Etat de l'industrie camerounaise
- INS, recensement Général des Entreprises 1, 2009.
- INS, recensement Général des Entreprises 2, 2016.
- Francisca Moto, National Women's machinery and the challenges faced by gender focal points in mainstreaming gender within the Cameroon public service, Mémoire UYI, 2012/2013.
- MINADER, Aperçu de l'impact des filières agricoles sur les indicateurs macroéconomiques, février 2010.
- INS, Deuxième enquête sur l'emploi et le secteur informel, Rapport de synthèse.
- INS, Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM) IV, 2014.
- CNPS, Annuaire statistique 2018
- Justine Diffo, Genre, leadership et participation politique au Cameroun (1931-2013), 2014.
- MINPROFF, Palmarès genre des administrations publiques, élargi aux organismes publics et parapublics 2019
- FEICOM, Les cahiers de l'Observatoire, Observatoire du Développement Local (ODL) Gilbert Biwolé, Juillet 2020
- Delphine Brun (GENCAP), Données sur l'égalité des sexes au Cameroun, 17 Octobre 2019.
- Groupe de travail VBG Cameroun (GBV IMS) Snapshot GBVIMS : Région de l'Extrême-Nord
- BUCREP, Evaluation rapide de l'impact genre de la Covid-19 sur les conditions de vie des hommes et des femmes au Cameroun, 2020 et statistiques MINSANTE, Avril 2020
- Groupe de Travail VBG Cameroun, rapport de l'évaluation rapide de l'impact du covid-19 sur les VBG et services de santé sexuelle et reproductive dans les régions du littoral et de l'ouest, juillet 2020
- République du Cameroun, Document national de contextualisation et de priorisation des Objectifs de Développement Durable pour le Cameroun
- République du Cameroun-Nations unies, Rapport sur la situation des indicateurs des Objectifs de Développement Durable au Cameroun, 2019
- UNHCR, Fact Sheet, Janvier 2020

- République du Cameroun, 6<sup>ème</sup> rapport périodique du Cameroun au titre de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (2014-2019)

## **2. Textes de lois nationaux**

- Loi n° 96/06 du 18 janvier 1996 portant Constitution de la république du Cameroun
- Code Civil (1804)
- Loi n° 2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code Pénal
- Loi n° 2005 /007 du 27 juillet 2005 portant Code de Procédure Pénale
- Loi n° 2011/024 du 14 décembre 2011 relative à la lutte contre le trafic et la traite des êtres humains
- Loi n° 92/007 du 14 avril 1992 portant Code du Travail
- Loi n° 2009/04 du 14 avril 2009 portant organisation de l'assistance judiciaire
- Loi n° 2012/01 du 19 avril 2012 portant Code électoral
- Loi no 98/004 du 14 avril 1998 d'orientation de l'éducation
- Loi N° 90/53 sur la liberté d'association
- Matrimonial Causes Act (1973)
- Probate non Contentious Rules
- Wills Act (1837)
- Administration of Estate Act (1925)
- Ordonnance no 81/002 du 29 juin 1981 Portant organisation de l'état civil et diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques.
- Décret N°2012/638 du 21 Décembre 2012 portant organisation du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
- Décret n° 94/199 du 07 octobre 1994 portant Statut Général de la Fonction publique
- Décret n° 95/048 du 8 mars 1995 portant Statut de la Magistrature avec ses modifications subséquentes
- Décret n° 93/035 du 19 janvier portant Statut spécial des personnels de l'Enseignement Supérieur ;
- Décret n°2012/539 du 19 novembre 2012 portant statut spécial du corps des fonctionnaires de la Sûreté Nationale;
- Décret n°2011/020 du 04 février 2011portant statut spécial des fonctionnaires des Greffes.

## **3. Instruments internationaux et régionaux**

- Charte des Nations Unies
- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
- Pacte Relatif au droit civils et Politiques
- Pacte Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
- Convention relative aux droits de l'enfant
- Conventions de Genève I, 2, 3, 4
- Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies ;
- Résolution 1820 du Conseil de Sécurité des Nations Unies
- Résolution 1888 du Conseil de Sécurité des Nations Unies
- Résolution 1889 du Conseil de Sécurité des Nations Unies

- Résolution 1960 du Conseil de Sécurité des Nations Unies
- Résolution 2122 du Conseil de Sécurité des Nations Unies
- Résolution 2242 du Conseil de Sécurité des Nations Unies
- Résolution 2272 du Conseil de Sécurité des Nations Unies
- Résolution 2293 du Conseil de Sécurité des Nations Unies
- Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
- Protocole relatif aux Droits des Femmes en Afrique (Protocole de Maputo)
- Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'enfant
- Déclaration d'Addis-Abeba sur l'Égalité entre les Hommes et les Femmes en Afrique
- Convention de l'Union Africaine sur la Protection et l'Assistance aux personnes déplacées en Afrique (Convention de Kampala)
- Acte Uniforme OHADA portant droit commercial général
- Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)
- Plateforme d'Action de Beijing
- Conclusions concertées de la Commission de la Condition de la Femme (CCF 62,63, 64)
- Campagne "He For She", Women in Parliaments Global Forum, Mexico City, 7-9 octobre 2015

#### **4. Documents de politique**

- MINEPAT, Cameroun Vision 2035, 2009
- République du Cameroun, Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 pour la transformation structurelle et le développement inclusif (SND30)
- République du Cameroun, Plan d'Action National de la Résolution 1325 et des Résolutions Connexes du Conseil de Sécurité Des Nations-Unies sur les Femmes, la Paix et la Sécurité (2018-2020)
- ONU Femmes, Note Stratégique 2018-2020
- République du Cameroun, Document de Politique Nationale Genre (2011-2020)
- FIDA, Cadre de programmation-Pays Cameroun 2013-2017
- République du Cameroun, Stratégie de développement du secteur rural/ plan national d'investissement agricole SDSR/PNIA 2020 – 2030)
- MINEPAT, Stratégie de développement du secteur rural au Cameroun 2015-2020
- ONU Femmes, Programme phare autonomisation économique des femmes impliquées dans une agriculture résiliente aux changements climatiques.
- BAD, Stratégie genre 2014-2018.
- ONU Femmes, Projets Genre et Route et Projet Ring Road
- MINCOMMERCE-UNIFEM Projet PAFICIT, 2007.
- NEPAD, Programme d'appui à l'Égalité des genres, au Changement climatique et à l'Agriculture (GCCASP) au Cameroun, 2014
- MINEPDEDD, Plan National d'Adaptation aux Changements Climatiques, 2015
- Minsanté, Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027
- ONU Femmes, Programme Making Every Woman and Girl Count (MEWGC)
- MINEPAT, Document national de contextualisation et de priorisation des ODD au Cameroun, 2019

#### **5. Presses et médias**

- Cameroun Tribune, 07 Octobre 2019