

01/03/2020

EVALUATION DES DEPENSES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU CAMEROUN

ANNEE 2018



AVENIR HEALTH en partenariat avec HEALTH CONSULTING

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES GRAPHIQUES	iv
1. Introduction.....	1
1.1. Contexte et justification.....	1
1.2. Objectif général	2
1.3. Objectifs spécifiques	2
2. Présentation du Cameroun	3
2.1. Situation géographique.....	3
2.2. Aperçu socioéconomique	4
2.3. Contextes démographique et sanitaire.....	5
2.4. Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques.....	6
2.5. Aperçu de la Planification familiale au Cameroun	6
2.5.1. Financement du plan opérationnel de la PF 2015 - 2020.....	8
2.5.2. Prestation des services de planification familiale au Cameroun.....	9
2.5.3. Coût des produits contraceptifs.....	10
3. Méthodologie d'évaluation des Ressources et Dépenses de Planification Familiale	11
3.1. Echantillonnage	11
3.2. Sensibilisation des parties prenantes	11
3.3. Outils de collecte	11
3.4. Recrutement et formation des agents enquêteurs	12
3.5. Déroulement de la collecte	12
3.6. Traitement et analyse des données	12
4. Résultats de l'analyse des dépenses de planification familiale.....	13
4.1. Sources, qualité et cohérence des données	13
4.2. Flux des ressources en matière de PF en 2018.....	14
4.2.1. Dépenses des ressources de la planification familiale en 2018 en fonction des facteurs de production.....	17
4.2.2. Estimation des coûts des prestataires de la planification familiale dans les formations sanitaires publiques au Cameroun.....	22
4.3. Discussions.....	26
4.3.1. Parties prenantes	26
4.3.2. Flux de ressources financières	26
4.3.3. Compréhension du financement de la PF au Cameroun.....	27
4.3.3.1. Niveau de financement des activités de la PF au Cameroun.....	27
4.3.3.2. Conditions d'accès aux financements et difficultés rencontrées	28
4.3.3.3. Conditions d'éligibilité aux ressources de la planification familiale.....	29

4.3.3.4.	Difficultés pour dépenser efficacement les fonds reçus	29
4.3.3.5.	Goulots d'étranglement dans les mécanismes de financement	30
4.3.3.6.	Accessibilité aux fonds du gouvernement pour la planification familiale	30
4.3.3.7.	Défis lors de la mise en œuvre des services de planification familiale	30
4.3.3.8.	Relever les défis et améliorer la mise en œuvre des services de planification familiale	31
	Bibliographie.....	32

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
BIP	Budget d'Investissement Public
BUCREP	Bureau Central des Recensements et des Études de Population
CAMNAFAW	Cameroun National Association for Family Welfare
CBCHS	Cameroon Baptist Convention Health Services
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux Essentiels
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CSI	Centre de Santé Intégré
DFID	Department For International Development
DSF	Direction de la Santé Familiale
EDSC	Enquête Démographique et de Santé, Cameroun
FALC	Fondation Médicale Ad Lucem du Cameroun
FOSA	Formation sanitaire
FPFA	Évaluation des dépenses de planification familiale
GIZ	Coopération Allemande au Développement
IPPF	Fédération Internationale pour la Planification Familiale
INS	Institut National de la Statistique
MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OFSAD	Organisation des Femmes pour la Santé, la Sécurité Alimentaire et le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PRB	Population Reference Bureau
RHSC	Reproductive Health Supplies Coalition
DSRHR	Rutgers for Sexual and Reproductive Health and Rights
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Prix de cession aux services de planification familiale.....	10
Tableau 2 : Structures à enquêter selon la nature et les résultats attendus.....	13
Tableau 3 : Flux globaux des ressources en matière de planification familiale au Cameroun en 2018	15
Tableau 4 : Dépenses des ressources de la planification familiale en fonction des facteurs de production	17
Tableau 5 : Utilisation des ressources de la planification familiale en fonction des facteurs de production par les bénéficiaires	20
Tableau 12 : Catégorie de formations sanitaires au Cameroun en 2018.....	22
Tableau 13 : Temps moyen (seconde) consacré par patient par catégorie de prestation et région....	23
Tableau 14 : Coûts des ressources humaines consacrées à la planification familiale au Cameroun par le Gouvernement en 2018.....	25

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition du budget par année du Plan Opérationnel de PF 2015-2020.....	9
Graphique 2 : Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2015-2020	9
Graphique 3 : Répartition (en %) des origines des ressources de la PF au Cameroun en 2018	16
Graphique 4 : Répartition (en %) des principaux bénéficiaires de l'ensemble des ressources en planification familiale au Cameroun	16
Graphique 5 : Répartition des dépenses de la planification familiale en fonction des facteurs de production	18

1. Introduction

1.1. Contexte et justification

AVENIR HEALTH, anciennement Futures Institute, a été fondée en 2006 en tant qu'organisation mondiale pour la santé qui œuvre au renforcement du développement social et économique en fournissant des outils et une assistance technique en matière de politique, de planification, d'allocation de ressources et d'évaluation. Elle se concentre de manière spécifique sur l'élaboration et la mise en œuvre de modèles démographiques, épidémiologiques et de coûts pour la planification à long terme. AVENIR HEALTH participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes sur le VIH/sida, la santé procréative, la santé maternelle et d'autres domaines de programmation. Elle travaille avec des agences gouvernementales, des fondations, des entreprises et des organisations non gouvernementales du monde entier.

C'est dans ce cadre que le projet TRACK20 est mis en œuvre par Avenir Health. Ce projet a pour objet de suivre les progrès réalisés pour atteindre les objectifs généraux de l'Initiative FP2020. Ainsi, Avenir Health appuie les pays engagés dans l'initiative FP2020 à collecter, analyser et utiliser les données existantes relatives à la Planification Familiale afin de mesurer les progrès réalisés année après année. Plusieurs pays ont déjà participé à ces exercices avec l'appui d'Avenir Health. Il s'agit notamment du Kenya, du Sénégal, et du Bangladesh. Dans la même mouvance, le Cameroun, tout comme d'autres pays, avec l'appui d'Avenir Health au niveau international et Health Consulting au niveau national, évalue ses dépenses de planification familiale de l'année 2018

L'évaluation des dépenses de planification familiale (FPSA) est une méthode complète et systématique de suivi des ressources utilisée pour mesurer le flux de ressources nécessaires à la mise en œuvre de la planification familiale (PF) dans un pays. Elle est adaptée de la NASA (National SIDA Spending Assessment) pour le suivi des ressources en matière de riposte au VIH et au sida dans les pays. En adoptant la méthodologie de la NASA, la FPSA est basée sur des méthodes, des définitions et des règles comptables normalisées du Système de Comptabilité Nationale (SCN) et des Comptes de Santé Nationaux (CSN) disponibles au niveau mondial et internationalement reconnu. La FPSA suit le cadre de base et les modèles des comptes nationaux de la santé et englobe le multisectoriel pour la fourniture de la PF.

Le principal objectif du suivi des ressources au niveau des pays est de déterminer ce qui est décaissé ou dépensé dans un pays pour la planification familiale. Le processus de suivi des ressources suit les fonds depuis leurs origines (sources) jusqu'à la destination, les bénéficiaires recevant des biens et des services. Il offre une meilleure compréhension des niveaux actuels de dépenses ainsi que des principaux obstacles à l'utilisation optimale de ces ressources financières.

La méthodologie FPSA reconstruit les transactions financières liées à la PF. Une transaction est un transfert de ressources entre différents agents économiques. Elle suit l'argent à travers les sources de financement, les acheteurs et les fournisseurs, ainsi que la description de ses facteurs de la fonction de production. Les transactions financières sont reconstruites en identifiant trois dimensions : le financement, la fourniture et l'utilisation.

1.2.Objectif général

L'objectif principal est d'apprécier les investissements en matière de planification familiale au Cameroun en 2018. Il s'agit du suivi des ressources en termes de financements et de dépenses de toutes les activités relatives à la planification familiale

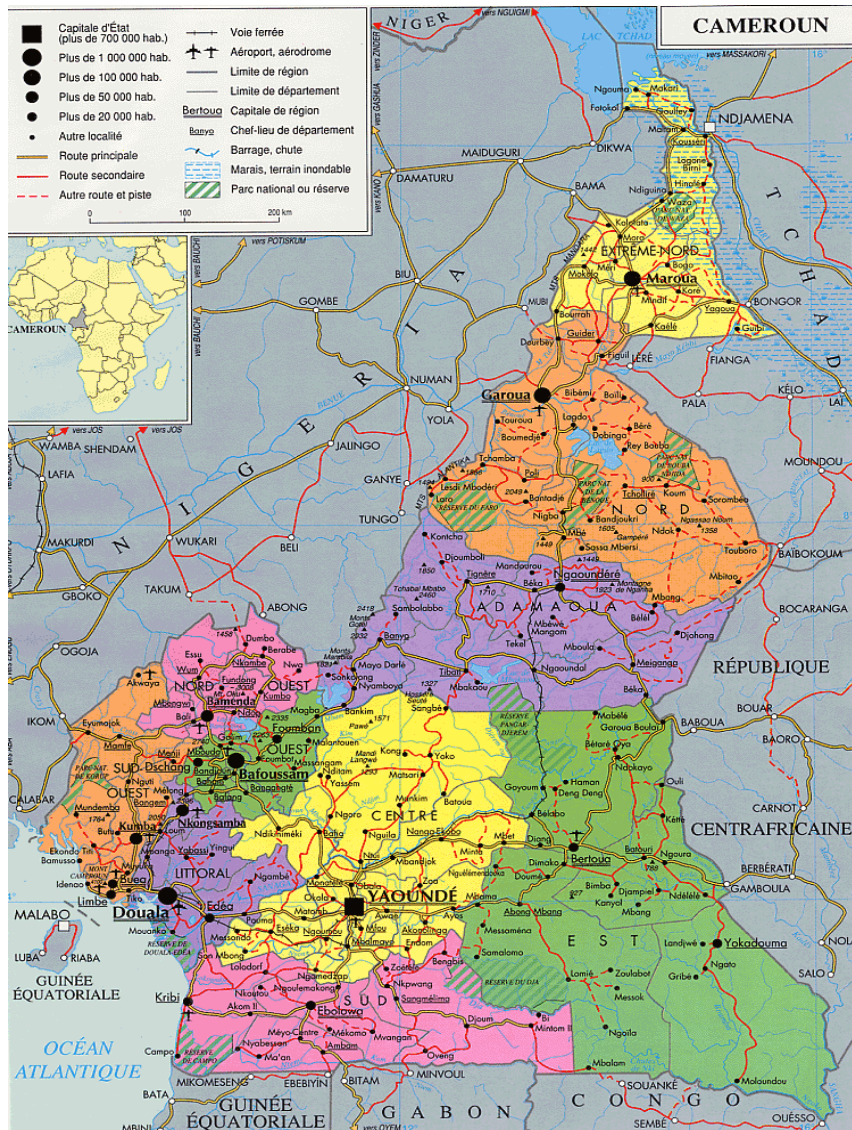
1.3.Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'évaluation des dépenses de planification familiale (FPSA) au Cameroun sont les suivantes :

1. déterminer les dépenses totales de la planification familiale en 2018 à partir de différentes sources : gouvernement, partenaires internationaux (bilatéraux et multilatéraux), ONG et organisations confessionnelles, entreprises privées, etc. ;
2. déterminer les dépenses de PF par catégories de dépenses ;
3. déterminer les différents prestataires de service de la planification familiale ;
4. analyser les dépenses de chaque prestataire au cours du dernier exercice disponible ;
5. estimer les dépenses à la charge des ménages.

2. Présentation du Cameroun

Carte du Cameroun



2.1. Situation géographique

Le Cameroun est un pays de l'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2° et 13° degrés de latitude Nord et les 9° et 16° degrés de longitude Est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 650 km². Il présente une forme triangulaire qui s'étire du Sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1 200 km tandis que la base s'étale de l'Ouest à l'Est sur 800 km. Il possède au Sud-Ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, et au Nord-Est par le Tchad. Au sommet du triangle, au Nord, il est coiffé par le Lac Tchad.

Le milieu naturel du Cameroun est assez diversifié. On dit d'ailleurs de ce pays qu'il est l'Afrique en miniature. En effet, plusieurs zones agro-écologiques contribuent à la diversité géographique du pays. Le *Sud forestier* (régions du Centre, de l'Est, du Littoral,

du Sud et du Sud-Ouest) est situé dans les zones maritime et équatoriale. Les *hauts plateaux* de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest), dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une zone riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture (café, maraîchers, etc.). Le *Nord soudano-sahélien* (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une zone de savanes et de steppes.

2.2. Aperçu socioéconomique

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) adopté en 2009 constitue pour la période 2010-2020, le cadre de référence de la stratégie de développement du pays. Il intègre les prémices de la vision à long terme (Cameroun Vision 2035) centrée sur l'accélération de la croissance, la création d'emplois formels et la réduction de la pauvreté. Il vise à (i) porter la croissance à 5,5 % en moyenne annuelle dans la période 2010-2020 ; (ii) ramener le sous-emploi de 76 % à moins de 50 % en 2020 avec la création de dizaines de milliers d'emplois formels par an dans les dix prochaines années ; et (iii) ramener le taux de pauvreté monétaire de 39,9 % en 2007 à 28,7 % en 2020.

Le développement économique du Cameroun, comme celui de la plupart des pays en voie de développement, repose principalement sur le secteur primaire. Les productions agricoles vivrières (maïs, manioc, banane plantain, macabo, riz, mil, sorgho, arachide, etc.) et de rente (cacao, café, coton, caoutchouc, banane, ananas, etc.) font de l'agriculture camerounaise la plus riche de l'Afrique Centrale. Les ressources pétrolières et forestières s'ajoutent à celles d'origine pastorale et agricole pour constituer des arguments de poids en faveur d'une base industrielle sur laquelle le pays pourrait s'appuyer pour accélérer son développement.

Depuis 2016, on observe une morosité de l'activité économique qui s'est poursuivie en 2017. Au cours de l'année 2017, le taux de croissance économique s'est situé à 3,5% contre 4,6% en 2016. La contre-performance observée ces deux dernières années pourrait s'expliquer par la faiblesse de la demande intérieure. En effet, une grande partie de la demande induite par la mise en œuvre des grands projets de première génération s'est réduite du fait que ceux-ci sont en phase de finition. De plus, le Programme Économique et Financier conclu avec le FMI pourrait influencer négativement le développement du secteur privé, par contraction de la demande publique.

En matière de finances publiques, les résultats budgétaires ont été contrastés : réduction du déficit global base caisse de 324 milliards FCFA ainsi que celle du déficit global base engagements de 325,6 milliards FCFA ; aggravation du déficit du solde primaire de 189,6 milliards FCFA. S'agissant des autres indicateurs des finances publiques, on observe qu'en dehors du ratio dépenses de capital/PIB, tous ont une orientation favorable pour la soutenabilité des finances publiques.

Concernant le commerce extérieur, l'économie camerounaise connaît un déficit structurel de la balance commerciale depuis 2007. Toutefois, ce déficit se réduit depuis 2015. L'amélioration du solde des transactions courantes se justifie essentiellement par la baisse des dépenses d'importations conjuguée à la bonne tenue des exportations de bois, d'aluminium, de produits agricoles et manufacturiers et la substitution d'une partie des importations par les produits locaux, ainsi que l'accroissement des recettes pétrolières induite par la remontée des cours.

2.3.Contextes démographique et sanitaire

Selon les projections du Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP), la population du Cameroun, estimée 24 348 251 habitants en 2019 attendra 33 955 39816 en 2035. Cette augmentation de la population aura des conséquences sur tous les secteurs de développement socio-économique (santé, éducation, habitat, besoins en nouveaux emplois, exode rural massif, etc.). (BUCREP, 2012, p. 12)

Cette population est essentiellement jeune avec 40,3% qui a moins de 15 ans et 20,7% constitué des adolescents et jeunes (15-24 ans). Le pays compte 98 hommes pour 100 femmes en 2011 et 48% de la population vit en milieu rural. L'espérance de vie dans la population générale à la naissance est passée de 54,3 ans en 1987 à 54,8 ans en 2005.

En 2018, la croissance vertigineuse de la mortalité maternelle a connu une amélioration significative avec une réduction de 40% situant ainsi le niveau de cette mortalité 782 à 467 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Pour ce qui est de la santé de l'enfant, les taux de mortalité ont continué à baisser, soit 28 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité néonatale, 48 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infantile et 79 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile, situation toutefois inquiétante pour le développement.,

La prévalence contraceptive par les méthodes modernes est passée de 8% en 1998 à 15,4% en 2018 chez toutes les femmes de 15-49 ans sexuellement actives. Il convient de noter que cette prévalence est de 42,7% en 2018 quand on s'intéresse seulement aux femmes non-mariées et sexuellement actives.

Parmi les 15,4 % de femmes (15-49 ans) sexuellement actives qui utilisent des méthodes contraceptives modernes en 2018, leurs préférences vont principalement pour 5,5% le condom masculin (5,2%), les injectables (3,7 %) et les implants (2,6%). Entre 2011 et 2018, on enregistre une évolution dans les choix de méthodes contraceptives par les femmes elles-mêmes. La pilule a régressé de 1,6 à 1,1 % entre 2011 et 2018 alors que les implants ont progressé de 0,5 à 2,6 % durant la même période.

S'agissant des besoins non satisfaits en planification familiale par les méthodes modernes, ils sont estimés à 16,6% en 2018 pour toutes les femmes sexuellement actives et à 42,7% pour celles qui ne sont pas en union mais sexuellement actives.

L'indice Synthétique de Fécondité est évalué à 4,8 enfants par femme en 2018 alors qu'il était de 5,1 en 2011 et 5,8 en 1991. Ceci montre que malgré une tendance à la baisse, le niveau de fécondité demeure élevé au Cameroun.

2.4. Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques

Une étude sur les bénéfices du dividende démographique au Cameroun montre qu'une augmentation du taux de prévalence contraceptive permettra au Cameroun d'atteindre la fenêtre démographique, situation unique dans laquelle l'économie du pays et le standard de vie des familles sera fortement stimulée grâce à une augmentation relative de la population économiquement productive par rapport à la population économiquement dépendante. Pour ce faire, l'expérience dans les pays de l'Asie de l'Est et du Sud-Est renseigne que profiter du dividende démographique dans notre contexte passe d'une part par l'atteinte de la fenêtre démographique, synonyme d'une baisse sensible du niveau de fécondité, et d'autre part par la mise en œuvre de programmes spécifiques pour répondre aux besoins d'emplois par un investissement approprié dans l'éducation des jeunes. (MINEPAT, 2012).

L'institut Guttmacher a également démontré que si une réponse était apportée à l'ensemble des besoins non satisfaits de méthodes modernes de contraception, la mortalité maternelle chuterait de plus de 20%, et les naissances non planifiées et avortements à risque de 75%. Toujours dans le cadre de la même analyse, l'institut a prouvé que tout franc CFA supplémentaire investi en planification familiale au Cameroun, permettra une économie de 1,23 FCFA en évitant les dépenses de soins médicaux relatifs aux grossesses non planifiées et aux naissances non planifiées. (Guttmacher, 2014)

Au demeurant, la maîtrise de la fécondité, par le biais de la planification familiale, présente des avantages sur l'ensemble des secteurs de développement socio-économique (Santé, Éducation, Économie, Urbanisation, etc.).

2.5. Aperçu de la Planification familiale au Cameroun

Le Cameroun a longtemps été réticent à toute politique visant à limiter le nombre des naissances eu égard à l'existence d'une zone d'infécondité en son sein. C'est à partir des années 1980 qu'on relève dans les discours officiels prononcés, quelques allusions faites sur les conséquences économiques d'un rythme de croissance démographique trop rapide. Dans le même temps, un certain « frémissement » est observable autour de la thématique de la planification familiale. Ce sujet est abordé dans le cadre de rencontres organisées pour sensibiliser les populations à la planification familiale, et surtout aux méthodes naturelles d'espacement des naissances. Des associations pour la diffusion de la planification familiale sont fondées, en l'occurrence, la FLACAM (Family Life Association) qui milite en faveur de la planification familiale naturelle et l'Action familiale du Cameroun (AFCAM). C'est à

partir du milieu des années 1980 que la dynamique en faveur de la planification familiale se développe.

Sur le plan juridique, la promulgation de la loi N° 080/10 du 14 juillet 1980 sur la profession des pharmaciens n'a pas repris les dispositions de l'article 101 de la loi N° 29/69 du 29 mai 1969 interdisant la vente et la publicité des contraceptifs. Dans cette même dynamique, le Gouvernement s'est officiellement exprimé à plusieurs occasions, notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population de Mexico en 1984, promouvant la planification familiale comme moyen d'espacement des naissances en vue de préserver la santé de la mère et de l'enfant et de lutter contre la stérilité.

C'est véritablement en 1986 que la position du Gouvernement s'est clairement affirmée en faveur de la planification familiale dans le discours du Chef de l'État lors de la présentation du VIème Plan à l'Assemblée Nationale lorsqu'il a déclaré :

« ... C'est le lieu me semble-t-il, d'attirer l'attention des Camerounais et des Camerounaises sur les conséquences économiques et sociales d'une progression incontrôlée de la natalité. La procréation, fût-elle un droit fondamental de tout homme, peut et doit être maîtrisée. Il s'agit par conséquent, non pas de rompre avec nos convictions religieuses et nos us et coutumes en ce domaine, mais de tendre de plus en plus vers la promotion et l'instauration réfléchies d'une paternité consciente et responsable... ».

L'évolution de la politique gouvernementale de planification familiale a ensuite été marquée par :

- l'adoption en 1992 de la Déclaration de la Politique Nationale de Population, laquelle comporte un ensemble de mesures visant la promotion de la planification familiale à travers l'objectif spécifique *«Promouvoir et faciliter l'accessibilité volontaire aux services de planification familiale en vue d'assurer la maîtrise de la fécondité, notamment par l'implantation de ces services sur toute l'étendue du territoire national avec un effort particulier dans les zones rurales et les zones urbaines à habitat spontané»*;
- l'adoption de la Déclaration de la Politique Nationale de réorientation des soins de santé primaires, visant le renforcement et l'intégration des services de Santé Maternelle et Infantile, de Planification Familiale ;
- l'adoption en 2001 de la Déclaration de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction.

Plusieurs documents clés renferment de forts engagements du pays en faveur de la planification familiale. Il s'agit notamment :

- la Stratégie Sectorielle de la Santé (2001-2015) qui est le cadre de référence en matière de santé publique place la Planification Familiale parmi les axes d'intervention prioritaires de l'un des quatre programmes retenus. Il s'agit d'accroître l'accès aux

services de planification familiale afin d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 45% ;

- le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 qui a inscrit comme priorité la promotion de la planification familiale. L'un des objectifs est de faire passer la prévalence contraceptive de 14% en 2011 à 38% en 2015 ;
- le Programme Multisectoriel de Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale, Infantile et Juvénile 2014-2018 (PNLMMI) qui a prévu comme cible de « Assurer la disponibilité effective des intrants SMNI¹ essentiels (tests de dépistage du VIH, contraceptifs, etc.) dans au moins 90% des Hôpitaux de Districts et Centre de Santé Intégré (CSI) selon les normes d'ici 2018 » ;
- le Plan Stratégique SRMNI² 2014-2020 dont l'un des objectifs est d'«Augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes chez les femmes en âge de procréer de 16,1% à 30% à l'horizon 2020» en mettant un accent sur le renforcement communautaire sur la PF ;
- le Plan Opérationnel de Planification Familiale 2015 – 2020 qui s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan Stratégique de la Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile 2014-2020 avec pour finalité de s'assurer que tous les acteurs y trouvent un cadre d'intervention commun qui spécifie en détail les priorités, les axes d'intervention, les actions à mener et les ressources à mobiliser en synergie pour des résultats probants.

L'objectif du Gouvernement camerounais pour ce plan opérationnel de la planification familiale est d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 30 % en 2020 pour les méthodes modernes chez les femmes de 15-49 ans. Des stratégies et activités ont été retenues et regroupées en quatre rubriques. Il s'agit d'améliorer pour la planification familiale : :

- l'offre des services en quantité et en qualité ;
- la demande des services ;
- l'environnement plus habilitant ;
- le suivi et la coordination des services.

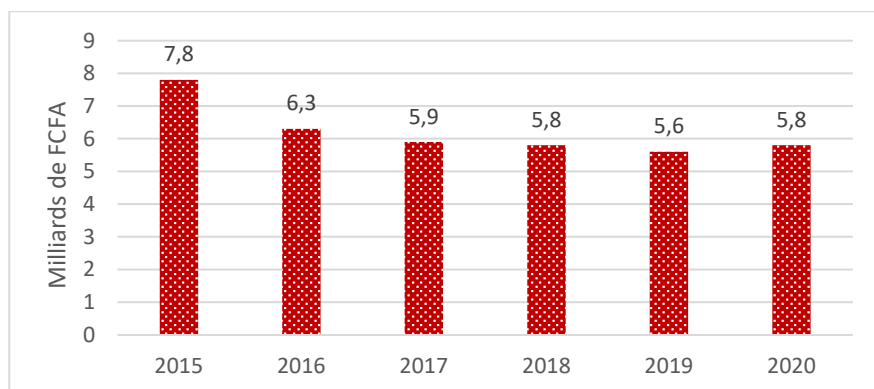
2.5.1. Financement du plan opérationnel de la PF 2015 - 2020

Pour l'atteinte de l'objectif gouvernemental pour la période 2015-2020, le coût global du Plan Opérationnel de PF au Cameroun est estimé à 37,2 milliards de FCFA sur une période de 6 ans, soit 6,2 milliards FCFA en moyenne par année. Dans la réalité, la distribution de ce budget est inégalement répartie et décroissant par année comme montre le graphique ci-après.

¹ Santé Maternelle, Néonatale et Infantile

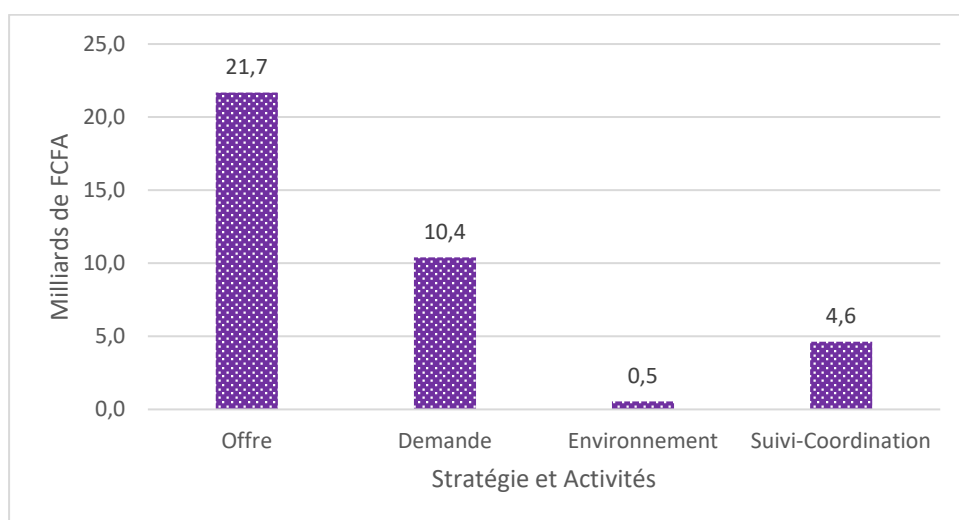
² Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile

Graphique 1 : Répartition du budget par année du Plan Opérationnel de PF 2015-2020



S'agissant de l'affectation de ce budget par rapport aux activités programmées, l'offre des services de PF consommera plus de la moitié, avec 21,7 milliards FCFA, soit 58,2% du budget total. Le budget alloué aux activités prévues pour susciter la demande devrait coûter 10,4 milliards FCFA, soit 27,9% du montant total. Ensuite, vient le secteur de suivi et coordination avec 4,6 milliards FCFA, soit 12,6% du total. Il est prévu 544 millions de FCFA, soit 1,5% pour mener les activités pouvant contribuer à rendre l'environnement plus favorable aux activités de PF. (Plaidoyer envers les décideurs influents ; renforcement des connaissances des différents acteurs sur les droits de la femme en SR/PF ; application de la nouvelle politique de tarification des contraceptifs et des services de PF ; et mobilisation des ressources additionnelles pour le financement de l'achat des contraceptifs et autres activités du plan opérationnel).

Graphique 2 : Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2015-2020



2.5.2. Prestation des services de planification familiale au Cameroun

En principe, une circulaire du Ministère de la Santé Publique demande à toutes les structures de santé du Cameroun d'offrir les services de planification familiale en l'intégrant dans le Paquet Minimum d'Activité (PMA). Dans la réalité d'après les

données de 2014, seulement près de 3 875 formations sanitaires (FOSA) offrent la planification familiale à travers le paquet minimum d'activité.

Selon les informations rapportées par les points focaux SR lors de l'analyse sommaire de la situation, on note que 71,3% des FOSA ont offert au moins une fois entre janvier et septembre 2014 les méthodes de courte durée d'action, 19,4% ont offert les implants, 18,8% le DIU et 4,5% la Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV). Le secteur privé bénéficie pour la prestation des services de l'appui des organismes tels que CAMNAFAW, Cameroon Baptist Convention Health Services (CBCHS), Conseil des Églises Protestantes du Cameroun (CEPCA), Ad-Lucem et l'ACMS avec le modèle de franchise sociale. (MINSANTE, 2014, p. 26)

2.5.3. Coût des produits contraceptifs

Au cours des dernières années, le système de gestion des produits contractifs a connu de grandes perturbations marquées par la rupture de tous les produits à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette situation, dû en grande partie à l'absence de financement pérenne, a amené les prestataires à s'approvisionner à différentes sources et à fixer le prix de cession aux clientes en fonction du coût d'acquisition du produit. En vue de rendre plus équitable l'accès aux services de planification familiale, une lettre circulaire a été signée en août 2014 par le ministre de la santé pour harmoniser les prix à tous les niveaux. Le tableau ci-dessous illustre la situation des prix des contraceptifs selon trois catégories d'offre (public, CAMNAFAW, ACMS).

Tableau 1 : Prix de cession aux services de planification familiale

Type de produits contraceptifs/services de PF	Prix de cession aux clientes en fonction des secteurs			
	Zone PASaR (Public)	CAMNAFAW	ACMS (Franchise Sociale)	Public Harmonisé** 2014
Pilules (plaquette)	150 F CFA	170* F CFA	160 F CFA	42 F CFA
Injectable (Flacon de Depo-Provera ^R)	500 F CFA	1000 F CFA	280 F CFA	255 F CFA
DIU	2000 F CFA	2500 F CFA	2000 F CFA	1000 F CFA
Implant (Jadelle ^R)	3500 F CFA	2800 F CFA	5000 F CFA	2140 FCFA

NB : * Dans la pratique le coût est de 500 F CFA pour les 3 plaquettes

** Les prix fixés par la lettre circulaire du MINSANTE Aout 2014

3. Méthodologie d'évaluation des Ressources et Dépenses de Planification Familiale

L'évaluation des ressources et dépenses de planification au Cameroun a connu plusieurs phases. Sa méthodologie a consisté en l'échantillonnage des structures informant, la sensibilisation des parties prenantes, l'élaboration/adaptation des outils et leur prétesting, la formation à la collecte des données, la collecte proprement dite des données, leur traitement et analyse.

3.1. Echantillonnage

Un exercice de cartographie pour les sources, les agents de financement (ceux qui reçoivent et distribuent les fonds) et les prestataires aux niveaux national et régional. Sur la base des études antérieures (NIDI), les principaux prestataires de service de PF ont été identifiés. Au Cameroun, l'essentiel des ressources gouvernementale consacrées à la planification familiale et destinée aux formations sanitaires publiques proviennent du budget global du Ministère de la Santé Publique (cf Tableau 2).

3.2.Sensibilisation des parties prenantes

L'évaluation des Ressources et Dépenses de Planification Familiale au Cameroun a débuté par une rencontre avec toutes les parties prenantes impliquées dans les activités de la planification familiale au Cameroun regroupées au sein d'un sous-groupe présidé par la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Ce groupe de travail est constitué outre les structures gouvernementales impliquées dans PF au Cameroun, mais aussi des ONG nationales et internationales, des partenaires techniques et financiers (bi et multilatéraux) et des secteurs privés laïc et confessionnel.

Une rencontre avec ce groupe de travail a permis d'identifier les parties prenantes impliquées dans la PF au Cameroun, de prendre contact avec les principaux responsables des différentes structures impliquées dans la PF au Cameroun, de présenter l'enquête ainsi que ses objectifs et de préparer la descente sur le terrain pour la collecte des données.

3.3.Outils de collecte

Les outils de collecte ayant été élaborés par Avenir Health et devant être utilisé par tous les pays participant à cet exercice, il était nécessaire et indispensable que tout le personnel les de Health consulting impliqué dans cette enquête en ait la bonne maîtrise. À cet effet, des rencontres, avec la participation du responsable local d'Avenir Health, ont été organisées pour harmoniser de la compréhension du contenu des différents outils.

3.4. Recrutement et formation des agents enquêteurs

Afin d'assurer le succès de cette activité, des agents enquêteurs ont été recrutés et formés. Il y a eu deux séances de formations avec les exercices pratiques. Ces formations ont permis aux agents enquêteurs de :

- Connaitre l'objet et l'utilité de l'enquête ;
- Renforcer leurs capacités en notions de base sur la PF ;
- Acquérir les techniques de collecte de données sur le terrain ;
- Avoir une compréhension commune du contenu des outils de collecte ;
- Etc.

À l'issue de ces formations, des équipes de collecte ont été réparties en binômes pour plus d'efficacité et de complémentarité.

3.5. Déroulement de la collecte

Après l'identification des structures à enquêter, la collecte des données a débuté par une correspondance officielle du MINSANTE à chacune des structures. Ces correspondances étaient accompagnées des outils de collecte constitués des formulaires 1 et 2 et de l'annexe au formulaire 2. Les enquêteurs devaient identifier le point focal de chacune des structures et établir un contact avec lui.

Le suivi du remplissage des outils de collecte auprès des structures ciblées s'est fait soit par des visites physiques soit par des appels téléphoniques. À plusieurs reprises, le consultant principal et l'assistant de recherche ont porté assistance aux enquêteurs en prenant contact avec des responsables de certaines structures et le cas échéant en participant directement à la collecte des données.

3.6. Traitement et analyse des données

Le traitement des données a commencé par la vérification de la qualité des données collectées. Il s'est agi de procéder à un contrôle attentif de toutes les informations afin de s'assurer d'exclure des possibilités d'erreur (cohérence, complétude, exactitude des opérations de calcul) entre les données d'une structure données et même parfois entre les données de plusieurs structures. Par la suite, les données ont été saisies et tabulées.

Les résultats des données collectées n'étant pas toujours suffisantes pour calculer certains indicateurs, des recherches d'autres informations à partir d'autres sources sont indispensables. Il s'agit du calcul du coût des ressources financières consacrées aux prestataires de planification familiale dans le secteur public qui nécessite plusieurs sources de données.

Enfin, les différents résultats de l'enquête ainsi que les autres données issues d'autres sources contribuent à la rédaction du rapport de cette étude.

4. Résultats de l'analyse des dépenses de planification familiale

4.1. Sources, qualité et cohérence des données

L'enquête sur les dépenses de planification au Cameroun en 2018 a concerné une vingtaine de structures nationales et extérieures des secteurs publics, privés ou organisations non gouvernementales (ONG) comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 2 : Structures à enquêter selon la nature et les résultats attendus

	Structures		Remplissage questionnaires	Qualité des données	Observations
	Nationale	Type			
1	CENAME/MINSANTE	Public	OUI	Bonne	
2	CNLS/MINSANTE	Public	NON	S.O.	Pas de PF
3	DSF/MINSANTE	Public	OUI	Bonne	
4	PLMI/MINSANTE	Public	NON	S.O.	Pas de PF
5	ACMS	ONG	NON		Attendu
6	CAMNAFAW	ONG	OUI	Bonne	
7	CBCHS	Privé	OUI	Bonne	
8	FALC	ONG	OUI	Bonne	
9	FESADE	ONG	OUI	Bonne	
10	PHARMACAM	Privé	OUI	Bonne	
11	LABOREX	Privé	NON	S.O.	Type de produits (PF ou non) non précisé dans les commandes
12	UBIPHARM	Privé	NON	S.O.	
	Extérieures	Catégorie			
13	CARE	ONG	OUI	Passable	Données incomplètes
14	GIZ	Public	OUI		
15	PLAN International	ONG	NON	S.O.	Pas de PF
16	OMS	SNU	NON		Pas de PF
17	ONU femme	SNU	NON	S.O.	Pas de PF
18	UNFPA	SNU	OUI		
19	UNICEF	SNU	NON	S.O.	Pas de PF
20	USAID	Public	NON		
21	SHARE	ONG	NON	S.O.	Pas de PF

S.O. : Sans-objet

Vingt-une (21) structures ont été contactées dans le cadre de cette étude dont douze structures nationales et neuf structures non-nationales. Toutes ont participé à cette étude cependant, un peu plus de la moitié (11) ne mènent pas des activités dans le domaine de la planification familiale. Si les activités de planification familiale sont « sans objet » pour presque toutes ces structures, il convient de relever que certains financements antérieurs de l'USAID engagés dans les activités de PF ont été dépensés au cours de l'année 2018, année de référence de cette étude.

Parmi les structures qui ont été saisies mais qui ne mènent pas des activités de planification familiale, on peut citer l'UNICEF, l'OMS, l'ONU Femme, le CNLS, le PLAN international et l'USAID qui a suspendu ses activités en matière de PF pratiquement depuis l'arrivée du Président américain Donald Trumb.

Pour l'ensemble, les données collectées sont de bonne qualité surtout en ce qui concerne les ressources financières qui sont facilement traçables. S'agissant des ressources non financières, cette traçabilité n'est pas très aisée. En effet dans la chaîne des produits contraceptifs, on dénombre plusieurs intervenants (bailleurs de fonds ; intermédiaires dans les achats, le transport, la manutention ; et prestataires). À ce stade il faut s'assurer de ne pas avoir des doubles comptes qui gonfleraient artificiellement le flux des ressources non financières.

4.2. Flux des ressources en matière de PF en 2018

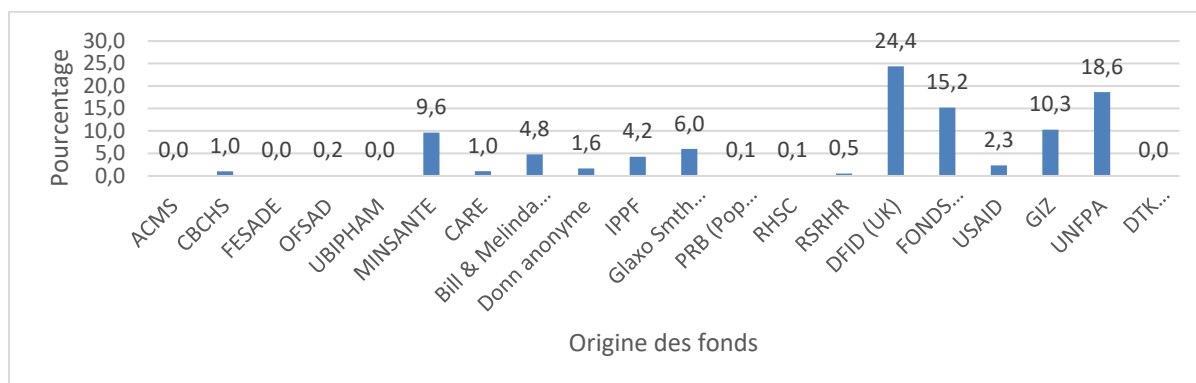
Au Cameroun, l'ensemble des ressources (financières et non financières) reçues en matière de planification familiale s'élèvent à 5 972 166 522 FCFA. Ces flux sont composés des ressources financières et des ressources non financières

Tableau 3 : Flux globaux des ressources en matière de planification familiale au Cameroun en 2018

<i>Origine</i>	BENEFICIAIRES											
	Ad Lucem	CAMNAFAW	CBCHS	FESADE	OFSAD	PHARMACAM	CENAME	MINSANTE	CARE	GIZ	UNFPA	TOTAL
<i>ACMS</i>	45 000			1 815 000								1 860 000
<i>CBCHS</i>			59 918 281									59 918 281
<i>FESADE</i>				1 500 000								1 500 000
<i>OFSAD</i>					9 671 000							9 671 000
<i>UBIPHAM</i>						1 635 000						1 635 000
<i>MINSANTE</i>	520 000			1 000 000	883 000			571 444 000				573 847 000
<i>CARE</i>									62 006 750			62 006 750
<i>Bill & Melinda Gates</i>											286 000 000	286 000 000
<i>Donateur anonyme</i>									97 500 000			97 500 000
<i>IPPF</i>		252 627 761										252 627 761
<i>Glaxo Smith Kline (GSK)</i>									357 792 500			357 792 500
<i>PRB (Pop Réf. Bureau)</i>				7 400 000								7 400 000
<i>RHSC</i>				3 152 200								3 152 200
<i>RSRHR</i>				31 042 000								31 042 000
<i>DFID (UK)</i>											1 454 354 850	1 454 354 850
<i>Fonds mondial</i>		906 896 993										906 896 993
<i>USAID</i>							91 846 710	47 400 000				139 246 710
<i>GIZ</i>										612 699 230		612 699 230
<i>UNFPA</i>		74 370 650	31 045 896	645 000			911 081 661	94 900 000				1 112 043 207
<i>DTK Internationale</i>						973 040						973 040
TOTAL	565 000	1 233 895 404	90 964 177	46 554 200	10 554 000	2 608 040	1 002 928 371	713 744 000	517 299 250	612 699 230	1 740 354 850	5 972 166 522

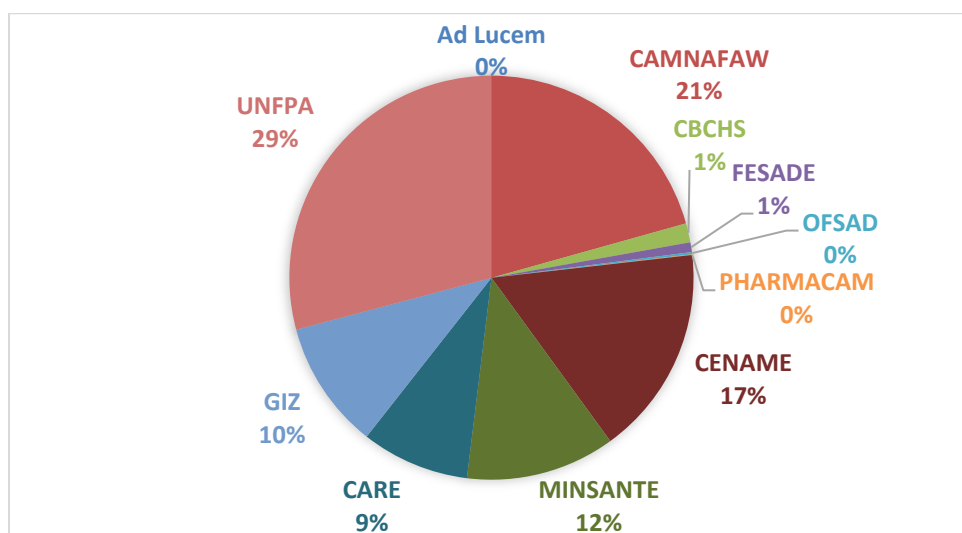
En 2018, plus des 4/5 des ressources reçues en matière de planification familiale sont d'origine extérieure. Il s'agit notamment du Département pour le Développement International (DFID) des Royaumes Unis (24%), de l'UNFPA (19%), du Fond Mondial (15%), de la GIZ (10%), de la Fondation Bill et Melinda Gates (5%). Il convient de relever que les financements de DFID et de la Fondation Bill et Melinda Gates se font à travers l'UNFPA. Au niveau national, le gouvernement camerounais mobilise environ 10% des ressources pour la PF.

Graphique 3 : Répartition (en %) des origines des ressources de la PF au Cameroun en 2018



S'agissant des destinations de ressources en PF au Cameroun, l'UNFPA et CAMNAFAW sont les principaux bénéficiaires avec la moitié des fonds en provenance principalement de l'extérieur. Si l'UNFPA fait le plaidoyer pour mobiliser les ressources au profit des prestataires de la PF au Cameroun, le CAMNAFAW membre de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) mobilise également des ressources à travers sa qualité de membre. Dans la réalité, la part de l'UNFPA est plus importante dans la mesure où les fonds de la CENAME (17%) proviennent quasiment de l'UNFPA. Le MINSANTE est le quatrième bénéficiaire de ces financements.

Graphique 4 : Répartition (en %) des principaux bénéficiaires de l'ensemble des ressources en planification familiale au Cameroun



4.2.1. Dépenses des ressources de la planification familiale en 2018 en fonction des facteurs de production

Les facteurs de production sont les postes budgétaires en termes de dépenses récurrentes et en capital ayant servi à réaliser les interventions de Planification Familiale.

Les dépenses récurrentes sont celles qui surviennent périodiquement pour produire les services de PF et qui sont entièrement consommées pendant la fourniture du service. Cela inclut les salaires, les méthodes et les services de PF et toutes les dépenses opérationnelles, les préservatifs, le papier, l'électricité et les services contractuels tels que la sécurité ou la production trimestrielle d'informations liées à la planification familiale aux communautés, aux patients, etc. Cette catégorie de dépenses constitue l'essentiel des facteurs de production de la planification familiale au Cameroun en 2018.

Les dépenses en capital sont les actifs détenus par le système de santé. Les principales catégories de caractéristiques de classification sont les bâtiments, les biens d'équipement et les transferts en capital.

Tableau 4 : Dépenses des ressources de la planification familiale en fonction des facteurs de production

Facteurs de production de la PF	Dépenses
FPPF 1.1 Frais de dépenses du personnel	512 258 789
FPPF 1.2 Contraceptifs et consommables de PF	1 769 081 847
FPPF 1.4 Promotion de la PF à travers IEC	807 450 673
FPPF 1.5 Frais administratifs internes liés à la PF	1 072 710 674
FPPF 1.6 Formation des prestataires	381 534 100
FPPF 1.7 Offre des services de PF	97 390 000

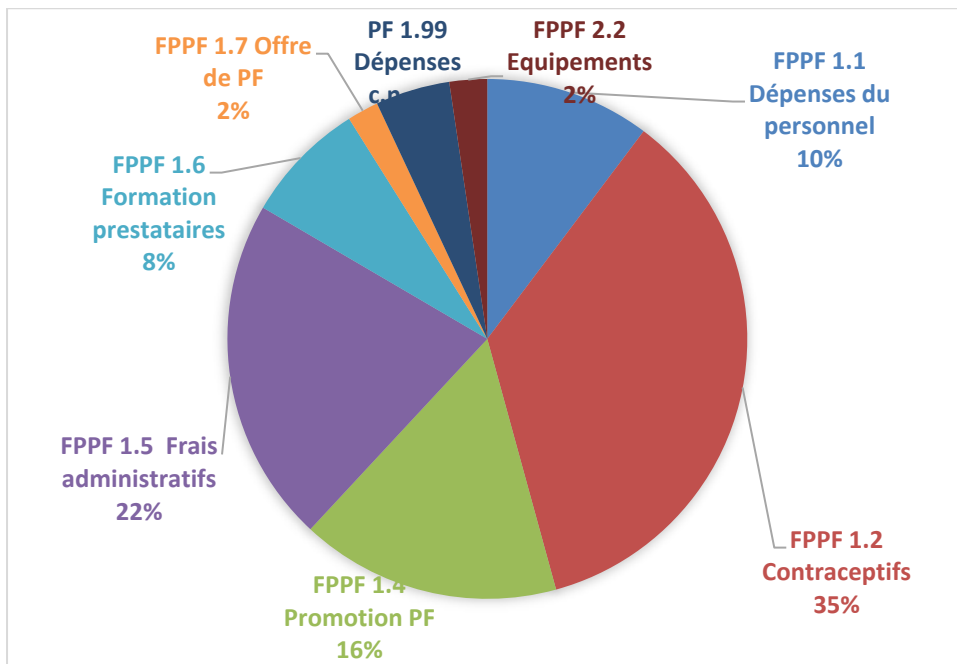
FPPF 1.99 Dépenses courantes de PF non classées ailleurs	231 059 112
FPPF 2.2 Équipements	116 815 832
TOTAL	4 988 301 026

Il convient de noter que les dépenses de la planification familiale en facteurs de production en 2018 au Cameroun sont inférieures aux ressources reçues la même année pour les activités de la planification familiale au moins pour deux raisons : premièrement, selon la conception du questionnaire (formulaire 1) destiné aux « sources » ou « donateurs de fonds », il n'est pas toujours possible de connaître la nature des dépenses des fonds mis à disposition en fonction des facteurs de production si la source n'est pas aussi « agent » ou « utilisatrice des fonds » ; deuxièmement, les ressources reçues une année donnée ne sont pas automatiquement utilisées la même année. En effet, les ressources reçues une année donnée peuvent être destinées à être consommées sur plusieurs années dans le cas de financements pluriannuels. Il en est de même des ressources qui sont reçues en fin d'année ou en fin d'exercice budgétaire et dont le prestataire n'aura pas le temps matériel pour consommer ces ressources. Pour toutes ces raisons, il est possible que le niveau des ressources dépensées soit différent de celui des ressources reçues.

Pour ce qui est du Cameroun, les dépenses de la planification familiale en facteurs de production s'élèvent à près de 5 milliards de FCFA en 2018. Les dépenses en capital représentent seulement 2% de l'ensemble des dépenses.

Avec 35% des dépenses, l'achat des contraceptifs, consommables et réactifs représente plus du tiers de l'ensemble des dépenses des facteurs de production. Si on y ajoute les 16 % des dépenses liées à la promotion de la PF, les 8 % relatifs à la formation des prestataires en PF et les 2 % de l'offre de la PF, on affirme que plus de la moitié (61%) des dépenses des facteurs de production contribuent véritablement à accroître l'accès aux services de la planification familiale au Cameroun

Graphique 5 : Répartition des dépenses de la planification familiale en fonction des facteurs de production



Selon les institutions bénéficiaires des ressources financières pour les activités de planification familiale, les facteurs de production se répartissent comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau 5 : Utilisation des ressources de la planification familiale en fonction des facteurs de production par les bénéficiaires

Institution	Destination des fonds reçus	Montant
CAMNAFAW(*)	FPPF 1.2 Contraceptifs et consommables	647 850 151
	FPPF 1.4 Promotion de la PF	506 221 993
	PF 1.99 Dépenses courantes de PF non classées ailleurs	231 059 112
	Sous-Total 1	1 385 131 256
CARE(*)	FPPF 1.1 / Support (salaires, .)	102 798 053
	FPPF 1.2.10 / Fourniture d'intrants PF	20 280 000
	FPPF 1.4.3 / Communication (Production et Diffusion des messages par 2 Radios- rurales)	2 624 050
	FPPF 1.5 / Support (équipement bureau, fonctionnement, achat véhicule, logistique, etc.)	55 352 798
	FPPF 1.5.3 / Réhabilitation d'un local et Équipement d'un Centre de formation en matériel didactique	5 233 150
	FPPF 1.5.4 / Mission et voyages	9 831 250
	FPPF 1.5.6 / Évaluation post-formation, supervision formative, coaching	8 456 500
	FPPF 1.5.98 Locaux et Support admin et Log	62 006 750
	FPPF 1.6 Formation et motivation des Facilitateurs communautaires	95 078 100
	FPPF 2.2 Équipements techniques	69 750 532
	Sous-Total 2	431 411 182
CBCHS(*)	FPPF 1.1.1 Wages, salaries, allowances for health care workers involved indirectly in FP service provision	1 611 656
	FPPF 1.1.2 Wages, salaries, allowances for workers involved indirectly in FP service provision	28 175 080
	FPPF 1.2 Contraceptifs et consommables	32 037 606
	FPPF 1.4 FP promotion	900 000
	FPPF 1.5.1 Rent	2 500 000
	FPPF 1.5.3 Repairs and maintenance (buildings, vehicles, equipment etc.).	6 959 171
	FPPF 1.5.4 Transportation and travel expenses.	2 972 780
	FPPF 1.5.5 Logistics of events, including catering services (meetings, workshops except for training)	2 057 975
	FPPF 1.6 Training	13 750 000
	Sous-Total 3	90 964 268
DSF/ MINSANTE(*)	FPPF 1.5.98 Quantification des produits de PF	22 750 000
	FPPF 1.7 Offre de PF en stratégie avancée	6 500 000
	FPPF 1.6 Formation des prestataires	39 000 000
	FPPF 1.7 Offre de PF en communauté	3 250 000
	FPPF 1.6 Formation en logistique des contraceptifs	10 400 000
	FPPF 1.4.1 Communication pour la PF	13 000 000
	FONDS UNFPA	94 900 000

	FPPF 1.1 Salaires	366 444 000
	FPPF 1.2 Achat des produits contraceptifs	150 000 000
	FPPF 1.5.5 Organisation des réunions de suivi de disponibilité des produits	8 000 000
	FPPF 1.4 Sensibilisation sur la PF et extension de l'offre intégrée	32 000 000
	FPPF 1.5.5 Organisation des réunions de monitoring des données	8 000 000
	FPPF 1.5.5 Organisation des supervisions dans les régions	5 000 000
	FPPF 2.2 / Équipements	2 000 000
	FONDS GVT	571 444 000
	Sous-Total 4	666 344 000
UNFPA	FPPF 1.2 Contraceptifs et consommables	913 846 050
	FPPF 1.4 Promotion de la PF	98 800 000
	FPPF 1.5 Services liés à la PF	401 148 800
	FPPF 1.6 / Formation des prestataires	219 440 000
	FPPF 1.7 Service de consultation	85 800 000
	FPPF 2.2 Équipements	21 320 000
	Sous-Total 5	1 740 354 850
FESADE(*)	FPPF 1.1 Salaires	9 230 000
	FPPF 1.2 Produits contraceptifs	2 460 000
	FPPF 1.4 Promotion de la PF	17 844 200
	FPPF 1.5 Services liés à la PF	12 160 000
	FPPF 1.6 / Formation des prestataires	3 700 000
	FPPF 1.7 Service de consultation	1 840 000
	Sous-Total 6	47 234 200
GIZ	FPPF 1.4 Promotion de la PF	136 060 430
	FPPF 1.5 Renforcement de capacité et fonctionnement	454 740 500
	FPPF 2.2 équipements médicaux & impression	20 898 300
	Sous-Total 7	611 699 230
PHARMACAM	FPPF 1.2 produits contraceptifs	2 608 040
	Sous-Total 7	2 608 040
OFSAD(*)	FPPF 1.1 salaires	4 000 000
	FPPF 1.5 Services liés à la PF	5 541 000
	FPPF 1.6 Formation des prestataires	166 000
	FPPF 2.2 Équipements Médicaux & Impression	2 847 000
	Sous-Total 8	12 554 000
	TOTAL	4 988 301 026

(*) : Prestataires de services de PF

4.2.2. Estimation des coûts des prestataires de la planification familiale dans les formations sanitaires publiques au Cameroun.

Plus de la moitié des ressources financières du gouvernement camerounais sont consacrées aux salaires du personnel de la santé (infirmier, sage-femme et médecin) ayant assuré des prestations de planification familiale en 2018 dans les formations sanitaires publiques. Dans l'impossibilité, dans cette enquête, d'identifier de manière exacte le nombre exact de ce personnel et d'avoir le salaire de chacun d'eux, (en dehors des postes de responsabilité qui donne droit aux avantages pécuniaires prévus par le règlementation, tout affectation d'un personnel public dans un service au sein de son administration ne donne droit à aucun avantage pécuniaire particulier au niveau de la chaîne solde de l'État), un certain nombre de variables a été considéré pour faire une estimation du salaire de ce personnel.

Au Cameroun, environ 20% des formations sanitaires ont au moins un prestataire formé à l'offre de la technologie contraceptive, (14,2% sont dans le sous-secteur-public, 4,4% dans le sous- secteur privé à but lucratif et 1,4% dans le sous-secteur privé à but non lucratif). On note que 71,3% des formations sanitaires offrent les méthodes de courte durée et 19,4% offrirait en plus de ces méthodes, des implants. (MINSANTE-SSS, 2016, p. 41).

En 2018, le Cameroun dispose de 5 487 centres de santé intégré (CSI) et de 717 hôpitaux toutes catégories confondues, soit un total de 6 204 formations sanitaires comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 6 : Catégorie de formations sanitaires au Cameroun en 2018

Région	CMA - Centres Médicaux d'Arrondissement	CSI - Centres de Santé Intégrés	HC - Hôpitaux Centraux	HD - Hôpitaux de District	HG - Hôpitaux Généraux	HR/HRA - Hôpitaux Régionaux et assimilés	Total
Adamaoua	17	155		11		1	184
Centre	99	1 509	8	49	2	1	1 668
Est	21	223		21		1	266
Extrême Nord	24	392		29		3	448
Littoral	78	1 181	2	50	2	2	1 315
Nord	7	278		16		1	302
Nord-Ouest	31	354		29		1	415
Ouest	61	704		35		1	801
Sud	32	267	1	13		1	314
Sud-Ouest	28	424		37		2	491
Total	398	5 487	11	290	4	14	6 204

Source : MINSANTE (2019)

Parmi ces 6 204 formations sanitaires au Cameroun en 2018, il y a 2 878 formations sanitaires publiques dont 466 hôpitaux toutes catégories confondues et 2 412 centres de santé intégré (CSI).

Sachant que chaque hôpital dispose d'au moins un médecin et de plusieurs infirmiers dont une sage-femme et que chaque CSI a au moins un infirmier, nous estimons³ respectivement à **66 et 562 les nombres d'hôpitaux et de CSI publics qui offrent des prestations de planification familiale** au Cameroun en 2018.

Selon l'étude menée au Cameroun dans les régions de l'Est et du Sud sous le thème *Provider perspective on family planning indicators in Cameroon*, il ressort que le temps moyen de la prise en charge d'un patient pour la planification familiale est de **1 332 secondes** soit **22,2 minutes** soit **0,37 heure** dans une formation sanitaire publique.

Tableau 7 : Temps moyen (seconde) consacré par patient par catégorie de prestation et région

	Région de l'Est	Région du Sud
Prestation de services en PF	364.6	400.3
Conseil en PF	524.2	446.4
Documentation en PF sur le patient	664.2	233.7

Source: Provider perspective on family planning indicators in Cameroon (*non publié*)

En l'absence d'autres données disponibles et toute chose étant égale par ailleurs, il est à considérer que cette moyenne 0,37 heures est valable pour toutes les formations sanitaires publiques qui offrent les prestations de planification familiale au Cameroun.

Par ailleurs, il est généralement admis qu'un prestataire de planification familiale, pour être efficace et efficient, devrait quotidiennement recevoir huit (08) patients. Mais compte tenu du fait que cette performance ne peut pas être atteinte partout et de la demande d'offre de service de planification familiale encore relativement faible au Cameroun et particulièrement en milieu rural⁴, nous pouvons estimer à cinq (05) le nombre journalier moyen de patients par prestataire de planification familiale au Cameroun.

Ainsi, avec 5 patients par jour et par prestataire, le temps journalier moyen d'un prestataire de planification familiale dans une formation sanitaire publique est de **1,85 heure soit 1 heure et 51 minutes**.

³ CSI : $2\,412 \times 14,2\% = 343$ et Hôpitaux : $466 \times 14,2\% = 66$

⁴ Selon les résultats de l'EDSC-V, la demande en planification familiale est de 36,2% en milieu rural contre 49% en milieu urbain au Cameroun en 2018 chez les femmes actuellement en union. (INS I. e., 2019, p. 20)

Dès lors, nous pouvons estimer le pourcentage de temps d'un personnel de la santé (infirmier ou médecin) consacré à la prestation de planification familiale dans une formation sanitaire publique. Au Cameroun, le travail commence officiellement à 7h30' et se termine à 15h30' avec une pause d'une heure, soit quotidiennement 07 heures de travail effectif. Avec 1,85 heure journalier consacré à la planification familiale, nous estimons à **26%** le pourcentage de temps consacré par un personnel de la santé (infirmier ou médecin) à la prestation de planification familiale dans une formation sanitaire publique.

S'agissant du personnel affecté au point de prestation de planification familiale dans une formation sanitaire publique, la composition standard de prestataires dans une FOSA est d'une infirmière, d'une sage-femme et d'un médecin. Les points de prestation de PF devant être présents dans toutes les FOSA, il est recommandé qu'il y ait au moins deux personnels formés en PF par point prestation. En plus de la contrainte d'avoir du personnel formé en planification familiale, il n'existe pas de médecin dans les centres de santé intégré (CSI) au Cameroun bien que ceux-ci doivent aussi offrir de prestations de PF aux populations.

Enfin, concernant le traitement salarial du personnel de la santé qui s'occupe des prestations de planification familiale dans les formations sanitaires publiques, il est difficile d'avoir des informations correctes en dehors d'un recensement général du personnel de la santé qui inclue une telle variable. En dehors de formations diplômantes de moyenne et longue durée, avec bonification d'échelon, qui donnent droit à une revalorisation de salaire, les formations de courte durée organisée dans le cadre de renforcement des capacités dans des domaines particuliers comme la planification familiale de donne pas droit à une revalorisation de salaire. Au plus, ce personnel peut bénéficier de certains avantages tels les primes dans le cadre de certaines activités.

Au demeurant, les salaires moyens des infirmiers et médecins en milieu de carrières professionnelles seront considérés pour estimer les coûts globaux des prestataires de la planification familiale dans les formations sanitaires publiques au Cameroun. Pour cela, il est supposé qu'un médecin perçoit un salaire mensuel moyen de 225 000 F et une infirmière ou une sage-femme un salaire moyen de 150 000 F par mois.

Au regard de tous paramètres sus-évoqués, le coût global des ressources financières consacrées par le gouvernement camerounais s'élèverait à environ 366 millions de francs CFA en 2018 comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau 8 : Coûts des ressources humaines consacrées à la planification familiale au Cameroun par le Gouvernement en 2018

	Effectif	Salaire moyen	% de temps PF	Total mensuel	Total annuel
Médecin	66	225 000	26,00	3 861 000	46 332 000
Infirmier et/ou sage-femme	684	150 000	26,00	26 676 000	320 112 000
TOTAL	750	375 000		30 537 000	366 444 000

4.3. Discussions

4.3.1. Parties prenantes

Les parties prenantes intervenant dans le financement de la planification familiale au Cameroun en 2018 sont de plusieurs catégories. Les donateurs ou sources de financement, les intermédiaires et les bénéficiaires ou agents ou utilisateurs des fonds. En dehors de la CENAME qui est une structure intermédiaire qui gère les produits contraceptifs en les stockant et en les mettant à la disposition de prestataires (formations sanitaires), les barrières entre ces trois catégories ne sont pas toujours étanches car une structure peut remplir toutes ces fonctions en même temps.

Parmi les simples donateurs, on peut citer la Fondation Bill et Melinda Gates et le Département pour le développement international (DIFD) des Royaumes unis qui financent les activités de l'UNFPA, le Fonds mondial et les donateurs anonymes qui financent la CAMNAFAW. Ces bailleurs ne sont pas présents au Cameroun et n'ayant pas participé à l'enquête, il est difficile de connaître leurs appréciations sur la gestion des ressources relatives à la planification familiale.

Il y a les donateurs comme l'UNFPA et la GIZ qui sont présents au Cameroun et qui financent directement ou indirectement la planification à travers des projets, ONG et/ou des formations sanitaires.

Il y a le gouvernement et les ONG nationales et internationales qui sont des prestataires de la planification familiale avec les financements extérieurs (CARE, CAMNAFAW, FESADE, OFSAD, CBCHS).

Il y a le gouvernement camerounais qui est source pour certaines ONG nationales (FESADE et OFSAD) et agent à travers la Direction de la Santé Familiale et des formations sanitaires. La grande partie des ressources financières du gouvernement (150 millions FCFA) est consacrée à l'achat des produits contraceptifs sur le marché international par le biais de l'UNFPA.

4.3.2. Flux de ressources financières

Des flux de ressources financières, il faut retenir que tout le financement reçu en une année donnée n'est pas consommée la même année. Il arrive qu'une structure reçoive un financement pour des activités qui vont se dérouler sur plusieurs années. Ainsi, certains financements consommés en 2018 ont été reçus les années antérieures et certains financements reçus en 2018 seront dépensés la même année et les années suivantes.

En effet, quand on compare les soldes des tableaux 4 et 5, on se rend compte qu'il existe une différence de près d'un milliard de FCFA entre les 4 214 583 806 F dépensés en 2018 pour la planification familiale et les 3 324 236 316 F reçus la même

année. Si l'on considère l'utilisation des ressources non financières constituées essentiellement des produit contraceptifs (tableaux 6 et 7), il existe aussi une différence de plus de 266 millions FCFA entre les 2 000 481 034 F de ressources non-financières dépensées en 2018 et les 1 734 084 156 F de ressources non-financières reçues en 2018.

En outre, ces différences s'expliqueraient aussi par l'utilisation en 2018 des ressources de l'USAID reçues antérieurement avant la décision du Président Donald TRUMP de supprimer les financements des USA en faveur de la planification familiale.

Au-delà des raisons évoquées plus haut, aussi bien les donateurs que les bénéficiaires de ressources de la planification familiale au Cameroun ont relevé les facteurs qui entravent le financement de la planification familiale au Cameroun.

4.3.3. Compréhension du financement de la PF au Cameroun

Le formulaire 1 de la collecte de données sur les sources de financements de la planification permet d'apprécier le regard des donateurs sur les problèmes qui entravent le financement optimal de la planification familiale au Cameroun. Le formulaire 2 quant à lui relève l'appréciation de bénéficiaires sur les principales difficultés qu'ils rencontrent pour l'obtention des financements. Dans la suite, un croisement des réponses des uns et des autres permettra d'apprécier les principaux goulots d'étranglement afin de déterminer les éléments sur lesquels ils peuvent agir réciproquement et garantir un financement pérenne et croissant.

4.3.3.1. Niveau de financement des activités de la PF au Cameroun

Au regard d'environ 5 milliards FCFA mobilisés en 2018 pour la planification familiale au Cameroun, en deçà des 6,2 milliards attendus chaque année dans la Plan Opérationnel de la PF, on peut affirmer que le niveau de financement de la planification familiale est insuffisant au Cameroun en 2018 entraînant ainsi la non-atteinte des objectifs.

En dehors du CARE qui juge satisfaisant les financements de ses activités de planification familiale en 2018, toutes les autres structures bénéficiaires, trouvent insuffisants les ressources de la planification familiale. Dans le détail, la Fondation Ad Lucem est souvent sujette aux ruptures de stock de produits contraceptifs dans certaines de ses formations sanitaires et les produits reçus ne sont pas toujours conformes à la demande des patients (beaucoup de préservatifs et moins de DIU). Les ONG FESADE et OFSAD ont des difficultés pour assurer les descentes sur le terrain de leur personnel pour mener les activités de planification familiale. L'UNFPA n'a pas toujours les ressources financières pour assurer la formation des prestataires de planification familiale sur le terrain.

4.3.3.2. Conditions d'accès aux financements et difficultés rencontrées.

De manière générale, le financement des bailleurs et autres donateurs aux projets ou aux prestataires se fait sur la base de plans de travail qui peuvent être annuel, semestriel, trimestriel, mensuel ou autre. En fonction des bailleurs, les mécanismes de gestion de fonds peuvent varier.

Dans le cas des bailleurs comme la GIZ et l'UNFPA, ils interviennent au niveau central du MINSANTE à travers la DSF et au niveau de certaines régions du Cameroun à travers les Délégations Régionales de la Santé Publique et les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé. En fin d'année, les PTA (Plans de Travail Annuel) sont élaborés pour l'année à venir en collaboration avec le MINSANTÉ et ses structures citées en amont. Ce plan d'action est par la suite budgétisé. Dans le budget, on a la partie financée par le partenaire extérieur et l'autre par le gouvernement. Ce budget est exécuté le moment venu selon un chronogramme convenu. Il existe des activités qui peuvent être financées soit à travers les contrats de financement, les subventions locales ou les financements directs.

Des mises à niveau ou des renforcements des capacités sont généralement organisés en début de programme pour accompagner les bénéficiaires en vue d'une gestion optimale des financements reçus. C'est la non-conformité à ces règles et de l'incapacité de gestion des fonds qui sont les causes de l'arrêt ou des suspensions des financements.

Pour leur part, les bénéficiaires et notamment les ONG, il y a l'inaccessibilité de certaines sources de financement et des conditionnalités des bailleurs très contraignants. S'agissant des ONG qui reçoivent des ressources non-financières comme les produits contraceptifs, leurs principales difficultés se situent au niveau des ruptures de stock du fait d'approvisionnement irrégulier. Il y a aussi les péremptions de certains contraceptifs reçus de manière simultanée par deux ou plusieurs sources, ce qui entraîne aussi un surplus d'intrants, qui deviennent largement supérieurs à la demande ou les capacités d'absorption.

Enfin l'UNFPA comme bénéficiaires de fonds est confronté aux priorités compétitives des bailleurs de fonds qui ne permet pas toujours à ce que tous les projets proposés soient financés et surtout au changement aux USA de la politique de Donald TRUMP sur la planification familiale qui fait perdre à l'UNFPA 75 millions de dollars (car le gouvernement anti avortement pense que l'UNFPA finance les pratiques d'avortement).

4.3.3.3. Conditions d'éligibilité aux ressources de la planification familiale

Pour être éligible aux ressources de la planification familiale, les institutions et/ou organisations bénéficiaires doivent remplir certaines conditions :

- l'organisation doit être une structure partenaire, avoir un statut juridique, un dossier fiscal à jour et un compte bancaire. Le transfert doit avoir pour but le financement d'une activité validée lors du Plan de Travail Annuel (PTA) ;
- une demande formelle de financement d'une activité définie doit être adressée et accompagnée d'une fiche technique, d'un budget et d'un chronogramme validés par le responsable de la partie demandeuse. Le budget doit faire ressortir la contrepartie du bénéficiaire du financement (GIZ) ;
- une évaluation indépendante des institutions/organisation est faite pour voir leur capacité à gérer, l'existence institutionnelle d'un système fiable de gestion financière, l'existence d'une expérience confirmée de gestion financière (UNFPA) ;
- la signature d'un mémorandum d'entente entre le bailleurs de fonds et la structure bénéficiaire. Cette dernière bénéficie d'une formation sur les procédures de gestion financière, de reportage, etc. (UNFPA).

En outre, les bailleurs exigent des organisations recevant des fonds de leur institution des rapports périodiques qui justifient les dépenses effectuées en conformité avec les mémoires de dépenses. Il s'agit des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels financiers ; des rapports de Suivi-Évaluation des projets, des Rapports d'Audit et de contrôle, les justificatifs, etc. selon les procédures des bailleurs.

Pour ce qui est des ressources non-financières et des produits contraceptifs en particulier, la CENAME, qui n'est qu'un magasin national, délivre les ressources sur autorisation de la Direction de la Santé Familiale (DSF) qui a signé une convention avec l'UNFPA pour la distribution. Dans la pratique, les ONG adressent une demande à l'UNFPA qui autorise le déblocage gratuit des produits. En dehors des ONG qui bénéficient gratuitement des produits contraceptifs, c'est la DSF qui se charge de toutes les autres transactions des ressources de la planification familiale disponible à la CENAME.

4.3.3.4. Difficultés pour dépenser efficacement les fonds reçus

Les principales difficultés rencontrées par les organisations bénéficiaires pour dépenser efficacement les fonds qui leur ont été transférés par les bailleurs de fonds sont, entre autres, la non-maitrise des procédures administratives et financières ; les lenteurs de décaissements ; les retards de déboursement ; les pesanteurs administratives chez certains prestataires qui se traduisent par les retards dans la mise en œuvre des activités. Ces pesanteurs peuvent aussi relatifs aux retards dans la mise

des fonds à la disposition des prestataires ; les difficultés des prestataires à soumettre des évidences des activités menées ; le manque de supervision suffisantes et adéquates des activités ; l'insuffisance des fonds ; une mauvaise planification des activités et la conjoncture socio-économique.

Les organisations bénéficiaires peuvent faire face à l'inadéquation entre le moment où les fonds leur parviennent et le moment propice pour implanter le projet et y mener des activités.

4.3.3.5. Goulots d'étranglement dans les mécanismes de financement

Les principaux goulots d'étranglement des mécanismes de financement sont entre autres : l'insuffisance des fonds lors de la mise en œuvre d'un projet dû à la conjoncture socio-économique du pays ; l'indisponibilité des fonds au moment de la mise en œuvre des activités ; la non maîtrise des procédures des donateurs par les partenaires de mise en œuvre ; la mobilité du personnel formé aux procédures du donateur ; l'indisponibilité du personnel au niveau des partenaires de mise en œuvre pour soumettre les rapports financiers et les rapports d'activités ; les difficultés des partenaires à mobiliser les fonds de contrepartie au moment de la mise en œuvre des activités et la mauvaise planification des activités.

4.3.3.6. Accessibilité aux fonds du gouvernement pour la planification familiale

Alors que la Direction de la Santé Familiale (DSF) affirme qu'il est aisé d'accéder au financement du gouvernement pour les activités de la planification familiale, toutes les ONG nationales prestataires de planification familiale disent le contraire. Pour elles, il est beaucoup plus difficile de bénéficier des financements du gouvernement par rapport à ceux des bailleurs extérieurs. Cette difficulté est liée aux procédures de décaissement et des lenteurs administratives.

4.3.3.7. Défis lors de la mise en œuvre des services de planification familiale

Les principaux défis lors de la mise en œuvre des services de la planification familiale au Cameroun sont entre autres :

- la formation d'un personnel qualifié pour la mise en œuvre efficiente des services de la planification familiale ;
- la mitigation des fréquentes ruptures de stock des intrants et surtout de certaines méthodes contraceptives ;
- plus d'engagement des communautés notamment des hommes à cause des tabous autour de la planification familiale ;
- la sécurité dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ;

- l'accroissement des financements ;
- la levée des pesanteurs sociales et des barrières culturelles ,
- la perception positive et les informations correctes sur les produits contraceptifs car certaines personnes pensent sérieusement que les produits contraceptifs rendent les femmes stériles.

4.3.3.8. Relever les défis et améliorer la mise en œuvre des services de planification familiale

Pour améliorer la mise en œuvre de services de planification familiale et accroître sensiblement le taux de prévalence contraceptive au Cameroun, un certain nombre de mesures et d'actions doivent être prises. Il s'agit notamment de :

- lever les normes sociales négatives et tabous par une bonne communication ;
- améliorer la gestion logistique de la planification familiale ;
- sécuriser les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest ;
- mobiliser plus de ressources domestiques allouées aux services de planification familiale ;
- renforcer les capacités des prestataires des services de planification familiale ;
- augmenter la sensibilisation des personnes sur les bienfaits des services de planification familiale ;
- impliquer les leaders d'opinion dans les activités de planification familiale ;
- renforcer la planification des activités de planification familiale de telle sorte que les financements octroyés soient en adéquation avec la réalisation du projet et réduire ainsi le niveau de fonds non consommés en fin d'exercice.

Bibliographie

- BUCREP. (2012). *Projections démographiques*. Yaoundé.
- CAMEROUN, R. D. (2009). *CAMEROUN VISION 2035*. Yaoundé.
- Cameroun, R. d. (2009). *Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi*. Yaoundé: MINEPAT.
- CCIMA. (2018). *Rapport sur la situation économique du Cameroun en 2017*. Douala: CCIMA.
- Guttmacher, I. (2014). *Avantages à répondre aux besoins de contraception des Camerounaises*. New York.
- INS. (2019). *Annuaire Statistique du Cameroun* (éd. 2017, Vol. Chap. 14: Elevage et pêche). (INS, Éd.) Yaoundé: 2017.
- INS, I. e. (2019). *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Indicateurs Clés*. Yaoundé et Rockville: INS et ICF.
- INS_MICS5. (2015). *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2014*. Yaoundé.
- INS-ECAM4. (2015). *EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE LA PAUVRETE MONETAIRE DE 2001 A 2014*. Yaoundé: INS.
- INS-MICS. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples*. Yaoundé.
- MINEPAT. (2012). *Etude sur les conditions de bénéfice du dividende démographique au Cameroun*. Yaoundé: UNFPA.
- MINEPAT/CTSE. (2017). *Document Intérimaire de la stratégie pour la Croissance et l'Emploi sur la période 2018-2020*. Yaoundé: CTSE.
- MINSANTE. (2014). *PLANIFICATION FAMILIALE: PLAN OPERATIONNEL DU CAMEROUN, 2015-2020*. Yaoundé: MINSANTE.
- MINSANTE/CNLS. (2013). *Plan Stratégique National de lutte contre le VIH SIDA et IST 2014-2017*. Yaoundé: CNLS.
- MINSANTE-PSNLS. (2000). *Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA au Cameroun, 2000-2005*. Yaoundé.
- MINSANTE-PSNSR. (s.d.). *Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, néonatale et infantile 2014-2020*. Yaoundé: PLMI.
- MINSANTE-SSS. (2016). *Stratégie Sectorielle de Santé, 2016-2027*. Yaoundé: SOPECAM.

EQUIPE DE L'ÉVALUATION

Ont contribué à cette étude à différents niveaux de responsabilité de

1. Avenir Health :

- Barrière FODJO

2. Health Consulting

- Walter YOUDOM NZEALE (Principal Investigator)
- Antoine KAMDOUM (Head Researcher)
- Roger SEUKAP (Investigator Associate)
- Françoise Carine TOUNSSI NANA, Leslie Laura KENGNE, Axel NGAMBONO, Vanina KAMDOUM, Josiane KEGNE, Joachim Jordan TCHOUANSSI
- Sylvie YOUDOM (Operation associate)