

LA PROMOTION DE LA SANTE : ANALYSE HISTORIQUE ET IMPLEMENTATION, CAS DU CAMEROUN

Daniel Ledoux DONG RIM & Raymond EBALE

Université de Yaoundé I
dongrimdan@gmail.com

Résumé

La problématique sanitaire est une préoccupation première des pays en voie de développement. En 1986, l'Organisation mondiale de la santé lance le concept de promotion de la santé, qui met en place des politiques permettant d'agir sur les facteurs déterminant de la santé, afin d'améliorer le niveau sanitaire des dites population. Ce concept qui a connu un large écho arrive en Afrique par la faveur de la mondialisation. Le Cameroun entérine donc cette nouvelle politique qui a le vent en poupe et met en place des politiques afin de l'implémenter dans son système de santé. A partir d'une analyse critique des faits, l'on a pu établir que cette politique a eu des résultats assez peu satisfaisants ; cependant beaucoup reste encore à faire. Une série de mesures devront donc être mises en place afin d'avoir des résultats de plus en plus satisfaisant de la promotion de la santé.

Mots clés : Cameroun, promotion, santé, Afrique, OMS

Abstract

The health issue is a primary concern of developing countries. In 1986, the World Health Organization launched the concept of health promotion, which established policies to act on the determining factors of health, in order to improve the health level of these populations. This concept, which has had a large echo, arrives in Africa thanks to globalization. Cameroon therefore endorses this new policy which has the wind in its sails and sets up policies to implement it in its health system. From a critical analysis of the facts, it has been established that this policy has had rather unsatisfactory results; however, much remains to be done. A series of measures will therefore have to be put in place in order to have increasingly satisfactory health promotion results.

Keys words : Cameroon, promotion, health, Africa, WHO

Introduction

Le concept de promotion de la santé (PS) est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant le processus qui donne aux populations mondiale les moyens d'assurer davantage de contrôle sur leur propre déterminant de santé, et de les améliorer. Il s'agit donc de placer l'individu au centre du processus d'assainissement

de son environnement afin de mettre en place des conditions favorables à une bonne santé. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle les individus sont au centre de la réalisation leurs ambitions visant à satisfaire leurs besoins en exploitant leur environnement. La santé cesse ainsi d'être l'exclusivité des seuls professionnels du domaine, pour se mouvoir en la préoccupation de l'homme en tant que personne, mais aussi en tant qu'animal social. Il s'agit donc d'une composante essentielle de la santé publique, et consiste à mettre les politiques adéquates. Ceci dit, quelle analyse pouvons-nous faire de la PS au Cameroun depuis l'avènement de la mondialisation, soit entre 2000 et 2020 ? Un bref aperçu de l'histoire mondiale de la PS nous permettra de mieux comprendre son implémentation au Cameroun, afin de pouvoir proposer des perspectives pour l'amélioration de la mise en œuvre de ce concept relativement nouveau en Afrique subsaharienne.

I. Historique général de la promotion de la santé

Le concept de PS d'une manière générale s'est fait à deux vitesses : lancé en 1986 avec la charte d'Ottawa, elle gagne l'ensemble des pays d'occident avant flirter avec le continent africain début 2000.

1.1. Les rencontres internationales pour la promotion de la santé dans le monde

A travers le monde, des conférences pour la PS se sont succédées. Dès 1986 la charte d'Ottawa avec pour but de mettre en place un ensemble de mesures, et des dispositions permettant d'atteindre un objectif de santé pour tous en 2000 et même après (OMS, 1986 : 1). En 1988, les recommandations d'Adélaïde arrivent comme un additif à la charte d'Ottawa. Elle définit ainsi les caractéristiques d'une politique publique saine (OMS, 1988 : 1). En 1991, a lieu la troisième conférence pour la promotion de la santé à Sundsvall (J. A.Haglund Bo et *al.*, 1997 : 7). Cette conférence apporte un concept nouveau à la PS, celui de l'environnement, qui devient un déterminant essentiel de la PS. En 1997, à l'aube de la mondialisation, la déclaration de Jakarta pour la promotion de la santé (OMS, 1997 : 9). Cette déclaration a pour but d'arrimer les politiques de PS aux réalités de la mondialisation qui, amplifié par les réseaux de communication, a tendance à abolir les frontières surtout culturelle entre les hommes. En 2000, la PS entre

dans une nouvelle ère. La mondialisation a dévoilé les différentes “castes sociales” du monde. L’extrême pauvreté de certaines pays/populations surtout des pays d’Afrique et de l’Asie face au populations/pays riche ont posé un cas de conscience à la communauté internationale. Dans cette optique, la déclaration interministérielle de Mexico est convoquée pour établir une politique visant à définir des normes afin de “faire place à l’équité”. Pour elle, “la promotion de la santé doit être un élément fondamental des politiques et programmes publics de tous les pays en quête d’équité et d’une meilleure santé pour tous” (OMS, 2000 : 1). En 2005, la charte de Bangkok a pour but de permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même d’améliorer leur santé (OMS, 2005 : 1). Cette charte réaffirme l’importance de la charte d’Ottawa, tout en l’adaptant aux nouvelles données imposées par la mondialisation. En 2009, pour la première fois, une rencontre internationale pour la promotion de la santé a eu lieu en Afrique. L’appel à contribution de Nairobi, la septième conférence du genre, se tint dans un contexte de crise, notamment la crise économique de 2008, de changement climatique, mais aussi avec l’émergence de nouvelles pathologies, notamment le virus de l’immunodéficience humaine et le syndrome de l’immunodéficience acquise (VIH/SIDA), le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), du virus de la fièvre du Nil occidental, virus Ebola, le virus de la grippe aviaire Cette conférence prône donc l’application des résolutions prises lors de la conférence d’Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, et insiste sur la nécessité de davantage agir sur les déterminants sociaux de la santé. En 2013, en Helsinki en Finlande, s’est tenue la huitième conférence pour la promotion de la santé (OMS, 2014 : 1). Elle les invite à une prise de conscience, d’équité et de responsabilité car les politiques nationales et internationales ont un impact sur les déterminants de la santé. Elle invite ainsi les principaux acteurs concernés à mettre en place des politiques saines de promotion de la santé afin d’agir efficacement et de manière efficiente sur les principaux déterminant de la santé. En 2016, la déclaration de Shanghai s’inscrit dans une nouvelle donne, celle des objectifs du développement durable (ODD) établit un an plus tôt. Il s’agit donc de mettre en place des canons pour mener des politiques fiables de PS irréversibles. Enfin, en 2019 la déclaration de Rotorua appréhende la PS de manière globale. Il ne s’agit non d’impliquer uniquement les gouvernements, mais

d'impliquer tout le monde entier dans un processus de santé et développement durable. Cependant, il faut attendre les années 2000 pour que la promotion de la santé soit un concept réalité en Afrique.

1.2. La rencontre internationale de promotion de la santé en Afrique

En Afrique les rencontres internationales pour la PS débutent en 2001. Celles-ci se veulent d'être adaptées aux réalités africaines. En 2001 la première conférence africaine pour la PS, la stratégie régionale africaine de PS est mise en place lors de la 51^{ème} session de l'OMS zone Afrique à Brazzaville, au Congo. Cette stratégie a reconnu que la PS était un problème dans le continent. Ces problèmes sanitaires sont originaires des facteurs physiques, économiques, et sociaux et culturels (OMS, 2001 : 1). Il est donc question d'agir sur ces déterminants afin d'améliorer l'état sanitaire du continent. En 2008, une nouvelle impulsion a été apportée à la PS en Afrique. Ainsi, la déclaration de Ouagadougou des Etats membres de la région africaine de l'OMS sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique le 30 avril 2008 "réaffirme les principes de la Déclaration d'Alma-Ata de septembre 1978, en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux Gouvernements de veiller à la santé de leurs populations" (OMS a, 2008 : 2). La troisième conférence pour la promotion de la santé en Afrique se tint à Alger en juin 2008 avec pour thème "réduire le déficit de connaissances pour améliorer la santé en Afrique" (OMS b, 2008 : 1). Cette conférence est convoquée dans un contexte de pauvreté, de dérèglement climatique, de d'expansion des maladies nouvelles, émergentes, tropicales négligées, à potentiel épidémique (MAPE) et autres situations d'urgences complexes qui menacent davantage les personnes vulnérables. Il s'agit donc de mettre en synergie tous les intervenants du domaine de la santé et de mettre en place des politiques de développement d'équité, d'éthique et de confiance du public, de soutenir les efforts nationaux dans le domaine de la recherche et coopération en santé, de renforcer la coopération Sud-Sud et Nord-Sud, y compris le transfert de technologies. En aout 2008, a lieu la quatrième la conférence sur la PS à Libreville (OMS, 2008 : 3). Cette dernière intervient dans un contexte où plus de 32% des décès sont liés aux facteurs de risque évitables liés à la détérioration de l'environnement, relevé par la pauvreté qui expose davantage les

populations les plus vulnérables, environ 60% des écosystèmes sont détruit ou menacés, mais aussi la non implémentation de la convention de Bamako sur la gestion des Déchets dangereux. Cette conférence rappelle donc la nécessité de mener davantage de recherche pour être mieux informé sur l'impact des facteurs environnementaux sur l'homme en région africaine ; la nécessité de mettre en place une politique fiable de développement durable ; et la nécessité de trouver des solutions adéquates pour faire face aux facteurs environnementaux qui entravent le processus d'assainissement. En 2010, la cinquième conférence pour la PS s'est tenue en Afrique dans un contexte chaotique : accentuation du déficit économique et pauvreté, détérioration de la sécurité alimentaire, ravages causés par la pandémie de VIH/sida, destruction de l'environnement, augmentation du chômage, recul général des indicateurs de développement humain (OMS, 2010 : 4). La conférence prend ainsi des mesures à plusieurs niveaux. Sur le secteur spécifique de la santé, il faut renforcer les performances des ministères de la santé (MINSANTE), renforcer les capacités dans les domaines de l'élaboration des politiques, du leadership et du plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, plaider pour l'adoption de lois et de règlements garantissant à l'ensemble de la population un haut niveau de protection socio-sanitaire, mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé universels et de qualité, accroître l'équité dans le financement de la santé et l'allocation des ressources. Pour ce qui est de l'intervention autre que dans le secteur de la santé, il a été décidé de mettre en place un système permettant de garantir la protection sociale tout au long de la vie, d'élaborer ou promouvoir des politiques axées sur les milieux favorables à la santé et les populations en bonne santé, de veiller à l'équité en santé dans toutes les politiques, d'évaluer et atténuer les effets néfastes du commerce international et de la mondialisation, de renforcer la bonne gouvernance à l'échelle mondiale pour promouvoir la santé et l'équité en santé, d'investir dans le développement du jeune enfant pour garantir l'équité dès le départ, d'intégrer la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé, d'intégrer et promouvoir l'égalité entre les sexes, de s'attaquer à l'exclusion sociale et à la discrimination, de favoriser l'émancipation politique, de Protéger, voir améliorer les déterminants sociaux de la santé pendant les conflits, et de veiller au suivi systématique, à la recherche et à la formation. Le

Cameroun, partie de ces différentes conférences sur la PS a ainsi mis en place des politiques et institutions permettant d'implémenter lesdites politiques au Cameroun.

II. Implémentation de la promotion de la santé au Cameroun

L'implémentation de la PS au peut être classé de manière diachronique à deux niveaux : le premier allant de 2001 à 2010, et le second niveau de 2011 à 2015, le tout couronné par des institutions chargées de mettre en place les politiques de PS.

II.1. Les activités pour la promotion de la santé au Cameroun entre 2001 et 2010

Les activités pour la promotion de la santé au Cameroun peuvent être regroupées en trois catégories : l'équité d'accès aux soins de santé, l'utilisation rationnelle des ressources, et les réformes institutionnelles.

II.1.1. L'équité d'accès aux soins de santé

Depuis 2000, l'Etat camerounais a mis en place des réformes permettant l'égalité d'accès aux soins de santé. Parmi ces actions, on distingue le contrôle des prix des médicaments afin de les harmoniser, la mise sur pieds d'une ligne budgétaire pour les indigents de certaines formations sanitaires, la gratuité du traitement contre la tuberculose et le SIDA depuis 2007, le dépistage gratuit du SIDA pour les populations vulnérables (femmes enceinte, détenus de prisons, étudiants, personnes âgées ...), la réduction des prix médicaments vendus dans les pharmacies des formations sanitaires allant jusqu'à 65%, le prix de l'insuline qui est passé de 14000 à 3000 FCFA, la dialyse pour les insuffisants rénaux subventionnée à hauteur de 55000 pour la séance (les patient ne payant désormais que 5000 FCFA), la baisse des prix des médicaments contre le paludisme et le cancer, la construction de nouveaux formations sanitaires, et la mise sur pieds tant bien que mal des mutuelles de santé (MINSANTE, 2001 : 28). Cependant, malgré toutes ces réformes, beaucoup reste encore à faire car les couches les plus vulnérables ont encore les difficultés à avoir accès aux soins de santé.

.....11. II.1.2. L'utilisation rationnelle des ressources

Le Cameroun a mis en place, à travers les accords et les partenariats signés en 2001, des normes en matière de gestion des ressources. Il s'agit donc de rationaliser l'utilisation des ressources afin que nulle ne se sente lésé. Ainsi, le partenariat public-privé a été renforcé, le paquet minimum d'activité et le paquet complémentaire d'activité (il s'agit, selon le niveau d'appartenance de la formation sanitaire, d'un ensemble d'activité ou de service qui doivent absolument être toujours disponible au sein de la formation sanitaire et qui donc justifie de l'appartenance de cette formation sanitaire à sa dite catégorie) ont été mis sur pieds.

II.1.3. Les réformes institutionnelles

Sur le plan institutionnel, il a été mis sur pieds des programmes prioritaires, le développement des districts de santé, le renforcement des institutions de la santé, le secteur hospitalier est réformés, l'élaboration des mutuelles de santé, la mise en place des unités de recherche en santé et en bioéthique, la mise en place d'un projet de développement des ressources humaines, la mise en place effective du SAMU, la subvention et la disponibilité des médicaments, le renforcement de la bonne gouvernance, et l'engagement du processus de réaménagement des formations sanitaires vétustes.

Entre 2001 et 2010, plusieurs réformes institutionnelles ont été apportées pour toujours porter la santé à un niveau de développement plus élevé. Ceci dit, durant cette période, des recommandations ont faites notamment accorder une attention particulière à la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles et émergentes, l'amélioration de la communication dans le système de santé, l'amélioration du cadre juridique de la santé, et porter plus d'attention à la santé mentale, la lutte contre la drogue, le tabagisme et autre. La seconde phase des activités de PS au Cameroun va de 2011 à 2015.

II.2. Les activités pour la promotion de la santé au Cameroun entre 2011 et 2015

Les activités pour la PS entre 2011 et 2015, sont regroupées en 3 classes d'activités : la communication intégrée en faveurs des programmes de santé, la sécurité, la nutrition et l'environnement, et la prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles.

II.2.1. Classe d'activité 1 : communication intégrée en faveur des programmes de santé

La communication joue un rôle important dans le processus de promotion de la santé. C'est l'élément essentiel, voire le pilier du concept car, elle permet de sensibiliser l'opinion publique sur les pratiques et programmes de santé. Au Cameroun, les activités liées à la communication en faveur des programmes de la santé sont divisées en quatre types majeurs d'intervention. Il est question en amont de mettre à disposition des matériaux et outils de communication. Ces outils une fois conçus, vont permettre la diffusion et la vulgarisation des programmes de santé qui, nécessiteront par la suite d'être davantage appuyés avec des pratiques telles que promotion des pratiques familiales essentielles et l'organisation des vacances sans SIDA, la célébration des journées mondiales, africaines et Camerounaises de lutte contre la maladie. Ces activités permettent de conscientiser les populations, de renforcer la communication en faveur des bonnes pratiques de santé pour éliminer et/ou prévenir les maladies transmissibles.

II.2.2. Classe d'activité 2 : santé, nutrition, et environnement

La seconde classe d'activité, intitulée santé, nutrition et environnement, est la plus importante dans pour un processus de promotion de la santé. La promotion de la santé commence donc par la mise en place d'un environnement sain, de la qualité de vie, et de la capacité de prendre soin de soi en cas de maladie. Cette classe d'activité est déterminante car elle répond aux appels des différentes conférences internationales et africaines pour la promotion de la santé. On peut ainsi citer la charte d'Ottawa de promotion de la santé, la première du genre, qui est considéré comme étant le document de référence pour une politique de promotion de la santé. La classe est subdivisée en 4 catégories d'action. Il s'agit premièrement des actions à mener dans le cadre de l'hygiène du milieu et hygiène corporelle. Il s'agit ici d'assainir non seulement le milieu de vie, mais aussi les habitudes hygiéniques personnelles. Cela passe par l'organisation des campagnes de lutte anti vectorielle, les campagnes d'hygiène individuelle et collective, la gestion des déchets hospitaliers par l'incinération, le développement des outils éducatifs, et les causeries éducatives. Il est donc question d'aménager et de ménager l'environnement afin de mettre en place un cadre de vie

agréable et propice à l'épanouissement sanitaire des hommes. À l'assainissement du cadre environnemental, s'ajoute la surveillance de la qualité de l'eau consommée. C'est dire l'eau non potable est source de maladie, notamment les maladies diarrhéiques telle que le choléra. Les activités de promotion de la santé doivent ainsi s'assurer que non seulement l'eau consommée par les populations est de qualité, mais aussi elle devra mener des campagnes de potabilisation de l'eau et sensibiliser les populations, voir les éduquer sur le problème. Aucune santé ne peut ainsi être possible sans sécurité alimentaire. La promotion de la santé au Cameroun reconnaît que la qualité des aliments consommés est un atout pour la santé et la préservation contre les maladies. Dans son programme, elle a mis en place un programme d'inspection et surveillance de la qualité de production des aliments et des denrées alimentaires, de promotion des normes alimentaires, de formation des commerçants sur les normes de préparation et de stockage hygiénique des populations, et de vulgarisation de ces normes.

II.2.3. Classe d'activité 3 : prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles

La troisième classe d'activité, la dernière, attaque véritablement le vif du sujet : la prévention de la malnutrition et des maladies non transmissibles. Les premières préoccupations en matière de nutrition sont directement dirigées vers les enfants, les nourrissons et les femmes enceintes. Il s'agit donc de façon impérative de protéger les enfants, les jeunes enfants pour qu'ils aient à la base une alimentation maternelle (au sein) optimale, un repas équilibré en quantité et en qualité pour une bonne croissance, et une hygiène de vie pour la prévention des maladies. Il s'agit donc de la promotion de la consommation des fruits, de la supplémentation en micro nutriments, des légumes et fortifiants alimentaires, de la prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et des mères allaitantes, d'une alimentation adéquate de la femme en âge de procréer pendant la grossesse et l'allaitement, et de la promotion des comportements sains.

L'ensemble des classes d'activité semble avoir bien intégré le concept de PS. De la communication, passant par la santé, la nutrition et l'environnement, pour terminer avec la prévention primaire des maladies non transmissibles, on peut dire que la PS au Cameroun est dans un dynamisme embryonnaire qui s'approprie un concept né en 1986, avec la charte d'Ottawa.

.....12. II.3. Les acteurs de la promotion de la santé au Cameroun

Le cadre administratif désigne les organes et coopérant du ministère de la santé publique qui l'accompagnent dans la mise en place des politiques de PS. Il s'agit de la direction de la promotion de la santé, du centre d'hygiène et d'assainissement, de la sous-direction de la prévention et de l'action communautaire, et de la sous-direction de la santé mentale.

II.3.1. La direction de la promotion de la santé et le centre d'hygiène et d'assainissement du territoire

Au sein du MINSANTE, une direction de la PS a été créée pour implémenter le concept dans le pays. Cette direction comprend quatre sous directions à savoir la Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition, la Sous-Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement, la Sous-Direction de la Prévention et de l'Action Communautaire, et la Sous-Direction de la Santé Mentale. Les missions de cette direction créée en 2013 sont de faire de la promotion de la santé une appropriation nationale et de mobiliser les opinions pour la cause, de mettre en place des stratégies de prévention des principales causes de maladie et de malnutrition, de mettre en œuvre une politique d'hygiène, d'assainissement et de gestion des déchets, de promouvoir la santé mentale. Cette direction est aussi chargée de la mise en place des mutuelles de santé et des systèmes d'assurance maladie en liaison avec les administrations concernées (MINSANTE, 2013 : 32).

Le centre d'hygiène et d'assainissement du territoire, comme son nom l'indique, a été créé avec pour but de promouvoir les comportements sains en matière d'environnement sur le territoire camerounais. Il est subdivisé en deux services : le service de l'hygiène du milieu et le service de l'eau. Ses missions sont nombreuses. Il est ainsi chargé de la définition et de la promotion des mesures d'hygiène individuelle et collective, la certification des normes de qualité des eaux et du contrôle de leur respect, la réglementation des activités d'assainissement du milieu, de l'homologation des pesticides et des désinfectants utilisés en santé publique, du contrôle sanitaire des industries alimentaires et polluantes, du suivi des activités de lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles, la promotion de la

qualité de l'eau dans les activités de soins de santé primaires, et de l'homologation des technologies utilisées dans le traitement de l'eau de boisson.

II.3.2. La sous-direction de la prévention et de l'action communautaire et la sous-direction de la santé maternelle

Cette sous-direction a été créée pour coordonner les actions à l'échelle communautaire. Elle dispose de deux services : celui de l'éducation pour la santé et celui de la mobilisation sociale. Elle a pour mission d'élaboration et de mettre en œuvre de la stratégie gouvernementale dans le cadre de référence de promotion de la santé, d'opérer une mobilisation sociale en faveur de la santé, du développement et du suivi de la mise en œuvre de la collaboration avec les secteurs administratifs apparentés à la santé, de mettre en place et de diffuser les méthodes de sensibilisation visant à prévenir les principales causes de maladie, d'invalidité et de décès ; de formuler et de coordonner toutes les actions d'éducation pour la santé, de définir les objectifs éducatifs en matière d'éducation pour la santé, d'appuyer et du suivre les mutuelles de santé, en liaison avec les administrations concernées, et de participer à la mise en place du système de protection sociale, en liaison avec les administration concernées.

La sous-direction de la santé mentale quant à elle est un outil administratif qui accompagne le processus de promotion de la santé. Il est constitué de deux services : le service de promotion de la santé mentale et de la psychiatrie, et le service de lutte contre la toxicomanie, le tabagisme et l'alcoolisme. Cette direction est chargée du développement et du suivi des activités des mutuelles de santé, en liaison avec les administrations concernés, de la participation à la mise en œuvre du système de protection sociale, en liaison avec les administrations et organismes concernés, et de la mise en œuvre des stratégies visant à renforcer l'implication des communautés dans les activités de promotion de la santé.

III. Analyse critique de la promotion de la santé au Cameroun et perspectives

Au vu de ce qui précède, une analyse critique des actions mises en place par les pouvoirs publics pour la PS au Cameroun entre 2000 et 2015 pour mesurer l'impact de ces politiques.

III.1. Analyse critique de la promotion de la santé au Cameroun : quel impact en 2015 ?

L'impact de la PS au Cameroun entre 2000 et 2015 peut être mesuré à plusieurs niveaux : l'environnement de vie, les aptitudes favorables à la santé, et le développement du système de santé.

III.1.1. L'impact de la promotion de la santé au niveau de l'environnement de vie

L'impact de la PS au niveau de l'environnement de vie, l'impact de la PS reste très mitigé, cependant, l'on ne saurait totalement ignorer les avancés réalisés. Pour ce qui est de l'adduction en eau potable, gestion des déchets, hygiène et assainissement du milieu, les ménages utilisant a augmenté de 13,28% entre 2011 et 2014 ; cependant, 27% des ménages n'ont pas à cette date accès à une source en eau potable, et 10,9% de ces derniers utilisent sur source améliorée (MINSANTE, 2016 : 9). Plus alarmant, les ménages utilisant des toilettes améliorées a diminué de 13,28% entre 2011 et 2014. De même, la gestion des déchets ménagers qui a augmenté reste un problème majeur malgré la présence de la société HYSACAM (Hygiène et Salubrité du Cameroun) et le plan national de gestion des déchets hospitaliers. La qualité de l'air elle aussi ne s'est pas améliorée, car les voitures ayant plus de 15 ans âges représentent 92% du parc automobile du pays en 2105, source de la pollution de la qualité de l'air. Les infrastructures sportives ouvertes au public restent encore insuffisant, avec seulement 10 plates-formes sportives de proximité, 03 parcours Vita (Yaoundé, Douala, Bamenda) et des complexes sportifs dans certaines villes (Bertoua, Bafoussam, Maroua, Ebolowa, etc.) qui sont mal entretenus. En milieu carcéral, on observe une promiscuité dans l'ensemble des établissements ; en 2015, on dénombre 27000 détenus pour une capacité globale d'accueil de 16000 places, soit un surplus de 11000 détenus pour 23 médecins; 36 Infirmiers Diplômés d'État, 113 Aides-soignants, et 34 Agents Techniques Médico-Sanitaires.

III.1.2. Impact de la promotion de la santé sur les aptitudes favorables à la santé

La première aptitude favorable à la santé est la nutrition, or au Cameroun la prévalence de la mal nutrition chronique est resté sans grand changement entre 2011 et 2014, soit environ 31%, même si la malnutrition modérée et sévère a relativement diminué, passant de 5,6% à 5,2% pour la même période ; et l'utilisation du sel iodé a diminué de 4,9% entre 2011 et 2014, malgré l'arrêté N° 0113/A/MSP/SG/DSFM du 29 mai 1991 institue l'iodation obligatoire du sel sur toute l'étendue du territoire national. Au niveau de l'action communautaire pour la PS, le Cameroun a adopté en 1993, la politique de réorientation des soins de santé primaires issue de l'Initiative de Bamako. Ainsi, au Cameroun cet engagement s'exprime par la participation des populations au financement des soins de santé, la participation des représentants des communautés à la cogestion, les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile, les prestations des agents de santé communautaire, et les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé. Dans cette optique, le budget pour la promotion de la santé est passé de 0,3% entre 2007 et 2008 à 1% entre 2011 et 2015. Sur le plan de la planification familiale, la prévalence des contraceptifs est passée de 16% en 2011 à 34,4% en 2014.

III.1.3. Impact de la promotion de la santé sur la prévention de la maladie

A partir de 2010, le Cameroun a connu une baisse globale de la morbidité, ainsi qu'une transition épidémiologique avec une baisse de la prévalence des maladies transmissibles (VIH/Sida, IST, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales), et une augmentation des maladies non transmissibles (Onchocercose, filariose lymphatique, Schistosomias, Helminthiases intestinales, Lèpre, Ulcère de Buruli, Trachome, Trypanosomiase humaine africaine). Cependant, d'une manière générale, le taux de maladies est en baisse soit environ 75000 cas en 1990 à environ 60000 en 2013. Ce résultat est dû à l'implication financière du pays. Ainsi, "entre 2007 et 2015, les financements alloués à la prévention de la maladie et à la prise en charge des cas représentaient respectivement 29,7% et 30% du budget du MINSANTE. Mais, d'après les comptes nationaux de la santé, les dépenses totales relatives à la prévention de la maladie s'élevaient à 13,6 milliards de FCFA en 2011, soit 2,9% des dépenses totales de santé" (MINSANTE, 2016 : 9).

D'une manière générale, la PS au Cameroun a permis l'augmentation de l'espérance de vie qui passe de 51 ans en 2000 à 58,1 ans en 2018, le recul de la mortalité infanto-juvénile qui quitte de 122 décès en 2011 à 79 décès en 2018 pour 1000 naissances vivantes, mais aussi la hausse de la proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés, de l'ordre de 48,2% en 2004 à 75,3% en 2014. Aussi, la mortalité maternelle qui passe de 782 à 464 décès maternels pour 100000 naissances vivantes entre 2011 et 2018 ; et le ratio personnel soignant/population, qui reste inférieur à la norme établie par l'OMS qui est de 2,3 pour 1000 habitants en 2009.

III.2. Perspectives en vue d'améliorer les prestations de la promotion de la santé au Cameroun

La PS au Cameroun depuis 2000 présente un bilan peu brillant. Malgré les aspects positifs, de nombreux points restent encore à améliorer.

III.2.1. Améliorer le rapport population/formation sanitaire/personnel sanitaire

De prime abord, il est nécessaire d'améliorer la gouvernance du système de santé notamment avec le renforcement de son système d'information, la multiplication des formations sanitaires (FOSA), du personnel sanitaire, ainsi que leur répartition équitable sur l'ensemble du territoire camerounais. Ceci dit, dans ces FOSA, il est nécessaire d'améliorer les plateaux techniques des hôpitaux centraux et de référence, et valorisation le potentiel thérapeutique local. Il est ainsi primordial de rapprocher davantage les FOSA des populations, de multiplier les campagnes de vaccination, de promouvoir les mutuelles de santé et les assurances.

.....13. III.2.2. Améliorer la qualité et le milieu de vie des populations

Ainsi, il faut intensifier les campagnes d'information, de formation, et de dépistage des maladies à potentiel épidémique (MAPE), accompagner les populations surtout vulnérables dans l'application des mesures barrières des maladies transmissibles et non transmissibles. Il s'agit donc d'intensifier les campagnes de vaccination, d'intensifier les actions d'assainissement sanitaire, mettre en place des programmes d'éducation alimentaire, d'éducation sexuelle surtout de la

jeune fille, et d'hygiène du milieu de vie. L'amélioration de la qualité de vie passe aussi par l'augmentation du niveau de vie des populations. Il donc d'une manière générale d'augmenter le salaire minimum interprofessionnel garanti qui est actuellement de 36270 F CFA, tout en stabilisant les prix des produits de première nécessité du panier de la ménagère. Il faut ainsi combattre le trio maléfique : la corruption, les détournements de fond public, et la mal gouvernance.

Conclusion

L'historique de la PS a débuté dès 1986 avec la charte d'Ottawa. Cependant, cette politique nouvelle mise en place par l'OMS a progressivement été implémentée à travers le monde et n'arrive réellement sur le continent africain qu'au début du 21^{ème} siècle. C'est donc dans les années 2000 que le Cameroun commence à mettre en place les principes de cette politique. Ceci dit, les résultats obtenus sont peu réconfortant, malgré les avancés observé. Ceci dit, il n'en demeure pas moins qu'une série d'actions ciblée à court, moyen, et long terme pourra sans doute propulser les actions de la PS à de meilleurs résultats.

Bibliographie

OMS (1986), "Promotion de la santé, charte d'Ottawa", Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (1988), "Les recommandations d'Adélaïde", Genève, Organisation mondiale de la santé.

J. A.Haglund Bo, D. Finer et P. Tillgren (1997), "conférence internationale sur la promotion de la santé (1991 : Sundsvall, Suède)", Organisation Mondiale de la Santé.

OMS (1997), "The Jakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st Century", Geneva, World Health Organization.

OMS (2000), "Faire place à l'équité", Rapport de la cinquième conférence mondiale sur la promotion de la sante, Mexico.

OMS (2005), "La charte de Bangkok pour la promotion de la sante à l'heure de la mondialisation", Rapport de la sixième conférence pour la promotion de la santé, Bangkok, organisation mondiale de la santé.

OMS (2014), "Ce qu'il faut savoir au sujet de la sante dans toutes les politiques", Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2001), “Rapport de la 51^{ème} session, 27 août – 1^{er} septembre 2001”, Brazzaville, Organisation mondiale de la santé.

OMS a (2008), “Déclaration de Ouagadougou Sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la sante en Afrique au cours du nouveau Millénaire”, Déclaration des Etats membres de la région africaine de l’OMS, Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS b (2008), “Rapport de la Cinquante-huitième session Yaoundé, Cameroun, 1^{er} – 5 septembre 2008”, Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS c (2008), “Déclaration de Libreville sur la Santé et l’Environnement en Afrique”, Libreville, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2010), “Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la région africaine”, Malabo, Organisation mondiale de la santé.

MINSANTE (2013), Décret N°2013/093 du 03 avril 2013, portant organisation du ministère de la santé publique.

MINSANTE (2016), “Stratégie sectorielle de santé 2016 – 2027”, ministère de la santé publique, Draft du 11 Janvier 2016.

MINSANTE (2001), “Stratégie sectorielle de santé 2001-2015” ministère de la santé publique.

République du Cameroun (2020), “Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 : Pour la transformation structurelle et le développement inclusif (SND30)”, Ministère de l’Économie, de la Planification et de l’Aménagement du Territoire (MINEPAT).