

# Maintenir la présence des personnels soignants dans les formations sanitaires rurales enclavées au Cameroun

## Rapport complet

Cette note d'information stratégique a été préparée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé, une unité de recherche au sein du chapitre camerounais de l'Initiative Evidence Informed Policy Networks (EVIPNet)

Décembre 2011

For Best Practices in Health

**CDBPS-H**

Pour des Bonnes Pratiques en Santé

**SURE**  
Supporting the Use of Research Evidence

**EVIPNet**  
EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK

### Audience de cette NIS

Décideurs politiques et leurs conseillers, gestionnaires en santé et autres parties prenantes intéressées par le problème soulevé par cette note d'information stratégique

### Pourquoi cette NIS ?

Pour **informer** sur les **délibérations** faites sur les politiques et les programmes de santé en **résumant les meilleures bases factuelles disponibles** par rapport au problème et aux solutions viables envisagées

### Qu'est ce qu'une NIS fondée sur des bases factuelles ?

Il s'agit de synthèse de résultats de la recherche regroupant **des bases factuelles globales issues** des revues systématiques et **les bases factuelles locales** pour éclairer la prise de décision et informer les délibérations sur les politiques et programmes de santé

**\*Revue Systématique** : Un résumé des études qui répondent à une question clairement formulée et qui utilisent des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et évaluer de façon critique les recherches pertinentes et pour collecter et analyser les données de cette recherche.

### Rapport Complet

Cette NIS existe sous forme de **messages clés** et de **résumé d'orientation**.

## Auteurs

### Robert Marie Mba, PhD, Sociologue

Chercheur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé  
Hôpital Central – Yaoundé, Cameroun  
Email: [robertmariemba@yahoo.fr](mailto:robertmariemba@yahoo.fr)

### Frédéric Messi

Assistant de Recherche, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé  
Hôpital Central – Yaoundé, Cameroun  
Email: [fredericmessi@yahoo.fr](mailto:fredericmessi@yahoo.fr)

### Dr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc

Directeur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé  
Hôpital Central – Yaoundé, Cameroun  
Email: [pc.ongolo@gmail.com](mailto:pc.ongolo@gmail.com)

## Adresse pour correspondance

Dr Pierre Ongolo-Zogo, B.P 5604 Yaoundé - Cameroon

## Procédure de Revue Interne

Cette note d'information stratégique a été revue par Dr David Yondo du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé ; Dr Andy Oxman et Dr Susan Munabi Babigumira du Norwegian Knowledge Centre for Health Services – Oslo ; Mr Kaelan Moat du Program for Policy Decision – Hamilton et par les responsables de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique du Cameroun : Pr Samuel Kingue, Mr Achille Bela et Dr Hadidja Amani.

## Conflit d'intérêts

Aucun.

## Remerciements

Initiative pour la Recherche en Santé Mondiale administrée par le Centre de Recherches pour le Développement International – Ottawa, Canada  
Le projet de recherche SURE – Bourse de recherche de l'Union Européenne

## Citation

Mba R.M., Messi F., Ongolo-Zogo P. 2011. Maintenir la présence de personnels soignants dans les formations sanitaires rurales au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun



**SURE** – Supporting the Use of Research Evidence (SURE) for Policy in African Health Systems – is a collaborative project that builds on and supports the Evidence-Informed Policy Network (**EVIPNet**) in Africa and the Regional East African Community Health (**REACH**) Policy Initiative. SURE is funded by the European Commission's 7<sup>th</sup> Framework Programme.

[www.evipnet.org/sure](http://www.evipnet.org/sure)

The Centre for Development of Best Practices in Health (CDBPH) is a research unit that was established in June 2008 at the Yaoundé Central Hospital. Its aim is to foster knowledge translation and exchange for better health in Africa. CDBPH is a knowledge brokerage unit designed to link health researchers with health decision makers. This initiative aims to assist researchers by collecting, synthesising, re-packaging, and communicating relevant evidence in user-friendly terms that stakeholders at many different levels can both understand and use effectively. The CDBPH also intends to serve health decision makers by providing capacity building opportunities, providing evidence summaries, and identifying needs and gaps related to Evidence to Practice. [www.cdbph.org](http://www.cdbph.org)

The **Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)** promotes the use of health research in policymaking. Focusing on low and middle-income countries, EVIPNet promotes partnerships at the country level between policymakers, researchers and civil society in order to facilitate policy development and implementation through the use of the best scientific evidence available.

[www.evipnet.org](http://www.evipnet.org)

# Messages clés

## *Le problème*

- Plusieurs dizaines de centres de santé intégrés (CSI) et de centres médicaux d'arrondissement (CMA) ruraux sont désertés par le personnel soignant alors que des centres de santé urbains sont en sureffectif. Cette situation entrave lourdement la viabilisation des districts sanitaires concernés et consolide l'inégalité d'accès des populations au paquet minimum de services et soins de santé primaire perpétuant ainsi le cercle vicieux de la pauvreté.
- Les facteurs de cette désertion sont entre autres : (i) une approche plus administrative que managériale des ressources humaines caractérisée par la non reconnaissance des spécificités de l'exercice en zone rurale et des procédures de recrutement et d'affectation du personnel ne tenant pas compte des déterminants de la [dé] motivation des personnels; (ii) l'absence de mesures compensatrices du coût élevé de la vie dans les zones enclavées et des contraintes d'une vie de famille avec deux domiciles en raison de l'absence d'infrastructures de base - écoles, collèges et lycées, emplois salariés pour les conjoints, moyens de transport, électricité, eau courante etc. dans ces contrées là ; (iii) l'injustice ressentie et l'isolement vécu par ceux en poste dans les villages en raison de l'absence de critères transparents d'affectation et de maintien à ces postes, d'une supervision approximative et des perspectives peu attractives de développement professionnel; et (iv) la rudesse des conditions de travail – rupture fréquente de stocks de médicaments et absence de matériel technique – compromettant la qualité de l'offre de santé.

## *Options*

- Dispositions relatives à la gouvernance: réformer la gestion des personnels de santé en y introduisant des mécanismes participatifs prenant en compte les déterminants individuels et organisationnels de la [dé] motivation des agents de santé notamment la cohérence de la carte sanitaire, l'humanisation des affectations, la gestion décentralisée de la solde, le suivi-évaluation effectif des personnels et une plus grande lisibilité des itinéraires de développement professionnel;
- Dispositions financières : instaurer des mesures compensatrices financières et matérielles pour l'exercice dans les formations sanitaires en zone rurale enclavée;
- Dispositions relatives à l'organisation des soins et services: introduire et soutenir la supervision formative intégrée dans les districts par des équipes régionales et la mobilité périodique des spécialistes vers les hôpitaux de district et CMA et des médecins généralistes vers les CSI.

## *Considérations de mise en œuvre*

- Les obstacles prévisibles sont la résistance ou le refus du changement, l'ignorance, l'indiscipline, la corruption et le favoritisme enracinés chez certains fonctionnaires ; la rareté des ressources humaines et financières pour assurer la pérennité des réformes; la collaboration inter ministérielle pas toujours aisée dans la gestion de carrière des fonctionnaires et la bureaucratie réticente à la décentralisation effective de la gestion des personnels y compris de leur solde.
- Les stratégies pour y faire face incluent l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement, la sanction des contrevenants, la formation à la supervision formative intégrée, le développement d'outils standardisés de supervision et de gestion de carrière et le plaidoyer pour la mobilisation de ressources financières additionnelles à travers des mécanismes innovants.

# Le Problème

## Background

Cette note d'information stratégique a été préparée à la demande de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique pour informer les délibérations préparatoires à l'élaboration de la stratégie nationale de développement des ressources humaines pour la santé dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé actualisée 2001-2015. Elle décrit l'ampleur, les conséquences et les causes de la désertion des centres de santé intégrés (CSI), de centres médicaux d'arrondissement (CMA) et certains hôpitaux de district situés en milieu rural enclavé et considérés comme « zones difficiles » par les personnels soignants. Elle propose trois options fondées sur les données probantes ainsi que les considérations relatives à leur mise en œuvre. La finalité est l'amélioration de l'accès des populations rurales au paquet minimum de services et soins de santé primaire de qualité dans le cadre de la viabilisation des districts de santé et de la lutte contre la pauvreté dont la prévalence est de 55% en milieu rural [INS 2007].

Dans cette note, les zones rurales difficiles correspondent aux aires de santé, arrondissements et districts sanitaires enclavés en raison de l'inexistence ou du délabrement du réseau routier et mal desservis en commodités modernes telles les télécommunications, l'eau courante, l'électricité, les services bancaires, les écoles et lycées et, dont les services de santé sont faiblement pourvus en professionnels qualifiés et sous équipés en technologie sanitaire. Il s'agit de toute zone située entre 80 et 400 km i.e. entre 1 à 4 heures de route par beau temps d'un hôpital de première référence parce que ces délais rendent impossible la garantie d'une continuité des soins de santé [Wilson et al. 2009]. Au Cameroun, les dix régions comportent des enclaves mais l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord concentrent le plus grand effectif d'aires de santé enclavées et de centres médicaux d'arrondissement sans médecins surtout ceux des districts administratifs récemment érigés en arrondissements. De même, les zones montagneuses, sahéliennes et insulaires récemment rétrocedées après la résolution du conflit frontalier Cameroun-Nigéria sont également réputées difficiles [Minsanté-DRH 2010].

## L'ampleur du problème

Le maintien en poste des personnels soignants et la garantie d'une offre de services et de soins de santé de qualité dans les zones rurales enclavées se posent avec acuité à travers le monde [Chen et al. 2004]. L'Organisation Mondiale de la Santé estime le déficit mondial en professionnels de santé à plus de 4 millions avec les inégalités les plus criardes en Afrique subsaharienne. A cette pénurie s'ajoute un déficit qualitatif et une inégale répartition au détriment des zones rurales à un moment où le passage à la chronicité du Sida et l'épidémie des maladies non transmissibles chroniques (obésité, diabète, hypertension artérielle, accidents et cancers) exigent des soins de qualité. [OMS 2006, 2010]

Le Cameroun ne fait pas exception. Les ratios population/soignant - 9.245 habitants/médecin et 1.806 habitants/infirmier - jugés acceptables masquent en fait une inégale distribution à travers les dix régions. Ainsi observe-t-on dans le secteur public, 3.657 habitants/médecin dans le Centre contre 61.873 habitants /médecin dans l'Extrême Nord ; 2.036 habitants/infirmier dans l'Ouest contre 7.700 habitants/infirmier dans l'Extrême Nord. Les régions économiquement les plus riches - Centre, Littoral et Ouest - concentrent 11.777/19.709 agents de santé, soit 59,75% pour desservir 42,14% de la population totale du pays. Les pics de concentration en zones urbaines contrastent avec la pénurie en zones

rurales [Minsanté 2008, 2011 ; Minsanté-DRH 2010]. L'inégalité d'accès des citoyens à un service public de base est patente: 25% de médecins et 38% d'infirmiers exercent en zones rurales pour desservir 46% de la population [Minsanté-DRH 2010 ; BUCREP 2010]. « Dans la région du Centre par exemple, des dizaines de CSI sont fermées ou fonctionnent avec un aide soignant et un commis de pharmacie alors que des CMA à Yaoundé disposent d'effectifs largement au dessus des normes et des infirmières n'y travaillent souvent qu'un jour par semaine » selon un participant à la consultation préparatoire à l'élaboration du plan national de développement des ressources humaines.

Pour faire face au déficit et à l'inégale distribution en professionnels de santé dans les zones rurales, les autorités camerounaises avec l'aide des partenaires au développement sanitaire ont élaboré et mis en œuvre un plan d'urgence 2006-2008 pour les ressources humaines destiné à recruter prioritairement par postes de travail dans les districts les plus déficitaires dans le cadre des initiatives PPTE et C2D. Un programme de construction de logements d'astreinte, de réhabilitation et d'équipement de dizaines d'hôpitaux et centres de santé dans le cadre des initiatives PPTE, C2D et IADM est en cours. Ainsi 2 331 personnels ont été recrutés avec des contrats par poste de travail dans les régions (avec latitude pour le délégué régional de les affecter dans les districts) sur financement PPTE et 150 personnels sur financement C2D Santé en 2007 avec des contrats par poste de travail dans les districts ciblés de l'Adamaoua (36), l'Extrême- Nord (67) et le Nord (47) [Minsanté-DRH 2010]. Depuis l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE, des opérations de recrutement et d'intégration des contractuels ont été organisées.

Alors que le plan d'urgence prévoyait la gestion décentralisée des personnels contractuels y compris leur solde et leur maintien dans les régions et les districts où ils ont été recrutés, la mise en œuvre n'a pas toujours été diligente. Les salaires n'ont pas été régulièrement payés et la déconcentration de leur gestion au niveau régional n'a pas été étendue à la solde. Les retards observés dans le paiement des salaires ont généré une migration à la fois formelle et informelle souvent pendulaire du secteur public vers le secteur privé [Minsanté-DRH 2011b]. Au terme des contrats, la majorité a intégré la fonction publique mais la poursuite des départs à la retraite à 50 et 55 ans a neutralisé les bénéfices de ces mesures [Minsanté-DRH 2010]. En effet, l'intégration de ces personnels comme fonctionnaires leur ouvrant la voie à la mobilité selon les dispositions du statut général de la fonction publique, il est observé au fil du temps, une forte demande de mobilité géographique de ces personnels des zones rurales vers les zones urbaines [Minsanté-DRH 2011b]. Le Plan d'urgence a permis de relever de 25 % les effectifs des fonctionnaires de 2006 et de pourvoir sur toute la période 2007- 2011 certains postes de travail dans les zones rurales enclavées grâce aux clauses contractuelles initiales. Cette expérience confirme que des postes en zones réputées « difficiles » peuvent être pourvus durablement grâce à des dispositions réglementaires et financières spécifiques.

La gestion approximative de la carte sanitaire conduit à la création de nouvelles formations sanitaires publiques alors que les existantes ne sont pas dotées de personnels ; certaines de ces nouvelles formations sanitaires rentrent en concurrence avec des dispensaires et hôpitaux à but non lucratif établis de longue date et par ailleurs contractualisés par l'Etat pour la provision de services et soins de santé primaire. Cette compétition malsaine fragilise de manière durable l'offre de services et de soins de santé primaire dans certains districts au détriment des formations sanitaires publiques notamment en raison de la réputation des dispensaires confessionnels d'offrir des soins de meilleure qualité à des coûts plus abordables [Minsanté-DCOOP 2009].

Tableau 1 : Ratio population/personnel selon les régions

Régions	Population/Médecin	Population/Infirmier
Centre	3 657	2 053
Littoral	10 050	3 453
Nord	47 956	5 353
Extrême-Nord	61 873	7 700

Source : Analyse de la situation des ressources humaines [Minsanté-DRH 2010]

Tableau 2: Répartition des personnels de santé selon les régions

Régions	% professionnels	% population nationale
Extrême-Nord	6,67	17,4
Nord	6,05	10
Est	6,76	4

Source: Auteurs à partir des données DRH - SIGIPES 2009 et BUCREP 2010

### Les conséquences du problème

La désertion des formations sanitaires rurales fragilise durablement à plus d'un titre le système national de santé : (a) des dizaines de centres de santé construits et souvent équipés à grand prix afin d'améliorer l'accessibilité géographique selon l'objectif de la stratégie sectorielle de permettre à plus de 80% de la population d'être à moins d'une heure de marche d'un centre de santé [Minsanté 2008] demeurent fermés et à l'abandon dans la brousse ; (b) la viabilisation des districts de santé est compromise parce que des dizaines d'aires de santé sont exclues de l'offre des services et soins du paquet minimum d'activités prioritaires de santé et ; (c) la versatilité des agents de santé dans les zones rurales compromet durablement les chances du Cameroun d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et infantile et au contrôle des grandes endémies autant qu'elle perpétue le cercle vicieux de la paupérisation des populations rurales.

La désertion des centres de santé ruraux par les personnels soignants qualifiés constitue un drame sur un plan humain, entraînant la désaffection des populations vis-à-vis des structures de santé et réduisant de fait l'accès aux prestations de santé de qualité en raison de la sous qualification du personnel en place. La perte de confiance des populations vis-à-vis des formations sanitaires publiques réduit leur taux de fréquentation et constitue le terreau d'expansion des cabinets de soins informels qui collectent désormais près de 30% des dépenses nationales de santé dont les vendeurs ambulants de médicaments de qualité douteuse et les charlatans [Minsanté 2008 ; Minepat 2009].

Le taux de couverture vaccinale de routine des enfants, la couverture vaccinale contre le tétanos et le taux de couverture de la PTME chez les femmes en âge de procréer sont plus faibles en zone rurale. La couverture vaccinale anti tétanique est de 80% en ville contre 68% en milieu rural et seulement 60% dans la région du Nord. Les quatre régions parmi les plus pauvres sur le plan monétaire et les moins nantis en personnel soignant contribuent à plus des 3/4 aux 4500 décès maternels annuels enregistrés. Ainsi, alors que 1,5% de femmes décèdent des suites de complication d'une grossesse dans le Littoral, elles sont 5,9% et 6,7% dans le Nord et l'Extrême – Nord. Le taux d'utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes est de 15,4% en milieu urbain contre 10,2% en milieu rural, le taux le plus bas étant observé dans la région du Nord (5,0%). Le taux d'accouchement assisté par un professionnel compétent est en moyenne de 29,3% dans les trois régions septentrionales contre 71,9 % dans

la région du Centre [INS 2010]. A l'analyse, les taux de morbi-mortalité maternelle sont inversement proportionnels à la démographie sanitaire.

Des enquêtes sur le traitement approprié de la diarrhée, des infections respiratoires ou du paludisme chez les enfants montrent les mêmes disparités régionales inversement proportionnelles à la démographie sanitaire. Les régions du Nord et de l'Extrême Nord sont les plus touchées par l'insuffisance pondérale modérée chez les enfants de moins de 5 ans, soit respectivement 14,6% et 11,0%. En milieu rural, elle est plus prononcée (7,2%) qu'en milieu urbain (2,7%) [INS 2006]. L'inégalité d'accès à la vaccination gratuite est patente, 64% des enfants de 12-23 mois en ville contre 52% en zone rurale ont reçu la totalité des 8 vaccins de routine du Programme Elargi de Vaccination. De même, la prévalence des maladies diarrhéiques est inversement proportionnelle à la démographie médicale : 35% dans l'Extrême-Nord et le Nord, 20% dans l'Adamaoua, 10% à l'Ouest et 8% dans le Littoral ; 23% en milieu rural contre 14% en ville. Quant à la prise en charge des fièvres, 32% et 34% des enfants du Nord et de l'Extrême-Nord sont soignés de façon appropriée mais seulement 9% et 22% dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes. La prise d'un antipaludique dans les 24 heures est plus tardive en milieu rural (29%) qu'en milieu urbain (53%). La proportion nationale d'enfants dormant sous une moustiquaire est estimée à 27% avec une grande disparité : 32% en milieu urbain, 22% en milieu rural, 11% dans l'Extrême-Nord et 42% à Douala. [INS 2010]

### **Les causes du problème**

Des données administratives, des études de cas au Cameroun [Médard 2001 ; Balique 2003 ; Maia et al. 2004, 2005 ; Vinard 2006 ; Minsanté 2008, 2010] et ailleurs en Afrique [Mensah 2008] et les revues systématiques d'études qualitatives [Mathauer & Imhoff 2004 ; Chen et al. 2004 ; Chopra et al. 2008 ; Lehmann et al. 2008 ; Willis-Shattuck et al. 2008 ; HEN 2010] de bonne qualité nous ont permis d'identifier les déterminants de la [dé] motivation des professionnels de santé ainsi que certains facteurs favorisant la désertion des formations sanitaires rurales. Ces données ont été complétées par les perspectives des parties prenantes sur les facteurs liés à la gouvernance, collectées lors de la consultation préparatoire à l'élaboration du plan de développement des ressources humaines [Minsanté-DRH 2011b].

Sur le plan organisationnel, la gestion approximative de la carte sanitaire conduit à la construction et l'implantation de nouveaux centres de santé intégrés sans tenir compte de la viabilité, de l'offre de santé existante privée lucrative ou à but non lucratif [Minsanté 2008 ; Minsanté-DCOOP 2009] ou encore des poches urbaines et régionales de surpopulation médicosanitaire et médicale, toutes choses plongeant certains professionnels dans l'oisiveté cependant que d'autres sont submergés [Minsanté-DRH 2011b]. L'approche plus administrative que managériale des ressources humaines explique l'absence de mécanismes effectifs de suivi-évaluation de la distribution, de la mobilité et du développement professionnel des personnels de santé [Minsanté-DRH 2010, 2011b]. Il n'existe pas de cartographie nationale mise à jour des centres de santé abandonnés, la notion de poste de travail en « zone difficile » n'est ni formellement définie et ni admise au sein de la fonction publique camerounaise [Minsanté-DRH 2011b]. Le statut particulier des fonctionnaires de la santé aux termes du décret n° 2002/042 du 4 février 2002 institue trois primes - technicité, santé publique et astreinte - à servir aux agents de la santé sans mentionner l'exercice en zones réputées « difficiles » et exclut les personnels non soignants du bénéfice de ces primes. Il n'existe pas de code de procédures encadrant la définition des postes de travail, le recrutement, l'affectation, l'installation, la formation continue, le développement professionnel ou la rémunération selon les lieux d'exercice [Minsanté-DRH 2010, 2011b]. La

logique de recrutement ou d'affectation des personnels au sein de la fonction publique camerounaise tient du pouvoir discrétionnaire de l'autorité et manque par conséquent de transparence et de dimension participative ne laissant ainsi que très peu de place à la prise en compte des désirs, souhaits et attentes des fonctionnaires.

La perception d'un système d'affectation entaché de favoritisme et de corruption - « certains postes s'achètent parce que lucratifs » [Maia et al. 2004, 2005 ; Vinard 2006 ; Minsanté 2008] - constitue le terreau où germent frustration, démotivation et démobilisation des agents exerçant dans des zones rurales enclavées ; et la prolongation de la durée de séjour à ces postes conduit inexorablement à la désertion [Minsanté-DRH 2011b ; Willis-Shattuck et al. 2008]. Le suivi approximatif de l'absentéisme en rajoute au cercle vicieux, les déserteurs continuent de percevoir leurs salaires en même temps qu'ils travaillent dans des centres de santé privés urbains formels ou informels [Balique 2003 ; Maia et al. 2004 ; Vinard 2006 ; Minsanté 2008]. Les personnels restés en poste sont surchargés de travail, la qualité du service et des soins se détériore et les usagers désabusés évitent ces centres de santé perpétuant ainsi le cercle vicieux. La gestion centralisée de la solde ne permet pas au responsable hiérarchique immédiat dans le district de sanctionner les absentéistes. Les procédures de suspension de salaire dont très peu aboutissent sont longues et interminables [Minsanté 2008 ; Maia et al. 2004]. Les procédures pour accéder aux opportunités de développement professionnel continu sont peu lisibles [Minsanté-DRH 2011b].

Les agents de santé camerounais ne se distinguent pas de leurs collègues d'ailleurs quant aux déterminants et facteurs de [dé] motivation individuelle [Maia et al. 2004, 2005 ; Mathauer & Imhoff 2005 ; Lehmann et al. 2008 ; Willis-Schattuck et al. 2008 ; HEN 2010]. Les influences positive ou négative sur la motivation tiennent au niveau des revenus professionnels - salaire, primes et quoteparts-, aux caractéristiques du poste d'affectation - logement, école, travail pour le conjoint(e), coût de la vie, accès aux commodités essentielles, infrastructures de transport- ; aux relations avec les collègues de travail et la hiérarchie administrative, notamment le recours aux sanctions - affectations disciplinaires, non respect des textes relatifs à la gestion des carrières- [Maia et al. 2004] ; la promotion et l'avancement de carrière ; le respect de la communauté locale ; les aspects socio culturels ; la pression des obligations extérieures et le sens personnel de la vocation professionnelle. Les moteurs du départ ou facteurs de répulsion [HEN 2010] sont surtout l'environnement, la faible rémunération, les mauvaises conditions de travail, les opportunités limitées de développement professionnel. Si la frustration des personnels médicosanitaires naît du faible niveau des revenus, celle des médecins tient plus aux processus décisionnels opaques et peu participatifs [HEN 2010]. Les conditions de vie sont jugées les plus importants par le personnel soignant féminin [HEN 2010 ; Maia et al. 2004] dont la proportion ne cesse de croître au Cameroun - 46% de l'ensemble des effectifs et plus de 54% des infirmiers [Minsanté-DRH 2010]. Au Ghana par exemple, les causes du refus d'exercer en zones rurales sont par ordre décroissant le manque de logement, le manque d'écoles et d'enseignants qualifiés pour les enfants, l'accès incertain à l'eau potable, l'absence d'énergie électrique, le mauvais état routier et l'absence des moyens de transport [Mensah 2004].

L'indisponibilité des infrastructures et équipements de base dans les centres de santé ruraux rend pénible l'exercice professionnel. En effet, 30,9% de centres de santé ne disposent pas d'un laboratoire d'analyses médicales ; 4,3% n'ont pas de salle de consultation conforme à la norme; 83% ne disposent pas de salle de petite chirurgie et 5,3% n'ont pas de salle de pharmacie. 45,7% des CSI n'ont pas accès à l'énergie électrique et 70% n'ont pas d'eau courante. [INS 2010 ; Minsanté 2008, 2011]



Tableau 3: Niveau d'équipement des CSI

	Boîte d'accouchement	Matériel pour stérilisation sèche	Matériel pour stérilisation humide	Table d'accouchement	Congélateur réfrigérateur	Matériel de vaccination	Microscopes fonctionnels	Lits pour observation
%	70,2	46,8	40,4	81,9	80,9	90,4	79,8	91,5

Source : INS 2010

La mal distribution des personnels entraîne par ailleurs une surcharge de travail et une dégradation des conditions d'exercice professionnel sur le plan technique et technologique [Willis-Schattuck et al. 2008 ; Mathauer & Imhoff 2005]. La mauvaise gouvernance et la gestion médiocre au sein des services de santé participent également à la détérioration des conditions d'exercice et renforcer le sentiment d'injustice en réduisant par exemple le montant des quoteparts [CDBPS 2010]. La négligence par le niveau central et/ou régional des difficultés de l'exercice en milieu rural renforce la frustration concourant ainsi à la démobilisation et la désertion des formations sanitaires rurales [Maia et al. 2004, 2005]. L'injustice ressentie par ceux en poste dans les villages tient à l'absence de critères transparents d'affectation et de maintien à ces postes. Les sentiments d'isolement et d'abandon sont renforcés par l'absence de supervision formative et de perspectives attractives de développement professionnel [Minsanté-DRH 2011b ; Maia et al. 2005]. Une enquête constate en 2009 une moyenne nationale annuelle de 3 visites de supervision pour les hôpitaux de district, 6 pour les CMA et 5 pour les CSI [INS 2010].

Au total, la désertion des formations sanitaires rurales prend racine à la fois dans le faible niveau de développement rural, l'approche plus administrative que managériale des ressources humaines, la non prise en compte des facteurs de [dé] motivation des professionnels de santé dans un environnement où la logique marchande envahit les services et soins de santé.

# Les Options

Les options proposées sont le fruit de la synthèse des données probantes issues de revues systématiques et des échanges avec les responsables de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique lors de deux ateliers en mai et décembre 2011. En lieu et place d'interventions isolées prouvées efficaces, trois combinaisons d'interventions sont proposées en raison de la multiplicité et de l'interconnexion des causes [Chopra et al. 2008 ; Lehmann et al. 2008]. Si le niveau de preuve et la qualité des données probantes disponibles pour des interventions isolées sont variables - faible, modéré, fort-, il n'existe pas d'étude testant l'efficacité des interventions combinées. Le choix d'une ou plusieurs des options décrites ci-dessous aura pour corollaire la mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation rigoureux.

***Option1 : Dispositions relatives à la gouvernance: réformer la gestion des personnels de santé en y introduisant des mécanismes participatifs prenant en compte les déterminants individuels et organisationnels de la [dé] motivation notamment la cohérence de la carte sanitaire, l'humanisation des affectations par la considération des choix et attentes des personnels, la gestion décentralisée de la solde, le suivi-évaluation effectif des personnels et une plus grande lisibilité des itinéraires de développement professionnel.***

## **Situation actuelle**

En l'absence d'un plan stratégique de développement des ressources humaines, les recrutements s'effectuent sur une base « politicienne » des capacités de l'Etat central à recruter et à prendre en charge financièrement le personnel alors même que les lois de décentralisation de 2004 transfèrent les compétences de santé publique aux collectivités territoriales décentralisées. Avant 1987, les recrutements des personnels de santé dans la Fonction Publique se faisaient sur titre à la sortie des écoles de formation publiques nationales et étrangères pour les boursiers de l'État. De 1987 à 2002, le gel des recrutements imposé par le programme d'ajustement structurel a réduit les effectifs du personnel de santé. De 2002 à 2007, le Gouvernement a effectué des recrutements spéciaux de contractuels sur financement PPTTE et C2D pendant que des instances communautaires locales [comités de gestion du district - COGEDI, comité de santé du district - COSADI, Mairies] recrutaient des personnels vacataires (environ 3000) émargeant aux budgets des établissements utilisateurs ou des mairies. La sortie de l'ajustement structurel a rendu possible en 2009 le recrutement de 2 967 fonctionnaires sur concours direct et le processus d'intégration des personnels contractuels et vacataires dans la fonction publique. Lors du recrutement, de l'affectation ou la nomination, les candidats ne sont ni consultés, ni prévenus du lieu d'affectation, des conditions de vie et de travail encore moins de la durée au poste. Le système de répartition des agents de santé sur le territoire national relève exclusivement du niveau central. Les comités de gestion des formations sanitaires ne sont pas habilités à effectuer des recrutements en dehors des commis de pharmacie et agents d'appui.

Les agents de santé recrutés dans le cadre du plan d'urgence et affectés dans les districts fortement déficitaires n'ont pas régulièrement perçu leurs salaires. Ceux recrutés en 2007 ont été payés jusqu'en 2009 avec à chaque fois des intervalles allant de six à neuf mois d'arriérés, situation ayant constitué le terreau pour la grève observée par ces personnels en juillet 2011. Les personnels en attente d'intégration n'ont pas de salaires parfois pendant plus de 12 mois. Certains personnels recrutés dans le cadre du plan d'urgence et devenus fonctionnaires ont été affectés en zones urbaines ou mis en stage sans être remplacés. La déconcentration

régionale de la gestion de la solde des contractuels n'est pas effective. La création de nouveaux centres de santé se poursuit alors que les existants ne sont opérationnels en raison du manque de personnel. Les investissements de construction des maisons d'astreinte, de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires ne sont pas suivis pour garantir l'affectation du personnel approprié à la fin des travaux. Il est impossible de mesurer de manière exhaustive les effets et l'impact du plan d'urgence 2006-2008. La déconcentration de la solde des personnels C2D dans les trois régions septentrionales a permis le maintien en poste de plus de 90% de ces personnels et une minimisation des taux d'absentéisme ; les postes vacants le sont uniquement en raison des départs en stage non remplacés. Les personnels des formations sanitaires rurales se sentent abandonnés à eux-mêmes en raison de l'absence de ressources pour la supervision formative intégrée pourtant inscrite comme stratégie prioritaire dans la stratégie sectorielle de santé et le plan national de développement sanitaire.

### **L'option proposée**

Il s'agit d'une mutation de l'approche administrative vers une approche managériale révisant le cadre réglementaire des personnels de santé afin de mieux tenir compte des déterminants individuels et organisationnels de leur [dé] motivation, d'améliorer la gouvernance en introduisant davantage d'humanisation, d'équité, de transparence, de participation, de respect de la discipline et la lutte contre les pratiques de favoritisme et de corruption. Il s'agit d'une directive inter ministérielle encadrant :

- La gestion déconcentrée des personnels de santé y compris leur solde;
- La lisibilité des itinéraires de développement professionnel continu ;
- La description transparente des postes de travail notamment la qualité et les conditions de vie pour la famille pour prendre en compte la féminisation des effectifs ;
- La limitation de la durée de séjour et la rotation aux postes en zones rurales enclavées;
- Les procédures de recrutement et d'affectation comportant la participation des personnels au choix de leur poste de travail et les critères de ce choix;
- Le renforcement de la contractualisation des formations sanitaires privées à but non lucratif et la collaboration public-privé pour une gestion concertée de la carte sanitaire et l'accomplissement des missions de santé publique au niveau du district et des aires de santé ;
- L'exercice en clientèle privée par les fonctionnaires.

Des revues systématiques fournissent des preuves modérées à fortes qu'il existe des facteurs attractifs et des incitations pour l'exercice en zone rurale enclavée (voir tableau 4). Parmi ceux-ci, les critères de sélection pour le recrutement et l'affectation en zones rurales pourraient tenir compte de l'origine rurale du candidat ou de son conjoint - définie par le fait d'avoir effectué ses études primaires et/ou secondaires en milieu rural - réputée facteur fortement associé au choix et à l'exercice professionnel en zone rurale notamment aux Etats-Unis, en Australie, au Japon, en Afrique du Sud et au Canada [Willis-Shattuck et al. 2008]. En Afrique du Sud [De Vries & Reid 2003], l'origine rurale des médecins exerçant en zone rurale est de 46% sur les 138 médecins ruraux interrogés dans une étude transversale. Une étude longitudinale évaluant l'impact de la pénurie de professionnels de santé aux USA, révèle que 64% de médecins ruraux ont un conjoint d'origine rurale [Duttera et al. 2000]. Le genre et le projet de carrière des étudiants dès leur entrée en école de formation - faculté de

médecine- sont également associés à la disposition à exercer en zone rurale ; les étudiants sont plus disposés à travailler en zone rurale que les étudiantes et les étudiants ayant émis le vœu dès leur entrée en faculté de pratiquer la médecine rurale sont plus prompts à y exercer [Gobler et al. 2010, Wilson et al. 2009]. Le développement d'une spécialité en médecine rurale et communautaire est également une stratégie prometteuse puisqu'elle garantit un plan de carrière au même titre que les autres spécialités professionnelles [OMS 2011]. Parmi les bénéfices documentés, il est observé que les personnels d'origine rurale ont 2,4 à 3,9 fois plus de chances de rester en poste dans une zone rurale que ceux qui ne le sont pas. Ces mesures sont efficaces pour une durée limitée de séjour, aucune étude relative à leur efficacité à long terme n'a été retrouvée. Ces mesures comportent un risque de violation de la liberté de choix en confinant certains à un exercice rural du fait de leur origine.

Ces données probantes sont potentiellement applicables au Cameroun malgré les disparités socio économiques, institutionnelles et culturelles notamment l'accès aux commodités modernes en milieu rural, l'absence d'un système universel d'assurance maladie, la forte attractivité des centres urbains associée à la perception que l'exercice professionnel en ville est plus lucratif en raison de l'exercice en clientèle privée non régulée pour les fonctionnaire et des usagers urbains considérés plus nantis que les populations rurales [Baliq 2003 ; Maia et al. 2004, 2005 ; Vinard 2006].

Les **coûts** envisageables de cette option sont relatifs à la consultation et l'expertise pour la rédaction de la directive interministérielle, sa dissémination, la formation des équipes chargées de sa mise en œuvre et le suivi-évaluation.

Les **obstacles** prévisibles à la mise en œuvre de cette option sont la volonté politique et administrative incertaine pour la déconcentration et la décentralisation de la gestion des personnels y compris de leur solde [Minsanté 2011 ; Médard 2001] ; les écueils de la collaboration inter ministérielle dans la gestion de carrière des fonctionnaires ; la pénurie des ressources humaines, matérielles et financières pour la pérennité des réformes [Minsanté-DRH 2010, Minsanté 2010], le laisser-faire ambiant dans l'administration conduisant au non respect des directives par ignorance, indiscipline, résistance ou refus de changement ; les procédures bureaucratiques et les pratiques de corruption et de favoritisme [Vinard 2006] et ; l'absence de réglementation de l'exercice en clientèle privée.

Une stratégie d'information, éducation et communication pour le changement de comportement, l'engagement des parties prenantes dans la préparation de la réforme et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nationales et locales pour soutenir les réformes envisagées sont réputées efficaces contre certains des obstacles. Le respect des règles du jeu de la contractualisation des personnels C2D notamment la conditionnalité sur le paiement des salaires et la responsabilisation des chefs de services de santé de district et de la région a permis d'atteindre un taux de maintien au poste supérieur à 90% et la réduction de l'absentéisme.

Tableau 4 : adaptation de Wilson et al, 2009.

Intervention	Donnée probante	Niveau de preuve	Commentaires
<b>Sélection</b> Origine géographique	Les étudiants d'origine géographique rurale sont plus susceptibles de pratiquer en milieu rural	Fort	L'origine rurale du soignant est la variable la plus fortement associée à la pratique en milieu rural – Odds ratio = 4,2 ; de même que l'origine rurale du conjoint (e) – Odds ratio = 3,14.
Genre	Les hommes sont plus susceptibles d'exercer en zones rurales que les femmes	Fort	Plus grande est la féminisation, plus difficile est le déploiement dans les zones rurales. Il est nécessaire de créer des conditions adéquates pour les femmes
Projection de carrière	Les étudiants ayant dès le début de la formation l'intention de pratiquer en zone rurale sont plus prompts à le faire	Fort	Aux USA, il existe une corrélation entre le plan de carrière et la pratique en milieu rural. OR : 1,8
<b>Formation</b> La rotation en milieu rural	La rotation des étudiants dans les centres de santé ruraux influence leur choix d'exercice rural.	Modéré	Effectuer des stages dans les centres de santé en milieu rural, semble être un facteur important bien que l'impact pourrait être biaisé par l'auto sélection
Les bourses post professionnelles	Les médecins ayant achevé une bourse post doctorale sont plus susceptibles d'exercer en zone rurale	Fort	Risque de biais introduit par l'auto sélection
<b>Incitations</b> Bourses d'études	Offrir des bourses d'étude conditionnelles encourage la pratique rurale	Modéré	Selon une cohorte rétrospective aux USA et analyse de données secondaires (438 participants) menée par Duttera <i>et al.</i> (Georgia) montre un taux élevé de fidélisation des médecins bénéficiaires
Primes ou compensation financière	Offrir des incitations financières directes encourage la pratique rurale	Modéré	Les programmes multidimensionnels sont plus efficaces que ceux qui utilisent l'incitation financière comme intervention unique

***Option 2 : Dispositions financières : instaurer des mesures compensatrices financières et matérielles pour l'exercice en zone rurale enclavée sous forme de prime pour le surcoût de la vie, d'allocation de soutien pour l'éducation des enfants et d'avantages matériels - logements d'astreinte et moyens adaptés de locomotion, télé-médecine, énergie solaire et adduction d'eau dans les centres de santé***

**Situation actuelle**

Les dépenses essentielles des soignants camerounais en 2004-2005 [Maia et al. 2005] dépassaient en moyenne leur revenu mensuel officiel (salaire + quoteparts) de 72 à 209%, confirmant l'inadéquation des salaires au coût de la vie. Pour y faire face, la majorité se déclarait contrainte à une variété d'activités complémentaires dont l'exercice formel ou informel en clientèle privée, le petit commerce y compris des bars et les activités agro pastorales. Cette démultiplication des postes d'activité s'effectuait au détriment du travail de soignant et de la qualité des soins et services. Cette situation n'a pas varié de manière significative depuis lors. Dans le cadre de la contractualisation des personnels PPTE et C2D, les primes forfaitaires servies ont été particulièrement appréciées surtout lorsque les salaires étaient payés régulièrement [Minsanté-DRH 2011a]. Au sein des forces de sécurité, il existe une prime d'alimentation journalière en cas de mise en opération en campagne dont le montant a été récemment réévalué pour s'établir entre 1200 et 1600 FCFA /jour.

**Option**

Il s'agirait d'un décret présidentiel instituant des avantages financiers et matériels spécifiques – (i) prime d'exercice en milieu rural enclavé pour compenser le surcoût de la vie ; (ii) allocation d'éducation pour les enfants ne pouvant poursuivre leurs études dans la localité d'affectation des parents ; (iii) droit à un logement d'astreinte ; (iv) droit à un moyen adapté de locomotion ; (v) bourse conditionnelle de retour aux étudiants en début ou en fin d'étude pour une durée fixe de service en zone rurale enclavée. Le programme en cours de construction et d'équipement de logements d'astreinte devrait être poursuivi et densifié.

Les revues systématiques d'études qualitatives confirment que les incitations financières sont essentielles mais pas suffisantes pour fidéliser les agents de santé dans les zones enclavées, elles gagnent en efficacité lorsqu'elles sont accompagnées par des mesures telles l'amélioration des conditions et cadres de travail et de vie, la souplesse dans l'organisation du travail, l'attribution de logement d'astreinte et de moyen de locomotion, un système de reconnaissance et de valorisation tel le droit à l'avancement ou la promotion après l'exercice en zone rurale.

En Indonésie [Chomitz 1997], les médecins exerçant en milieu rural reçoivent le double du salaire de ceux exerçant en ville et disposent d'opportunités d'accès aux fonctions civiles prestigieuses ou de formation spécialisée subventionnée par l'Etat ; cette mesure a accru le nombre de jeunes diplômés acceptant de servir dans les zones enclavées.

Le gouvernement zambien, pour attirer et maintenir les médecins dans les zones rurales, a introduit une indemnité rurale équivalente à environ 30% du salaire, la rénovation du logement, la contribution aux frais de scolarité des enfants en internat, l'allocation de moyens de locomotion, la facilité d'accès au crédit bancaire et un soutien spécifique pour l'accès à la formation continue ; l'évaluation de ce paquet indique un impact positif sur le recrutement et le maintien des médecins dans les zones rurales [Koot & Martineau 2005].

En Afrique du Sud [Reid 2004], le niveau des primes annuelles pour exercice rural est de R50 000 soit XAF3 300000 i.e. XAF 275 000 mensuels. Au Sénégal, la prime mensuelle variait entre XAF 35 000 et 40 000, bien que la stratégie n'ait été mise en œuvre qu'une seule fois [OMS 2009].

Des bourses conditionnelles aux étudiants pour une durée fixe de service en zone rurale enclavée à la fin de leur formation ou l'instauration des stages d'imprégnation en milieu rural constituent également des interventions de niveau de preuve modéré pour la fidélisation en zones rurales [Bärnighausen et al. 2009, Willis–Shattuck et al. 2008]. Une étude de cohorte rétrospective et une analyse de données secondaires menées aux Etats-Unis confirme un impact certain des bourses conditionnelles sur le maintien en zone rurale [Duttera et al. 2000 ; Rabinowitz et al. 1999a, b]. En Thaïlande, les étudiants recrutés par le Ministère de la Santé reçoivent des subventions (vêtements, scolarité, logement et matériel de travail gratuits) en contre partie d'exercer dans les zones enclavées à la fin de leur formation [Nitayarumphong et al. 2000 ; Wibulpolprasert & Pengpaibon 2003]. D'une manière générale, les effets des bourses conditionnelles sont variables. En termes de recrutement et de service effectif, la moyenne est estimée à 71% [33-100] mais la proportion de rétention au terme du contrat variait entre 12% à 90% [Bärnighausen et al. 2009]. Le niveau de satisfaction déclarée des participants au programme de fidélisation était de l'ordre de 80% avec plus de 90% jugeant leur travail récompensé et plus de 70% ayant développé un sentiment d'appartenance communautaire. Les données probantes sont de faible niveau quant aux effets sur le système de santé ; l'accroissement de la densité des médecins en Arizona et en Afrique du Sud contraste avec la stagnation dans l'Ontario. Au total, les incitations financières conditionnelles ont réussi à installer davantage d'agents de santé dans les zones rurales et que ceux enrôlés dans un programme d'incitations financières étaient plus susceptibles par rapport aux non enrôlés de travailler dans les zones rurales dans le long terme.

Les autres bénéfices potentiels de ces mesures sont : (i) la réduction de la corruption de survie dont l'une des « justifications » est le bas niveau des revenus ; (ii) l'amélioration des conditions de vie des ménages des personnels soignants et la réduction de la pauvreté monétaire ; (iii) l'amélioration de l'offre des services, des taux de fréquentation et par conséquent des indicateurs de couverture notamment des services préventifs.

L'applicabilité des bourses conditionnelles demeure incertaine au Cameroun en raison des conditions différentes de la ruralité et des doutes sur la probité des aspirants [Vinard 2006]. L'efficacité des incitations est conditionnée par leur adéquation aux coûts réels de la vie et l'existence d'un cadre de gouvernance propice à l'épanouissement du personnel de santé. Les bourses conditionnelles peuvent pervertir la vocation, le dévouement, l'abnégation et le sens du service. L'absence d'infrastructures et de commodités génère souvent une frustration qui annihile les effets escomptés des incitations [Sempowski 2004 ; Bärnighausen et al. 2009]. De plus, la déréglementation de l'exercice en clientèle privée et la mercantilisation des services de santé constituent des menaces pour l'efficacité escomptée des incitations financières et matérielles puisque les dynamiques du marché de l'emploi dans les services de santé surpassent les principes et valeurs de santé publique telles que l'universalité et l'équité [Maia et al. 2005, Vinard 2006, CDBPS 2010].

Les obstacles prévisibles à la mise en œuvre de cette option sont la pénurie de ressources financières publiques, les risques de falsification et d'usage abusif des avantages ainsi servis et les lenteurs administratives. Par ailleurs, la pérennité de telles mesures est questionnable.

### ***Option 3 : Dispositions relatives à l'organisation des services et soins : introduire et soutenir la supervision formative intégrée dans les districts par des équipes régionales et la mobilité périodique des spécialistes vers les hôpitaux de district et CMA et des médecins généralistes vers les CSI***

Cette option vise à corriger le sentiment d'abandon et l'isolement des personnels en zones rurales, à renforcer leurs compétences pour assurer leur développement professionnel et à accroître l'offre de santé dans les zones rurales afin de réduire les inégalités d'accès aux soins médicaux spécialisés.

La supervision formative intégrée consiste à travailler avec l'agent de santé pour fixer les objectifs, suivre les résultats, identifier et corriger les problèmes [Loevinsohn et al. 1995 ; Marquez & Keane 2002 ; Kanfer 2002 ; Mathauer & Imhoff 2004 ; Bosh-Capblanch & Garner 2008] et permettre son épanouissement en améliorant sa performance individuelle et la qualité des services de manière proactive et holistique. Elle agit sur deux composantes du modèle Kanfer (2002) de la motivation individuelle : le «Can do » - ensemble de mesures visant à mobiliser efficacement toutes les ressources du travailleur afin d'atteindre les objectifs communs - et le «Will do» - ensemble de mesures visant à faire adhérer le travailleur aux objectifs de l'organisation. En tant qu'instrument de communication, elle affecte la composante «Will do» en tenant compte des objectifs et besoins de l'agent supervisé.

Le personnel supervisé se sent revalorisé et réconforté par l'évaluation régulière de son rendement lui permettant d'avancer sa carrière ou l'exposant aux sanctions selon ses performances. La supervision formative intégrée peut s'avérer une source de motivation supplémentaire pour le maintien en zone rurale lorsque la qualité des soins s'améliore et les communautés bénéficiaires peuvent ainsi l'apprécier [Bosh-Capblanch & Garner 2008 ; Marquez & Keane 2002 ; Willis-Shattuck et al. 2009 ; Kanfer 2002]. Bien menée, elle permet au supervisé de se sentir soutenu, apprécié, reconnu, valorisé et estimé, aspects particulièrement importants pour le personnel de santé isolé en zone rurale [Wilson et al. 2009; Willis-Shattuck et al. 2008]. Une étude de cas au Bénin et au Kenya confirme la satisfaction des professionnels de santé qui jugent l'exercice utile et souhaitable de par ses bénéfices [OMS PATH 2003]. Si ses effets sur la qualité des soins de santé primaire restent controversés dans les pays en développement [Bosch-Capblanch et al. 2011], les bénéfices en termes de mobilisation, motivation et satisfaction des supervisés, et la réduction des sentiments d'isolement et d'abandon sont réels [Van Wyk & Pillay-Van Wyk 2010]. Elle comporte cependant le risque d'accentuation des rapports de subordination entre superviseur et agent de santé et de frustration de l'agent de santé lorsque le superviseur est incompetent.

Les effets bénéfiques des équipes mobiles de médecins vers les zones rurales portent essentiellement sur la réduction des inégalités d'accès aux soins médicaux spécialisés pour les populations rurales et la réduction de leurs dépenses de transport pour consulter un médecin [Gruen et al. 2003]. La mobilité périodique des spécialistes et des généralistes rapproche les médecins des populations en proie à la pauvreté autant qu'elle réduit l'isolement du personnel exerçant en milieu rural est moins isolé parce que exposé aux spécialistes [Gruen et al. 2003 ; Willis-Shattuck et al. 2009]. L'accès des populations rurales aux spécialistes est accru et l'interaction entre les médecins et le personnel en service dans les zones rurales est améliorée. Ces constats effectués dans les pays riches sont vraisemblables au Cameroun au regard des succès enregistrés par les campagnes de soins ophtalmologiques ou de santé bucco dentaire. Les effets sur la qualité des soins sont positifs et s'accroissent lorsque cette mobilité



s'inscrit dans un cadre de renforcement de la référence contre référence associé à des activités d'éducation mais il n'existe pas d'étude d'analyse coût-efficacité dans l'environnement africain. La mise en œuvre de cette option exige un dispositif approprié de suivi évaluation.

Les **coûts** inhérents sont ceux relatifs à la préparation et la mise en œuvre de la supervision formative intégrée (expertise pour la conception, la validation du contenu et des outils, mise en œuvre effective) et la mise à disposition de moyens logistiques et de ressources financières pour les équipes mobiles de spécialistes vers les hôpitaux de districts et CMA et les médecins généralistes vers les CSI [Gruen et al. 2003 ; Van Wyk & Pillay-Van Wyk 2010 ; Bosch-Capblanch & Garner 2008 ; Bosch-Capblanch et al. 2011].

Les **obstacles** potentiels tiennent à la volonté administrative incertaine, à la pénurie des ressources humaines et matérielles notamment pour la mobilité des superviseurs et des équipes médicales, la réticence des spécialistes, le laisser-faire rampant dans l'administration favorisant le non respect des directives par ignorance, indiscipline et résistance au changement de certains fonctionnaires; à la bureaucratie et les pratiques de corruption [Maia et al. 2004 ; Vinard 2006 ; Minsanté-DRH 2010].

# Considérations de mise en œuvre

<i>Options</i>	<i>Barrières</i>	<i>Stratégies</i>
<b>Option 1 : Dispositions relatives à la gouvernance</b>	<b>Réformer la gestion des personnels de santé en y introduisant des mécanismes participatifs prenant en compte les déterminants individuels et organisationnels de la [dé] motivation notamment la cohérence de la carte sanitaire, l'humanisation des affectations par la considération des choix et attentes des personnels, la gestion décentralisée de la solde, le suivi-évaluation effectif des personnels et une plus grande lisibilité des itinéraires de développement professionnel continu.</b>	
	Résistance au changement	IEC
	Corruption et favoritisme	IEC et sanctionner les contrevenants
	Capacités inappropriées	Renforcement des capacités
	Bureaucratie et collaboration mal aisée entre Minsanté, Minfopra et Minfi	IEC et harmonisation des outils et procédures autour d'une instance collégiale de prise de décision
	Laisser-faire et non respect des directives par ignorance, indiscipline	IEC et sanctionner les contrevenants.
<b>Option 2 : Dispositions financières</b>	<b>Instaurer des mesures compensatrices financières et matérielles pour l'exercice en zone rurale enclavée sous forme de prime pour le surcoût de la vie, d'allocation de soutien pour l'éducation des enfants et d'avantages matériels - logements d'astreinte et moyens adaptés de locomotion, télémédecine, énergie solaire et adduction d'eau dans les centres de santé</b>	
	Résistance au changement	IEC
	Corruption et favoritisme	IEC et sanctionner les contrevenants
	Capacités inappropriées	Renforcement des capacités
	Pénurie de ressources financières	Plaidoyer et mobilisation de ressources et financement basé sur la performance
<b>Option 3 : Dispositions relatives à l'organisation des services et soins</b>	<b>Introduire et soutenir la supervision formative intégrée dans les districts par des équipes régionales et la mobilité périodique des spécialistes vers les hôpitaux de district et CMA et des médecins généralistes vers les CSI</b>	
	Résistance au changement	IEC
	Volonté administrative incertaine	Plaidoyer
	Pénurie des ressources humaines et matérielles et financières	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources, le soutien communautaire y compris des collectivités territoriales décentralisées

# Références

- Ambegaokar M, Ongolo-Zogo P, Aly T et al. 2004. La gestion des personnels dans le secteur de la santé: motivation du personnel, travail en équipe dans les organisations publiques et à but non-lucratif au Cameroun. Rapport de recherche. Minsanté-DROS. Yaoundé, Cameroun
- Ambegaokar M, Ongolo-Zogo P, Aly T et al. 2005. La gestion des personnels dans le secteur de la santé: contractualisation de la performance dans les organisations publiques et à but non lucratif au Cameroun. Rapport de recherche. Minsanté-DROS. Yaoundé, Cameroun
- Balique H. 2003. Rapport d'étape de la consultation d'appui à la réforme hospitalière au Cameroun. Ministère de la Santé Publique. Yaoundé, Cameroun
- Bärnighausen T & Bloom DE. 2009. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2009, 9:86. Doi: 10.1186/1472-6963-9-86
- Bosch-Capblanch X & Garner P. 2008. Primary health care supervision in developing countries. *Tropical Medicine and International Health* 13: 369–383 march 2008 doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02012.x
- Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. 2011. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD006413. DOI: 10.1002/14651858.CD006413.pub2.
- BUCREP. Bureau central de recensement et d'études de la population. 2010. Recensement Général de la Population 2005, projections démographiques 2010. Yaoundé, Cameroun
- CDBPS. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé. 2010. Policy brief : Améliorer la gouvernance pour la viabilisation des districts de santé au Cameroun. Yaoundé, Cameroun
- Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. 2004. Human resources for health: Overcoming the crisis. *Lancet* 364:1984–90.
- Chomitz KM. 1997. What do doctors want? Two empirical estimates of Indonesian physicians preferences regarding service in rural and remote areas.
- Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. 2008. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 371:668-74.
- De Vries E & Reid S. 2003. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal* 93: 789-793.
- Duttera M J Jr, Blumenthal DS, Alan Dever GE, Lawley JB. 2000. Improving recruitment and retention of medical scholarship recipients in rural Georgia. *J. of Health Care of the Poor and Underserved* 11(2): 135.
- Fryer G E Jr, Stine C, Vojir C, Miller M. 1997. Predictors and profiles of rural versus urban family practice. *Family Medicine* 29: 115-118.
- Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. 2009. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.:CD005314. DOI: 10.1002/14651858.CD005314.pub2.
- Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SS, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD003798. DOI:10.1002/14651858.CD003798.pub2.
- HEN-Health Evidence Network. 2010. Determinants of retention of human resources for health. WHO-EURO. Copenhagen, Denmark
- INS. Institut National de la Statistique. 2006. Rapport Enquête MICS 3. Yaoundé, Cameroun
- INS. Institut National de la Statistique. 2007. Rapport ECAM3. Yaoundé, Cameroun
- INS. Institut National de la Statistique. 2009. Troisième édition du Tableau de Bord Social sur la Situation des Enfants et des Femmes au Cameroun. TBS3. Yaoundé, Cameroun
- INS. Institut National de la Statistique. 2011. Deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans le secteur de la santé au Cameroun. PÉTS2. Yaoundé, Cameroun
- Kanfer R. 1999. Measuring health worker motivation in developing countries. Major Applied Research 5, Working Paper 1. Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. Bethesda, MD
- Koot J & Martineau T. 2005. Midterm review of Zambian health workers retention scheme (ZHWRS) 2003–2004. Final Report. Lusaka, Zambia
- Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. 2008. Staffing remote rural areas in middle and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 8:19.
- Loevinsohn BP, Guerrero ET, Gregorio SP. 1995. Improving primary health care through systematic supervision: a controlled field trial. *Health Policy Plan* 10(2):144-153.

- Marquez L, Keane L. 2002. Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems. In Management and Leadership Program, produced for the Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ) Edited by: Health MS. Marquez, L; Kean, L. (2002). Published by Management Sciences for Health [MSH]. Supplement to Population Reports, Vol. XXX, No. 4
- Mathauer I & Imhoff I. 2006. Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools". *Human Resources for Health*, 4:24. <http://www.humanresources-health.com/content/4/1/24>
- Mensah K. 2002. Attracting and retaining health staff: a critical analysis of the factors influencing the retention of health workers in deprived/hardship areas. Accra - Ghana
- Médard JF. 2001. Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun. *Bulletin de l'APAD*, N°21
- Minepat. 2009. Document de stratégie pour la croissance et l'emploi 2010-2020. Yaoundé, Cameroun
- Minsanté. 2008. Stratégie Sectorielle de Santé révisée 2001-2015. Yaoundé, Cameroun
- Minsanté. 2011. Plan national de développement sanitaire 2011-2013. Yaoundé, Cameroun
- Minsanté-DCOOP. 2009. Rapport d'audit des formations sanitaires privées à but non lucratif. Yaoundé, Cameroun
- Minsanté-DRH. 2010. Analyse de la situation des ressources humaines pour la santé. Yaoundé, Cameroun
- Minsanté-DRH. 2011a. Rapport de supervision et évaluation du plan d'urgence. Yaoundé, Cameroun
- Minsanté-DRH. 2011b. Rapport de la consultation préparatoire à l'élaboration du PNDRH. Yaoundé, Cameroun
- Nitayarumphong S, Srivanichakom S, Pongsupap Y. 2000. Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand. *In* Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies Volume 16. Ed by: Ferrinho P, Van Lerberghe WV. Antwerp, ITG Press; 2000:55-72.
- OMS. 2006. Rapport sur la santé dans le monde : travailler ensemble pour la santé. <http://www.who.int/whr/2006/fr/>
- OMS. 2009. Fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles au Sénégal. Genève, Suisse
- OMS. 2011. Directives pour réduire les inégalités de distribution des personnels de santé dans les zones rurales. Genève, Suisse
- Rabinowitz HK, Diamond JJ, Hojat M, Hazelwood CE. 1999a. Demographic, educational and economic factors and retention of physicians in rural Pennsylvania. *Journal of Rural Health* 15: 212-218.
- Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. 1999b. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *JAMA* 281(3):255-260.
- Reid S. 2004. Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals. Health Systems Trust. Durban, South Africa.
- Sempowski IP. 2004. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can J Rural Med* 2004; 9 (2)
- Van Wyk BE & Pillay-Van Wyk V. 2010. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD003541. DOI: 10.1002/14651858.CD003541.pub2
- Vinard J. 2006. Rapport sur la gouvernance dans le secteur de la santé au Cameroun. Ministère de la Santé Publique. Yaoundé, Cameroun
- Wibulpolprasert S & Pengpaibon P. 2003. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum Resour Health* 1(1):12.
- Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. 2008. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BioMed Central Health Services Research* 8:247. Doi: 10.1186/1472-6963-8-247
- Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. 2009. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health* 9: 1060. (Online)
- WHO - PATH. 2003. Program for Appropriate Technology in Health, Children's Vaccine Program. Guidelines for implementing supportive supervision. Geneva – Switzerland.