Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

COOPERATION
CAMEROUN-BANQUE MONDIALE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

PROJET D'APPUI AUX INVESTISSEMENTS
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

MINSANTE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

CAMEROON-WORLD BANK
COOPERATION

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARIAT

HEALTH SECTOR SUPPORT
INVESTMENT PROJECT

World Bank
Banque Mondiale

AUDIT SOCIAL EN FAVEUR DES INDIGENTS ET DES POPULATIONS AUTOCHTONES

Volume 1 : Évaluation sociale

Réalisée par :

CHEUMANI NOUDJIEU Charlotte
Consultant Socio-environnementaliste
Tél. : (237) 696 26 24 47 / 679 12 12 72
Email : cheumani_charlotte@yahoo.fr

Février 2016

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES **7**

RÉSUMÉ EXÉCUTIF **10**

1. INTRODUCTION **13**

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA MISSION 13
1.2. OBJECTIFS DE LA MISSION 14
1.3. RESULTATS ATTENDUS DE LA MISSION 15
1.4. APPROCHE METHODOLOGIQUE UTILISEE 15
1.4.1. Phase 1 : Revue documentaire et information des parties prenantes *15*
1.4.2. Phase 2 : Mission d'investigation et de conduite des consultations publiques *16*
1.4.3. Phase 3 : Synthèse des données et production du rapport provisoire *17*
1.5. ÉQUIPE DE TRAVAIL ET REMERCIEMENT 17
1.6. STRUCTURATION DU RAPPORT DE L'AUDIT 19

2. PRÉSENTATION DU PAISS **20**

2.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROJET ET DU PBF 20
2.2. INDICATEURS DU PAISS 21
2.3. DUREE ET COMPOSANTES DU PROJET 21
2.3.1. Composante 1 : Prestation de services au niveau des districts de santé *21*
2.3.2. Composante 2 : Renforcement institutionnel *21*
2.4. ZONES D'INTERVENTION DU PROJET 22
2.5. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET 25

3. ÉTAT DES LIEUX DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PYGMÉES) DANS LES RÉGIONS DE L'EST ET DU SUD CAMEROUN **26**

3.1. RECONNAISSANCE JURIDIQUE DES POPULATIONS AUTOCHTONES PYGMÉES 26
3.1.1. Droit à la propriété foncière *26*
3.1.2. Droit à l'éducation *27*
3.2. APERÇU GÉNÉRAL SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES EN AFRIQUE ET AU CAMEROUN 27
3.3. SITUATION GÉO-ADMINISTRATIVE ET CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES BAKA DANS LES RÉGIONS DE L'EST ET DU SUD 30
3.3.1. Situation géo-administrative et population des Baka *30*
3.3.2. Mouvements migratoires *30*
3.4. ORGANISATION SOCIALE ET POLITIQUE AU SEIN DES CAMPEMENTS BAKA 31
3.4.1. Organisation sociale *31*
3.4.1.1. Clans et lignages 31
3.4.1.2. Rôle de chaque membre au sein de la communauté Baka 31
3.4.1.3. Place de la femme dans la société Baka 32
3.4.2. Organisation politique *33*
3.5. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-CULTURELLES DES BAKA 33
3.5.1. Lien culturel et ancestral entre les Baka et la forêt *33*
3.5.2. Pratiques rituelles *34*
3.5.3. Croyances et religion *34*
3.5.4. Caractéristiques et attitudes traditionnelles des Baka *35*
3.5.5. Danses culturelles *35*
3.5.6. Vie associative chez les Baka *36*
3.5.7. Perception des pygmées par les autres groupes sociaux *36*
3.5.8. Relations entre les Baka et les Bantu *37*
3.5.9. Baka et médecine traditionnelle *37*
3.5.9.1. Guérisseurs réputés dans tout le Cameroun 37
3.5.9.2. Menaces pesant sur la médecine traditionnelle des Baka 38
3.6. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PYGMÉES BAKA 38
3.6.1. Moyens d'existence et menaces *39*

3.6.2. Sources et niveau de revenus chez les Baka *39*

4. DÉTERMINANTS DE SANTÉ EN MATIÈRE D'OFFRE ET DE DEMANDE CHEZ LES BAKA.....41

4.1. FACTEURS POSITIFS DÉTERMINANT LA SANTÉ EN MATIÈRE D'OFFRE ET DE DEMANDE CHEZ LES BAKA..... 41
4.1.1. Facteurs socio-culturels *41*
4.1.1.1. Relations intracommunautaires 41
4.1.1.2. Sédentarisation 41
4.1.2. Facteurs socio-économiques *41*
4.1.2.1. Gratuité des soins.....41
4.1.3. Facteurs environnementaux..... *41*
4.1.3.1. Richesse floristique et faunique du milieu de vie des Baka.....41
4.1.3.2. Qualité moins polluée de l'air ambiant 42
4.2. FACTEURS NÉGATIFS DÉTERMINANT LA SANTÉ EN MATIÈRE D'OFFRE ET DE DEMANDE CHEZ LES BAKA 42
4.2.1. Facteurs socio-culturels *42*
4.2.1.1. Croyances et mentalités 42
4.2.1.2. Stigmatisation.....43
4.2.1.3. Marginalisation des Baka 43
4.2.1.4. Faible niveau d'instruction des Baka 43
4.2.2. Facteurs socio-économiques *44*
4.2.2.1. Pauvreté généralisée au sein de la communauté Baka 44
4.2.2.2. Assistanat permanent des Baka perpétué par les acteurs de développement 45
4.2.2.3. Faible accès aux infrastructures et services de base en matière de santé 45
4.2.2.3.1. Rupture des stocks de médicaments 46
4.2.2.3.2. Faible équipement des formations sanitaires 46
4.2.2.3.3. Mal gouvernance dans certaines FOSA appuyées par le PBF 46
4.2.2.3.4. Enclavement des campements et villages pygmées.....46
4.2.3. Facteurs environnementaux..... *47*
4.2.3.1. Eau potable et hygiène peu appropriées.....47
4.2.3.2. Habitudes alimentaires peu appropriées 47
4.2.3.3. Logement.....47
4.2.3.4. Comportements à risque.....48
4.2.3.5. Conditions de travail.....48
4.2.3.6. Déterminants liés au système de santé (organisation des soins/iatrogénie) : Offre de soins.....48
4.2.3.6.1. Quantité.....49
4.2.3.6.2. Qualité 49
4.2.3.6.3. Accessibilité.....50
4.2.3.6.4. Efficacité.....50

5. INSTITUTIONS PUBLIQUES ET PRIVÉES ET LEUR CONTRIBUTION DANS L'ACCÈS DES BAKA AUX SERVICES DE SANTÉ 51

5.1. ACTEURS ÉTATIQUES..... 51
5.1.1. Services de la santé publique *51*
5.1.2. Communes *51*
5.1.3. PNDP : Programme National de Développement Participatif *52*
5.2. ÉGLISE CATHOLIQUE..... 52
5.3. ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE..... 53
5.3.1. CORDAID: Catholic Organization for Relief and Development Aid *53*
5.3.2. FAIRMED : Santé pour les plus démunis *53*
5.3.3. CADDAP : Centre d'Appui pour le Développement Durable des Autochtones Pygmées *54*
5.3.4. Programme MTN : Programme Maladies Tropicales Négligées..... *55*
5.3.5. Plan Cameroon *55*
5.4. COMMUNAUTÉS À LA BASE 55

6. ÉVALUATION DU PLAN INITIAL DE STRUCTURATION DES POPULATIONS AUTOCHTONES MINORITAIRES (PYGMÉES BAKA) CONTENU DANS LE PAISS 56

6.1. PLAN D'ACTION INITIALE DU PROJET EN FAVEUR DES PPA..... 56
6.2. CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DU SOUS-PROGRAMME DEDIE AUX POPULATIONS AUTOCHTONES BAKA DANS LE PBF..... 56
6.3. ACTIONS MISE EN ŒUVRE EN FAVEUR DES POPULATIONS BAKA DANS LA PREMIERE PHASE DU PAISS 57
6.3.1. Évaluation de la couverture géographique des districts de santé à forte population Baka *57*
6.3.1.1. Réalisations effectuées.....58
6.3.1.2. Difficultés rencontrées lors de la couverture de l'aire géographique Baka.....60

6.3.1.3. Recommandations....60
6.2. ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE BASEE SUR LA PRISE EN CHARGE ECONOMIQUE DES SOINS ADMINISTRES AUX INDIGENTS ET AUX BAKA.... 60
6.2.1. Caractérisation des indigents pris en charge par le PBF *60*
6.2.2. Évaluation des indicateurs de performances des formations sanitaires (PMA et PCA) *61*
6.2.2.1. Analyse des indicateurs PMA liés aux indigents....61
6.2.2.2. Analyse des indicateurs PCA....64
6.2.3. Analyse des indicateurs qualitatifs (qualité technique) *65*
6.2.4. Analyse des indicateurs communautaires *65*
6.2.5. Analyse des indicateurs de suivi du projet *66*
6.2.6. Indicateurs de suivi des résultats intermédiaires *66*
6.2.7. Suivi de la mise en œuvre de l'évaluation d'impact *67*
6.2.8. Difficultés liées à la prise en charge économique des indigents et mesures prises *67*
6.2.8.1. Difficulté d'identification des critères et de définition de la notion d'indigent....67
6.2.8.2. Faible adhésion des Baka au PBF et leur faible fréquentation des FOSA....68
6.2.8.3. Retard des virements des subsides par le payeur....69
6.2.8.4. Augmentation continue du nombre d'indigents....70
6.2.8.5. Appropriation difficile de la notion de gratuité dans le cadre du PBF....70
6.2.8.6. Intégration encore insuffisante de l'idéologie du projet par le personnel de santé....70
6.2.8.7. Insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières des FOSA....70
6.2.9. Recommandations liées à la prise en charge économique des indigents *71*
6.2.10. Inscription des Baka dans les mutuelles de santé soutenues par le PBF *71*
6.2.10.1. Réalisations....71
6.2.10.2. Difficultés rencontrées par les mutuelles....73
6.2.10.3. Recommandations pour un meilleur fonctionnement et une meilleure implication des mutuelles....74
6.3. IMPACTS DU PAISS SUR LES POPULATIONS BAKA.... 74
6.3.1. Changement positifs *74*
6.3.1.1. Perception positive de la médecine moderne par les Baka....74
6.3.1.2. Amélioration de la santé des Baka....75
6.3.1.3. Amélioration de la considération des Baka par les Bantu....76
6.3.1.4. Meilleure visibilité du rôle joué par la femme Baka dans l'accès aux soins essentiels et dans la sélection des services de santé....76
6.3.2. Changements négatifs *76*
6.4. ACTIONS POUR UNE MEILLEURE MISE EN ŒUVRE DU SOUS-PROGRAMME INDIGENTS / BAKA DANS LA PHASE DE PROLONGATION DU PROJET 77

7. SYNTHÈSE DES CONSULTATIONS PUBLIQUES MENÉES 79

8.1. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE UTILISÉE POUR RÉALISER LES CONSULTATIONS PUBLIQUES 79
8.1.1. Au niveau national *79*
8.1.2. Au niveau régional *79*
8.1.3. Au niveau local *80*
8.2. SYNTHÈSE DES INFORMATIONS ET DONNÉES RECUEILLIES.... 84
8.2.1. Enjeux et organisation de la mission *84*
8.2.2. Conception et mise en œuvre du sous-programme dédié aux populations autochtones Baka *84*
8.2.3. Difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du sous-programme et mesures prises *84*
8.2.4. Actions à mettre en œuvre en faveur des pygmées Baka et indigents dans la nouvelle phase du projet *85*
8.2.5. Communication *86*
8.2.6. Caractérisation des indigents *86*
8.2.7. Caractérisation des mutuelles de santé *86*
8.2.8. Impacts du projet en matière d'accès aux soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables et les Baka *86*
8.2.9. Implication de la communauté Baka dans le cadre de la mise en œuvre du PBF *86*
8.2.10. Prise en compte de l'aspect genre dans le projet *87*
8.2.11. Déterminants de la santé *87*
8.2.12. Rôle des acteurs clés dans le secteur de la santé dans la région de l'Est *87*

BIBLIOGRAPHIE 89

ANNEXES....92

ANNEXE 1 : TERMES DE RÉFÉRENCE POUR L'AUDIT SOCIAL EN FAVEUR DES INDIGENTS ET DES POPULATIONS AUTOCHTONES.... 93

ANNEXE 2 : LISTE DES INDICATEURS PMA ET PCA VALIDES PAR L'AAP EST ENTRE 2012 ET 2014 POUR LES DISTRICTS DE SANTE A FORTE POPULATIONS BAKA 96
2.1. Liste des indicateurs PMA et PCA validés par l'AAP Est en 2012 pour les districts de santé à forte populations Baka 96
2.2. Liste des indicateurs PMA et PCA validés par l'AAP Est entre 2013 et 2014 pour les districts de santé à forte populations Baka 99
2.3. Liste des indigents collectés dans les FOSA enquêtées : Djouth, Koua, Mbala, Kagnol 102
ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME DE DEROULEMENT DE LA MISSION 103
ANNEXE 4 : GUIDE DE CONDUITE DES CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES 105
ANNEXE 5 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES RENCONTREES 107
ANNEXE 6 : COMPTES RENDUS DES CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES 109

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Districts de santé PBF par région 22
Tableau 2 : Districts de santé PBF à forte population pygmées Baka 58
Tableau 3 : Mutuelles de santé créées dans les districts de santé sous PBF 71
Tableau 4: Présentation des nouveaux adhérents aux MS pour la période 2013-2014 72
Tableau 5 : Présentation des cotisations des mutualistes et des subsides versées pour 2013-2014 73
Tableau 6 : Liste des indigents inscrits dans les mutuelles de santé bénéficiaires du PBF 115

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Localisation de la zone d'intervention du PAISS 24
Carte 2 : Répartition géographique des groupes pygmées au Cameroun 29
Carte 3 : Répartition des formations sanitaires par groupe d'intervention PBF dans la région de l'Est 59

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AAP :	Agence d'Achat de Performance
AAPPEC :	Appui à l'Autopromotion des Populations de l'Est-Cameroun
AEDES :	Agence Européenne pour le Développement de la Santé
AIIC	Association des Infirmières et Infirmiers du Canada
AJDUR :	Association des Jeunes pour le développement de Messok
APEE :	Association des Parents d'Élèves et d'Enseignants
ARV :	Anti Rétro Viraux
ASBAK :	Association des Baka de Lomié
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASLO :	Associations locales
BM :	Banque Mondiale
CADDAP :	Centre d'Appui pour le Développement Durable des Autochtones Pygmées
CDS :	Coordination Diocésaine de la Santé
CED :	Centre pour l'Environnement et le Développement
COGE :	Comité de Gestion des formations sanitaires
COPIL :	Comité de Pilotage
CORDAID :	*Catholic Organization for Relief and Development Aid*
COSA :	Comité de Santé du Centre de santé
COSADI :	Comité de Santé du District de santé
CPA :	Consultation Pré-Anesthésique
CPN :	Consultation Prénatale
CRS :	*Catholic Relief Services*
CSI :	Centre de Santé Intégré
DIU :	Dispositif Intra Utérin
DRSP :	Délégation Régionale de la Santé Publique
FAIRMED :	Santé pour les plus démunis
FCFA	Franc de la Communauté Française d'Afrique
FEDEC :	Fondation pour l'Environnement et le Développement au Cameroun
FONDAF :	Foyer Notre Dame de la Forêt
FOSA :	Formation Sanitaire
FPP :	*Forest People Programme*
FRPS :	Fonds Régional Pour la Promotion de la Santé
GIC :	Groupement d'Intérêt Communautaire

GIZ :	*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* / Coopération Allemande
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IDA	*International Development Association*
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
JMN	Jean Marie Noireau Consultant
MINAS :	Ministère des Affaires Sociales
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MSF :	Médecin Sans Frontière
MUCSALO :	Mutuelle communautaire de Lomié
OCB :	Organisations Communautaires de Base
OIT :	Organisation Internationale du Travail
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
OSC :	Organisation de la Société Civile
PA :	Population Autochtone
PAD :	*Project Apraisal Development*
PAISS	Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé
PBF :	*Performance Based Financing* / Financement Basé sur la Performance
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PCD :	Plan de Développement Communal
PEC :	Prise En Charge
PF :	Planning Familial
PFNL :	Produit Forestier Non Ligneux
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNDP :	Programme National de Développement Participatif
PPA :	Plan de développement en faveur des Populations Autochtones
PPAV :	Plan pour les Peuples Autochtones Vulnérables
PPEC	Projet Pygmées Est-Cameroun
Programme MTN :	Programme Maladies Tropicales Négligées
PTBA :	Plan de Travail Annuel Budgétisé
RACOPY :	Réseau de Recherches Actions Concertées Pygmées
RDC :	République Démocratique du Congo
RGPH 3 :	Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNV :	Coopération Néerlandaise de Volontaires

SSD :	Service de Santé de District
SSS :	Stratégie Sectorielle de la Santé
TBC :	Tuberculose
TP :	Temps de Parturition
UGP :	Unité de Gestion du projet
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNFPA :	United Nation Population Fund / Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD :	United State Dollar
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS) est le fruit de l'Accord de Crédit n°4478-CM signé le 30 octobre 2008 entre le Gouvernement de la République du Cameroun et la Banque Mondiale d'un montant de 25 millions de dollars US pour une période initiale de cinq ans (30 mars 2009 – 30 mars 2014). Le PAISS a bénéficié des ressources additionnelles en 2014 à hauteur de 40 millions d'USD, à la suite de la prolongation de ce projet.

Le PAISS est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). Il a globalement pour objectif de contribuer à : (i) l'amélioration de l'état général de la santé des populations à travers une plus grande performance des services de santé ; (ii) l'amélioration de la qualité de la santé maternelle et infantile ; et (iii) la réduction de l'impact des maladies transmissibles. Le PAISS compte deux composantes : (i) Composante 1 portant sur la prestation de services au niveau des districts de santé ; et Composante 2 axée sur le Renforcement institutionnel. Le PAISS couvre 04 Régions, 15 Départements et 26 Districts de santé dont pratiquement la moitié (14) dans la région de l'Est parmi lesquels 08 situés dans les aires de santé à forte populations autochtones Baka (Lomié, Abong-Mbang, Messamena, Moloundou, Yokadouma, Mbang, Ndelele et Doume).

Cela se justifie par le fait que dans le cadre de l'Approche du Financement Basé sur la Performance (PBF) développée par le PAISS, les peuples autochtones sont inclus dans le groupe des personnes qui bénéficient d'un traitement particulier. Cette insertion permet ainsi d'accorder une attention particulière aux populations vulnérables et marginalisées lorsque l'on sait que les pygmées Baka constituent la grande majorité des indigents (environ ¾ des indigents) dans la région de l'Est.

Certes, la prise en compte des populations autochtones dans la mise en œuvre du PAISS a montré des progrès significatifs dans l'amélioration de certains indicateurs tels que la nouvelle consultation des indigents ou pauvres, l'inscription dans les mutuelles, les journées d'hospitalisation mais le sous-programme dédié aux populations autochtones ne s'est pas exécuté comme conçu au départ.

L'audit social est d'autant plus important qu'il doit permettre d'apporter des éléments de réponse aux questions pertinentes visant la prise en compte des populations autochtones dans l'accès aux services de santé de qualité, sur la base des principes du PBF. L'audit social a consisté à :

- faire l'état des lieux des populations autochtones (pygmées) dans les régions de l'Est et du Sud Cameroun en vue d'assurer leur meilleur ancrage dans le cadre de l'exécution du PAISS ;
- faire l'évaluation du plan initial de structuration des populations autochtones minoritaires (pygmées) contenu dans le PAISS ; et
- fournir des éléments à prendre en compte dans la nouvelle opération en cours de préparation avec la Banque mondiale dans le cadre d'un Plan de Travail en faveur des

Sur la base des objectifs susvisés, le rapport de l'audit a été présenté en deux volumes dont : (i) le présent volume 1 porte sur l'évaluation sociale relative à l'état des lieux des populations autochtones (pygmées) dans les régions de l'Est et du Sud Cameroun ; (ii) le volume 2 qui présente les actions à mettre en œuvre en faveur des populations autochtones pygmées au cours des trois années de prolongation du PAISS.

Deux approches ont été combinées pour atteindre les résultats attendus de la mission à savoir l'exploitation de la documentation d'une part, et la consultation des différentes parties prenantes intervenant dans la mise en œuvre du projet d'autre part.

Les résultats du diagnostic documentaire a permis de dresser un état des lieux des populations pygmées en général et des Baka en particulier. Il en ressort que les Baka représentent le groupe de pygmées le plus important au Cameroun. Il se compose de près de 40 000 personnes et occupe 75 000 km² dans les régions de l'Est et du Sud. Ils sont caractérisés par leur mode de vie, basé en grande partie sur l'exploitation des ressources naturelles, auxquelles ils sont fortement attachés et qui orientent leur mobilité et leurs activités.

Le système de parenté s'appuie sur la famille, le lignage, le sous-clan et le clan. La femme tient un rôle important et prépondérant dans quasi tous les domaines de la société et de la culture pygmée en général et Baka en particulier. La communauté Baka est organisée en petits campements caractérisés par une organisation peu structurée et stricte. Cependant, l'autorité cheffale est généralement entre les mains d'un vieillard dont le pouvoir s'exerce de plein droit sur l'ensemble de la communauté.

Les valeurs culturelles propres aux populations pygmées en général et aux Baka en particulier sont caractérisées par une société égalitaire fondée sur les notions de partage, de prévalence du libre arbitre, de conservation des valeurs communautaires axées sur le principe de nomadisme et de mobilité, de reconnaissance et prédominance du pouvoir de décisions de la femme pygmée dans la communauté, de peu de possibilités de loisirs et de prédominance de la culture orale.

L'exploitation de la documentation et les résultats des consultations publiques ont permis de disposer des informations sur les déterminants de santé en matière d'offre et de demande chez les Baka. Les problèmes de santé observés chez les Baka sont généralement ceux observés chez l'ensemble des populations de la région de l'Est. Ils regroupent selon les acteurs de santé de la région de l'Est : paludisme, maladie de pian, hernie, gastroentérites, maladies d'origine hydrique, diarrhée, malnutrition (surtout chez les enfants), complications lors des accouchements à domicile, infections pulmonaires, parasitoses intestinales, rhumatismes et dermatoses cutanées.

Les avis des parties prenantes consultées et les sources documentaires montrent que la santé des Baka est globalement liée à un certain nombre de facteurs socio-culturels, économiques et environnementaux dont certains facilitent l'accès aux soins de santé modernes et d'autres en constituent une entrave.

Les facteurs qui facilitent l'accès des Baka aux soins de santé modernes sont les suivants : Relations intracommunautaires, Sédentarisation, Gratuité des soins, Richesse floristique et faunique du milieu de vie des Baka, Qualité moins polluée de l'air ambiant. Les facteurs qui concourent à réduire l'accès des Baka aux soins et services de santé moderne sont : Croyances et mentalités, Stigmatisation, Marginalisation, Faible niveau d'instruction, Pauvreté généralisée au sein de la communauté, Assistanat permanent des Baka perpétué par les acteurs de développement, Faible accès aux infrastructures et services de base en matière de santé, Rupture des stocks de médicaments, Faible équipement des formations sanitaires, Mal gouvernance dans certaines FOSA appuyées par le PBF, Enclavement des campements et villages pygmées, Eau potable et hygiène peu appropriées dans les campements et les villages, Habitudes alimentaires peu appropriées, Logement, Comportements à risque, Conditions de travail.

L'exploitation des données de la littérature et les entretiens menées auprès des parties prenantes du projet ont permis d'identifier les différents acteurs qui interviennent dans l'amélioration de l'accès aux services et soins de santé chez les Baka. Il s'agit de l'État à travers le MINSANTE et ses démembrements sur le terrain, des projets et programmes de développement (PAISS, PNDP), des Organisations de la Société Civile (CORDAID, FAIRMED, CADDAP, Programme MTN, Plan Cameroon), des confessions religieuses (Église catholique), des partenaires techniques et financiers (Banque mondiale), des communautés à la base (ASLO).

La mise en œuvre du PBF en faveur des populations Baka s'est confrontée à quelques difficultés relevées par les acteurs impliqués et qui ont été rencontrés par la mission. La couverture géographique visée par le projet s'est confrontée au refus du PBF par les FOSA Catholiques et les Coordinations Diocésaines de la Santé des Diocèses de Bertoua et de Doumé/Abong-Mbang. En ce qui concerne la prise en charge économique des indigents en général et des Baka en particulier, les difficultés rencontrées ont porté sur : (i) la pénibilité à définir la notion d'indigent et les critères y afférents ; (ii) la faible adhésion des Baka au PBF ; (iii) l'augmentation continue du nombre d'indigents ; (iv) l'intégration encore insuffisante de l'idéologie du PBF par le personnel de santé ; (v) l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières dans les FOSA, aggravée par le retard des virements des subsides par le PAISS.

Face à ces difficultés, quelques mesures ont été proposées par les acteurs rencontrés et portent globalement sur la nécessité : (i) de renforcer le rôle des structures de dialogue (COSA, COSADI) dans la validation de la liste des indigents ; (ii) d'impliquer de manière continue les relais Baka dans les actions de santé communautaire afin de briser le mythe de la méfiance qu'ils ont vis-à-vis de la médicine moderne et de faciliter leur appropriation et la diffusion des messages véhiculés ; (iii) de renforcer la stratégie avancée visant à atteindre les campements pour l'administration des soins ; (iv) de renforcer les campagnes de sensibilisation des indigents/Baka à travers les structures communautaires (COSA, COGE) ; (v) d'assurer le paiement dans les délais raisonnables des subsides des FOSA afin d'améliorer leur performance ; (vi) de revoir à la baisse le coût total des indicateurs afin de mieux filtrer la liste et le nombre des indigents ; (vi) du renforcement des capacités des vérificateurs, des prestataires et des régulateurs ; (vii) de renforcer les capacités organisationnelles, techniques et financières des mutuelles de santé.

À la phase actuelle (fin du projet), bien qu'il soit prématuré de percevoir les impacts du PAISS, un nombre important de changements positifs et quelques effets négatifs du projet sur les populations Baka ont été relevés par les acteurs rencontrés. Grâce au système PBF mis en place, les populations autochtones Baka sont de plus en plus ouvertes à la médecine moderne ; ceci est marqué par une augmentation de leur fréquentation des FOSA, et donc à l'amélioration de leur état de santé. L'implication des Baka à tous les niveaux de mise en œuvre du projet a amélioré leur considération vis-à-vis des Bantu, et par conséquent réduit l'effet de la stigmatisation que subit ce groupe social. Le projet a également permis d'avoir une meilleure visibilité du rôle clé que joue la femme Baka dans l'accès aux soins essentiels et dans la sélection des services de santé. Le principal effet négatif observé est le risque de développement d'une mentalité d'exigence de la gratuité des soins par les Baka, au point que si ces soins ne sont pas gratuits, cela pourrait les conduire à abandonner la médecine moderne une fois l'appui du projet arrivé à terme. L'intervention du PBF a par ailleurs renforcé la dépendance de nombreux prestataires de santé vis-à-vis du PBF, délaissant les autres activités du MINSANTE. Les différents groupes d'acteurs rencontrés ont formulé des recommandations visant une meilleure mise en œuvre du sous-programme dans la phase de prolongation du projet ; ce qui a permis de proposer six axes d'interventions développées dans le volume 2 portant sur le plan d'action en faveur des populations Baka.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA MISSION

Entre 2001 et 2010, le Cameroun a considérablement augmenté sa dépense de santé par habitant. En effet, les statistiques disponibles indiquent que ces dépenses sont passées de 26 USD en 2001 à 61 USD en 2010. Cependant, la plupart des indicateurs de ce secteur vital ont stagné ou se sont améliorés très lentement. Ce constat est plus frappant dans les zones défavorisées et pour les populations pauvres.

Au regard de la faible performance du système nationale de santé et des disparités régionales, le Gouvernement de la République du Cameroun et la Banque Mondiale ont signé l'Accord de Crédit IDA n°4478-CM pour un montant initial de 25 millions de dollars US, à l'effet de mettre en œuvre, pendant une période initiale de cinq ans, le Projet pilote d'Appui aux Investissements en faveur du Secteur de la Santé (PAISS). L'Accord de Crédit a été approuvé par le Conseil d'Administration de la Banque Mondiale en juin 2008 tandis que cet accord est entré en vigueur en mars 2009. Le PAISS a bénéficié plus tard des ressources additionnelles en 2014 à hauteur de 40 millions de USD, à la suite de la prolongation de ce projet doté de deux composantes : (i) prestation de services dans les districts de santé pour 60 millions USD ; et (ii) appui institutionnel pour 05 millions USD.

Dans sa conception initiale, le PAISS comprenait deux sous programmes : **le Plan de traitement des Déchets Hospitaliers et le Plan d'Action pour la Structure des populations indigènes**. Cependant, du fait de certaines difficultés structurelles qui ont entravé le démarrage du PAISS sur le terrain, les services d'un consultant international ont été mobilisés par le Ministère de la santé et la Banque Mondiale pour procéder à la restructuration de ce projet.

Comme axe majeur des propositions de ce consultant, il a été convenu d'intégrer, par souci de cohérence et de simplification du montage technique, les districts à forte populations autochtones dans le projet, fort de l'expérience développée par le Diocèse de Batouri avec l'appui technique et financier de l'ONG internationale CORDAID dans les 14 districts de cette région. Ainsi les districts de santé à forte population auto[1]chtone de Lomié, Abong-Mbang, Messamena, Moloundou, Yokadouma, Mbang, Ndelele et Doume ont été intégrés au PAISS.

Cela se justifie par le fait que dans le cadre de l'Approche du Financement Basé sur la Performance (PBF) développée par le PAISS, **les peuples autochtones sont inclus dans le groupe des personnes qui bénéficient d'un traitement particulier.** Cette insertion permet ainsi d'accorder une attention particulière aux populations vulnérables et marginalisées lorsque l'on sait que les pygmées Baka constituent la grande majorité des indigents (environ ¾ des indigents) dans la région de l'Est.

Cette classification des Baka dans le groupe des indigents permet également de réduire la stigmatisation des peuples autochtones et de prendre en compte les principes du PBF[2], notamment l'équité et l'exclusion.

Depuis 2003, le Gouvernement de la République du Cameroun a mené au moins trois études sur les Baka. Ces études ont débouché sur deux plans d'action concernant les autochtones (PPAV). Les données issues de ces études indiquent qu'il y a deux principaux groupes

[1] CORDAID : *Catholic Organization for Relief and Development Aid*
[2] PBF : *Performance Based Financing*

autochtones à savoir les Baka et les Bakola/Bagyeli au Cameroun avec un effectif approximatif de 5.000 habitants.

Le projet pipeline Tchad-Cameroun a permis de produire à travers la Fondation pour l'Environnement et le Développement au Cameroun (FEDEC), un plan d'action spécifique pour les pygmées résidant le long du pipeline (2003-2004). Il s'agit des peuples occupant la zone rurale et forestière des régions du Sud et de l'Est Cameroun où l'accès aux soins de santé est faible surtout que les Baka font recours de préférence à la médecine traditionnelle.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action concernant les peuples autochtones du pipeline Tchad-Cameroun a montré à l'époque plusieurs faiblesses parmi lesquelles : l'insuffisance du financement, la faible coordination, les difficultés d'adapter les activités à la non stabilité des pygmées, la frustration des bantous qui ont vu la chute de leur domination sur les Baka et les Bakola/Bagyéli.

Certes, la prise en compte des populations autochtones dans la mise en œuvre du PAISS a montré des progrès significatifs dans l'amélioration de certains indicateurs tels que la nouvelle consultation des indigents ou pauvres, l'inscription dans les mutuelles, les journées d'hospitalisation mais le sous-programme dédié aux populations autochtones ne s'est pas exécuté comme conçu au départ.

L'audit social est d'autant plus important qu'il doit permettre d'apporter des éléments de réponse aux questions pertinentes visant la prise en compte des populations autochtones dans l'accès aux services de santé de qualité, sur la base des principes du PBF.

1.2. OBJECTIFS DE LA MISSION

Conformément aux termes de référence présentés en **annexe 1**, l'audit social visait à :

- faire l'état des lieux des populations autochtones (pygmées) dans les régions de l'Est et du Sud Cameroun en vue d'assurer leur meilleur ancrage dans le cadre de l'exécution du PAISS ;
- faire l'évaluation du plan initial de structuration des populations autochtones minoritaires (pygmées) contenu dans le PAISS ; et
- fournir des éléments à prendre en compte dans la nouvelle opération en cours de préparation avec la Banque mondiale dans le cadre d'un Plan de Travail en faveur des Populations Autochtones minoritaires (pygmées), ainsi que le projet de budget y afférent.

Sur la base des informations disponibles (EDS-MIX, PAISS, Évaluation d'impact, etc.), il était question d'apporter des éléments de réponses pertinents aux préoccupations ci-après :

- Quels changements le PBF a-t-il induit en matière d'accès aux soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables à l'échelon national ?
- Quels sont les principaux problèmes ou conditions de santé qui ont été notées pour les Baka pendant la première phase du projet ?
- Qu'en est-il pour les populations autochtones et plus précisément les Baka ?
- Y a-t-il eu un changement dans l'accès ou l'utilisation de la médecine traditionnelle à la suite de l'augmentation de l'utilisation des centres/services de santé ?
- Quelle a été l'implication de la communauté dans le cadre de la mise en œuvre du PBF ? Avec la relation avec les bantus ?
- Comment la voix de la communauté est-elle prise en compte ?

- Existe-t-il des enquêtes communautaires sur la qualité des soins et sur l'appréciation des services de santé délivrés par les formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles et le choix de services offerts ?
- Comment l'approche genre (autonomie de la femme à accéder aux soins essentiels et son rôle dans la sélection des services) est-elle prise en compte ?

1.3. RESULTATS ATTENDUS DE LA MISSION

Les résultats attendus de l'audit sont les suivants :

- Dénombrement des populations Baka de la région de l'Est et du Sud ;
- Déterminants de la santé des peuples Baka en matière d'offre et de demande de santé ;
- Identification des ONG et partenaires présents sur le terrain et leur contribution dans l'accès des Baka aux services de santé et, si applicable, le rôle des services régionaux dans la fourniture de services de santé à ces populations ;
- Plan de communication pour le changement des comportements et d'appropriation des actions de santé ;
- Proposition d'indicateurs de suivi des actions proposées ;
- Population bien informée sur l'état du PAISS et sur le nouveau projet.
- Projet de budget ;
- Plan de suivi des recommandations ;
- Grands axes du plan d'action pour les peuples autochtones.

1.4. APPROCHE METHODOLOGIQUE UTILISEE

Deux approches ont été combinées pour atteindre les résultats attendus de la mission à savoir l'exploitation de la documentation d'une part, et les investigations dans la région d'intervention du projet d'autre part. La mission a été planifiée pour une durée de six semaines à réaliser en cinq phases séquencées comme suit :

- Phase 1 : Revue documentaire et information des parties prenantes (une semaine) ;
- Phase 2 : Mission d'investigation et de conduite des consultations publiques (une semaine) ;
- Phase 3 : Synthèse des données et Production du rapport provisoire (deux semaines) ;
- Phase 4 : Observations du PAISS sur le rapport provisoire et amendements éventuels (une semaine) ; et
- Phase 5 : Adoption et publication rapport final (une semaine).

Les trois premières phases de la mission se sont globalement déroulées du 04 au 31 janvier 2016 conformément au chronogramme de déroulement de la mission présenté en **annexe 3**. Elles sont achevées par la production du présent rapport provisoire de l'audit.

1.4.1. Phase 1 : Revue documentaire et information des parties prenantes

Conformément à l'approche proposée dans les termes de référence, et validée par la Coordination nationale du PAISS lors des séances de travail préparatoires de la mission, l'audit social s'est fortement appuyé sur l'exploitation de la documentation disponible sur le projet et sur les populations autochtones pygmées. Cette phase s'est déroulée du 04 au 08 janvier 2016.

Les documents de base du projet ont été principalement collectés au niveau de la Coordination nationale du PAISS à Yaoundé, et quelques-uns au niveau des services régionaux de la santé publique de l'Est à Bertoua notamment au Fonds Régional Pour la Promotion de la Santé (FRPS), à l'Agence d'Achat de Performance de l'Est, et dans les formations sanitaires enquêtées.

En ce qui concerne la documentation sur les populations autochtones pygmées, les principales sources d'acquisition ont été la base de données de la consultante et Internet.

La nature des documents collectés sont la suivante :

- **Les documents de base sur le projet :** Document d'évaluation du projet (PAD), Rapports des six sessions du Comité de Pilotage du projet, Rapports trimestriels et annuels des districts de santé et des ONG de la région de l'Est[3] sur la mise en œuvre de leurs plans de travail, Rapports annuels régionaux sur la mise en œuvre du projet, Rapports annuels d'activités/de suivi du projet, Rapports des audits annuels de la performance technique réalisés, Aide-mémoires des missions de supervision de la Banque mondiale notamment ceux portant sur les populations autochtones et les indigents, Rapport sur l'enquête (2 ans) sur les établissements de santé, Rapport de l'enquête sur les ménages (Santé et Démographie – DHS - 2011), Rapport des consultations préliminaires réalisé par le Centre pour l'Environnement et le Développement (CED) dans le cadre de l'évaluation systématique de l'impact du projet sur les groupes autochtones ;
- **Les documents sur le secteur santé** : Document de stratégie sectorielle de la santé au Cameroun, Guide de suivi-évaluation du plan stratégique national 2006-2010, Plans quinquennaux de développement et Plans d'action annuels des districts de santé concernés ;
- **Les documents sur la démographie** : Troisième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 3), Plans de développement des communes concernées (PCD) ;
- **Les divers documents sur les populations autochtones :** Plan pour les Peuples Autochtones Vulnérables (PPAV), etc.

L'ensemble des documents collectés et exploités sont récapitulés dans les références bibliographiques.

Les informations recherchées au niveau documentaire portaient sur l'ensemble des préoccupations relevées dans les termes de référence, et plus essentiellement sur les populations autochtones (pygmées Baka, Bakola/Bagyéli), leurs caractéristiques socio-économiques, les différents recours aux soins de santé de ces groupes sociaux, les besoins des pygmées en matière de santé et les indicateurs clés à suivre pour évaluer les progrès atteints pour la santé des pygmées.

C'est au cours de cette phase qu'ont été préparés le plan du rapport provisoire et le protocole de conduite des consultations publiques. Ces deux produits ont été discutés avec l'équipe de la Coordination nationale du PAISS qui les a validés, lors des séances de travail tenues avant la descente sur le terrain.

C'est au cours de cette phase que les différentes parties prenantes rencontrées dans la région de l'Est ont été identifiées et informées de la mission par courriel, téléphone et courrier express, par le Coordinateur national du PAISS.

1.4.2. Phase 2 : Mission d'investigation et de conduite des consultations publiques

Cette phase était centrée sur la consultation des parties prenantes, la collecte de la documentation complémentaire sur le projet, et la visite de quelques formations sanitaires

[3] Il s'agit des rapports d'activités des districts de santé de LOMIE, ABONG-MBANG, MESSAMENA, MOLOUNDOU, YOKADOUMA, MBANG, NDELELE et DOUME et de ceux des ONG intervenues dans ces districts.

fréquentées par les pygmées Baka. Elle s'est déroulée dans la région de l'Est du 10 au 17 janvier 2016.

La liste des institutions rencontrées sur le terrain a été validée par la Coordination nationale du projet à Yaoundé, tandis que la liste des formations sanitaires enquêtées a été validée par le Point Focal du PAISS à Bertoua.

Les catégories de parties prenantes consultées étaient les suivantes :

- les responsables de la coordination nationale du projet et de CORDAID rencontrés à Yaoundé pendant la phase précédente ;
- les responsables des services régionaux de la santé publique de l'Est rencontrés à Bertoua notamment : Point Focal du PAISS, Fonds Régional pour la Promotion de la Santé (FRPS), Agences d'Achat de Performance (AAP) ;
- les responsables des districts de santé rencontrés dans leurs aires de santé : Doume, Mbang, Abong Mbang, Messamena ;
- les représentants des communautés pygmées Baka rencontrés dans les villages bantu ;
- les responsables des mutuelles de santé impliquées dans le projet rencontrés à Abong Mbang.

Sur la base du protocole d'entretien préparé à cet effet et présenté en **annexe 4**, les échanges avec ces différentes parties prenantes ont porté sur les préoccupations consignées dans les termes de référence. La liste des personnes ressources rencontrées est présentée en **annexe 5**.

À l'issu de chaque séance d'entretien avec chaque groupe de parties prenantes rencontrées, un compte-rendu était élaboré par l'équipe de la mission. Ces comptes rendus sont présentés en **annexe 6**.

Compte tenu du temps assez court imparti pour les investigations (à peine une semaine), la consultante s'est faite appuyée dans les investigations par quatre enquêteurs juniors aux profils variés correspondant à la thématique de la mission et ayant un niveau minimum de Bac+5, puis justifiant d'une expérience avérée en matière d'enquêtes sociologiques et de santé. Elle était ainsi composée d'un Médecin Généraliste, de deux environnementalistes spécialisés sur les questions sanitaires et d'une socio-environnementaliste.

1.4.3. Phase 3 : Synthèse des données et production du rapport provisoire

Cette phase a porté sur la synthèse des comptes rendus des consultations publiques, la synthèse et la compilation de l'ensemble des données collectées, puis la production du présent rapport provisoire. Elle s'est déroulée du 18 au 31 janvier 2016.

1.5. ÉQUIPE DE TRAVAIL ET REMERCIEMENT

Le présent audit social a été réalisé par CHEUMANI NOUDJIEU Charlotte, avec l'appui indéniable de quatre enquêteurs juniors à savoir :

- CHEUKAK NGANGOM Jocelyne, Médecin Généraliste ;
- FOE ANDEGUE Bernard, Socio-Environnementaliste spécialisé en santé et sécurité ;
- ESSONO Steve Patrick, Environnementaliste spécialisé en santé et sécurité ;
- NGAGOUM Véronique, Socio-environnementaliste.

Ce travail a été facilité par le concours de l'équipe de la Coordination nationale du PAISS à qui l'équipe de la mission adresse ses sincères remerciements. Notre gratitude va également à

l'ensemble des parties prenantes du projet susmentionnées intervenant sur le terrain. Celles-ci n'ont ménagé aucun effort pour mettre à notre disposition toutes les informations sollicitées.

1.6. STRUCTURATION DU RAPPORT DE L'AUDIT

Outre la présente introduction, le volume 1 du rapport comporte cinq chapitres principaux correspondant aux résultats attendus du volet évaluation sociale de la mission. Ces chapitres s'enchainent comme suit :

- Présentation du PAISS ;
- État des lieux sur les populations autochtones (pygmées) dans les régions de l'Est et du Sud Cameroun ;
- Déterminants de la santé des peuples Baka en matière d'offre et de demande de santé ;
- Institutions publiques et privées présentes sur le terrain et leur contribution dans l'accès des Baka aux services de santé ;
- Évaluation du plan initial de structuration des populations autochtones minoritaires (pygmées Baka) contenu dans le PAISS.

2. PRÉSENTATION DU PAISS

2.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROJET ET DU PBF

Le Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS) est le fruit de l'Accord de Crédit n°4478-CM signé le 30 octobre 2008 entre le Gouvernement de la République du Cameroun et la Banque Mondiale d'un montant de 25 millions de dollars US pour une période initiale de cinq ans (30 mars 2009 – 30 mars 2014). Le PAISS a bénéficié des ressources additionnelles en 2014 à hauteur de 40 millions de USD, à la suite de la prolongation de ce projet doté de deux composantes : (i) prestation de services dans les districts de santé pour 60 millions USD ; et (ii) appui institutionnel pour 05 millions USD.

Le PAISS est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). Il a globalement pour objectif de contribuer à : (i) l'amélioration de l'état général de la santé des populations à travers une plus grande performance des services de santé ; (ii) l'amélioration de la qualité de la santé maternelle et infantile ; et (iii) la réduction de l'impact des maladies transmissibles.

Le PAISS est conçu sur la base de l'approche contractuelle de Financement Basé sur la Performance plus connu sous le terme PBF ou « *Performance Based Financing* ». En effet, les acteurs rencontrés ont relevé que le PBF est entré au Cameroun par le Projet REDSEC, financé par l'ONG Néerlandaise CORDAID pendant plus de 10 ans (jusqu'en 2006) mais sans réels résultats. Pour ne pas perdre son financement, CORDAID a développé le projet REDSEC1 couvrant la période 2006 -2007. C'est dans le cadre de ce projet qu'a été développé le concept de PBF, financé par l'Église catholique. Le PBF a donc commencé par le Diocèse de Batouri et s'est progressivement étendu dans d'autres Diocèses dans les cadre des actions de l'église catholique. Le Projet REDSEC et le concept PBF ont donc été présentés à la Banque Mondiale qui a apprécié et adopté le concept ; d'où son intégration dans le PAISS.

Le PBF constitue la fourniture du cash ou de biens conditionnés par la prise d'actions mesurables ou la réalisation d'objectifs de performance définis au préalables. C'est une approche du système de santé axée sur les résultats, définie comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont (financièrement) accessibles. Ceci implique que les structures sont considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit des objectifs de santé publique et/ou de leur personnel.

Le PBF est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de régulation (Délégation régionale de la santé publique et Districts de santé), les agences d'achat des performances (AAP), les financeurs (MINSANTE/PAISS) et le renforcement de la prise en compte des populations locales.

Le PBF permet :

- d'améliorer considérablement la performance du personnel et de renforcer l'accès et la qualité des services de santé ;
- de mettre en œuvre les réformes qui confèrent l'autorité et la flexibilité au personne du niveau opérationnel tout en renforçant la résolution des problèmes par les acteurs eux-mêmes ;
- d'accroitre la responsabilité et l'imputabilité des prestataires vis-à-vis de leurs patients. Au total, ce mode de financement promet d'accroitre l'utilisation des services, d'améliorer leur quantité et d'accroitre l'efficience et l'équité.

Le PBF focalise l'attention sur les résultats (comme le nombre d'enfants complètement vaccinés, le nombre de femmes qui ont accouché avec assistance médicale, etc.) plutôt que sur les intrants (comme la construction des centres de santé, la formation du personnel, etc.).

2.2. INDICATEURS DU PAISS

Les réalisations du projet sont basées sur les l'atteinte des objectifs assignés en termes de :

- Activités managériales ;
- Indicateurs de performances dont 23 indicateurs du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et 25 du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) validés par le Ministère de la Santé publique ;
- Indicateurs de Qualité technique ;
- Indicateurs communautaires ;
- Indicateurs de suivi de projet au nombre de 13 ; et
- Mise en œuvre de l'évaluation d'impact.

2.3. DUREE ET COMPOSANTES DU PROJET

Le projet initialement conçu pour une durée de cinq ans (2009 -2014) a connu une phase de restructuration qui va durer trois ans (36 mois : 2016 - 2018). Au terme de cette prolongation, le projet pourrait alors être étendu à d'autres districts de santé dans les mêmes régions ou dans de nouvelles régions notamment au Sud où se trouvent également les populations autochtones, à l'Extrême-nord, au Nord et dans l'Adamaoua. À cet effet, le Gouvernement entend mettre en place dans les meilleurs délais, les FRPS dans ces régions où ils n'existent pas encore, en vue de d'héberger les AAP.

Le PAISS compte deux composantes : (i) Composante 1 portant sur la prestation de services au niveau des districts de santé ; et Composante 2 axée sur le Renforcement institutionnel.

2.3.1. Composante 1 : Prestation de services au niveau des districts de santé

D'un montant de vingt millions de dollars, cette composante a pour objectifs :

- de fournir un appui pour améliorer l'utilisation des structures de santé et pour contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile en trouvant des solutions aux obstacles cruciaux auxquels les formations sanitaires sont confrontées notamment :
    - la rareté des fonds disponibles sur le terrain pour couvrir les dépenses de fonctionnement ;
    - le manque de focalisation sur l'obtention des résultats tangibles ;
    - le manque de redevabilité pour la performance du système de santé du district ;
    - la modeste capacité de gestion au niveau du district de santé.
- d'apporter un appui financier à l'échelon central pour l'acquisition et la fourniture d'un paquet de services, y compris les médicaments et les équipements médicaux.

2.3.2. Composante 2 : Renforcement institutionnel

Cette composante bénéficie d'un soutien financier de cinq millions de dollars et d'un soutien technique destinés à renforcer deux fonctions normatives clés du Ministère de la santé publique à l'échelle nationale, régionale et au niveau des districts de santé. Les deux fonctions concernent :

- la conception et la gestion des contrats, l'identification des indicateurs pertinents et la fixation de leur prix, le renforcement de la supervision, la mise en œuvre des

mécanismes de contrôle externe et de validation des résultats (audits financiers, contre-vérification) ;
- la mise en place d'un système d'informations sanitaires harmonisé et unifié pour assurer la mise à jour et la diffusion des données financières et programmatiques fiables dans le cadre de la mesure des performances.

2.4. ZONES D'INTERVENTION DU PROJET

Le PAISS couvre 07 Régions, 23 Départements et 41 Districts de santé dont 14 dans la région de l'Est (tableau 1). Les districts de santé qui ont déjà été couverts dans la première phase qui s'est réalisée entre 2011 et 2014 sont ceux des régions du littoral, du Sud-ouest, du Nord-ouest et de l'Est. Le PAISS compte étendre ses actions dans la phase de prolongation aux régions de l'Extrême-nord, du Nord et de l'Est. La population qui déjà été couverte par ces districts de santé est estimée à 823 819 habitants ; en ajoutant ceux des trois régions septentrionales, la population totale visée par le PBF dans la phase additionnelle sera d'environ 2 972 413 habitants. Il est à noter que le PBF a démarré dans les districts de santé de la région de l'Est au deuxième semestre 2012 et dans les régions du Littoral, Sud-ouest et Nord-ouest en 2011.

Tableau 1 : Districts de santé PBF par région

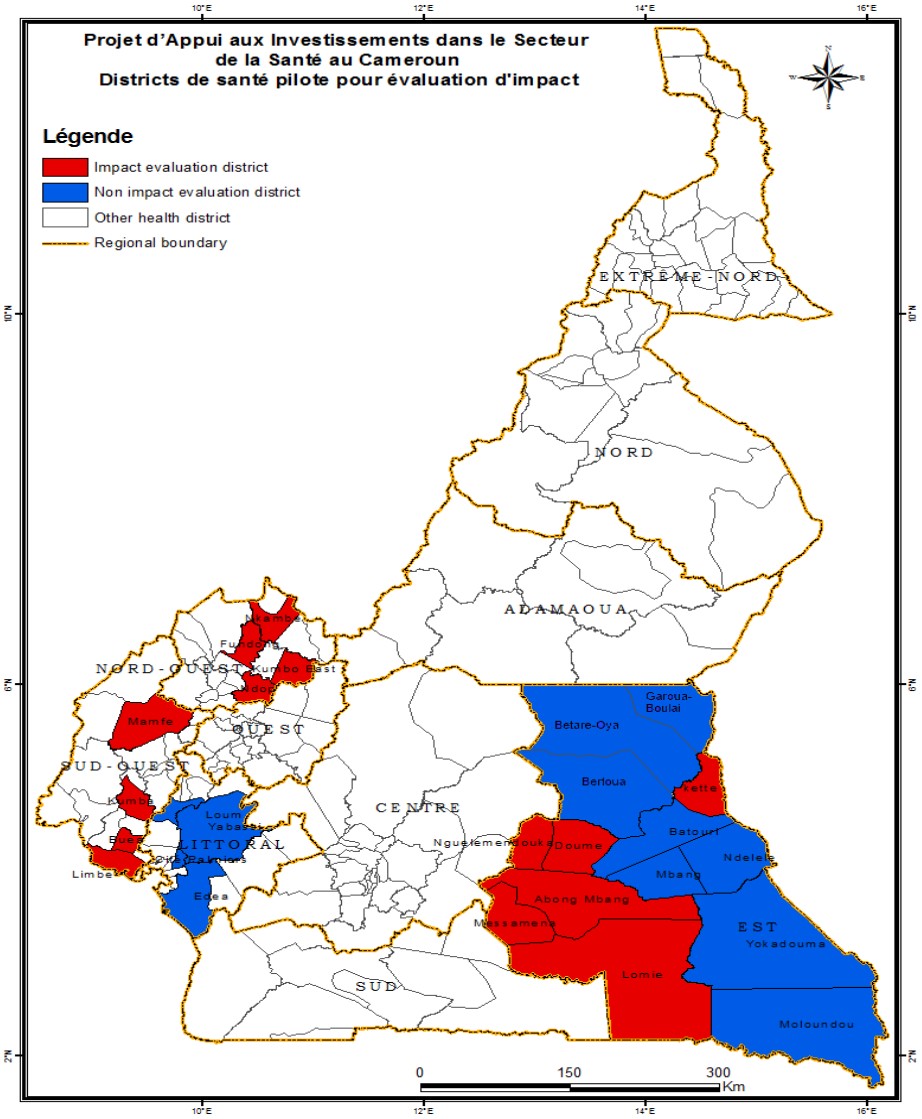
Région	Départements	Districts PBF
Littoral	Sanaga Maritime	Edéa
	Wouri	Cité des Palmiers
	Moungo	Loum
	Nkam	Yabassi
Sud- Ouest	Fako	Buéa
		Limbé
	Meme	Kumba
	Manyu	Mamfe
Nord-Ouest	Ngo Ketundjia	Ndop
	Boyo	Fundong
	Bui	Kumbo East
	Donga Mantung	Nkambé
Est	Haut Nyong	Abong-Mbang
		Messamena
		Lomié
		Doumé
		Nguelemendouka
	Lom et Djerem	Bertoua
		Garoua-Boulaï
		Bétaré-Oya
	Kadey	Mbang
		Batouri
		Ndelele
		Kette
	Boumba et Ngoko	Yokadouma
		Mouloundou
Extrême Nord	Mayo Danay	Kar Hay
		Yagoua
	Mayo Kani	Guidiguis
		Kaele
		Moulvoudaye
	Mayo Sava	Mora
	MayoTsanaga	Bourha

		Koza
		Mogode
Nord	Benoue	Lagdo
	Mayo Louti	Golombe
		Guider
		Mayo Oulo
	Mayo Rey	Rey Bouba
Adamaoua	Vina	Ngaoundéré Rural

Sources : Rapport d'activités annuel, 2014 et PAD, 2014

La carte 1 ci-après précise la localisation des districts de santé couverts par le PBF à la première phase de 2011 à 2014.

Carte 1 : Localisation de la zone d'intervention du PAISS



Source : Rapport d'activités annuel 2014 du PAISS

2.5. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Le montage institutionnel du PAISS est basé sur les fonctions d'achat de performance, les fonctions de régulation et les fonctions de contrôle. Dans cette optique, les structures institutionnelles de mise en œuvre regroupent de façon hiérarchique :

- **le Comité de Pilotage (COPIL)** mis en place par Décision n°1227 du 04 novembre 2010 du MINSANTE : Il constitue l'organe d'orientation, de supervision et de validation de l'ensemble des opérations liées à la mise en œuvre du projet ;
- **l'Unité de Gestion du projet (UGP)** qui agit sous l'autorité du COPIL et constitue l'organe opérationnel de coordination et de gestion administrative, technique et financière du projet. Elle est représentée au niveau régional par un **Point Focal** nommé parmi le personnel de la Délégation régional de la santé ;
- **les structures de mise en œuvre du PBF** dans les régions représentées par les ONG contractualisées par le MINSANTE dans trois régions (Sud-ouest, Nord-ouest et Est) et le FRPS dans le Littoral. Le rôle de ces structures est d'assurer ***l'achat des performances auprès des formations sanitaires, des régulateurs et des associations communautaires***. Elles recrutent les AAP dans leurs régions respectives. Les ONG contractualisées sont l'Agence Européenne pour le Développement de la Santé (AEDES) dans le Sud-ouest et le Nord-ouest, CORDAID/MACDEVIS à l'Est qui y a été déjà remplacé par le Fonds Régional pour la Promotion de la Santé (FRPS) de l'Est[4]. Ce transfert de compétence aux FRPS est envisagé dans toutes les autres régions. Une des activités importantes dans la mise en place du FRPS est la création des structures de dialogue et la formation des agents communautaires. Les FRPS bénéficient des subventions du budget de l'État pour soutenir le fonctionnement des AAP.
- **l'Agence d'Achat de Performance (AAP)** à raison d'une par **r**égion recrutée par la structure de mise en œuvre du PBF dans la région concernée[5]. L'AAP assure le ***contrôle à travers ses vérificateurs de soins***. Dans les districts de santé, l'AAP signe des ***contrats*** avec les formations sanitaires relevant du secteur public, du secteur privé et avec des formations sanitaires confessionnelles et plusieurs associations à base communautaire (ASLO) ;
- **les Associations locales (ASLO)** sont des ***vérificateurs externes qui contrôlent*** les résultats et rapportent le ressentie des patients. Leurs honoraires sont tirés du budget de fonctionnement de l'AAP concernée ; exceptées les ASLO de la région de l'Est qui sont payées directement par l'UGP ;
- **les Contre-vérificateurs indépendants** ont pour mission de s'assurer de la véracité des données quantitatives et qualitatives validées par les AAP.

[4] Le FRPS pour l'Est a été créé par la GIZ

[5] L'AAP du Littoral est opérationnelle depuis 2011, celles du Sud-ouest et du Nord-ouest depuis 2012, et celle de l'Est depuis juillet 2012.

3. ÉTAT DES LIEUX DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PYGMÉES) DANS LES RÉGIONS DE L'EST ET DU SUD CAMEROUN

Ce chapitre présente la situation socio-économique des populations autochtones, particulièrement celle des populations pygmées Baka. Cet état des lieux permettra d'assurer le meilleur ancrage des Baka dans le cadre de l'exécution du PAISS dans sa phase de prolongation.

3.1. RECONNAISSANCE JURIDIQUE DES POPULATIONS AUTOCHTONES PYGMÉES

De manière générale, il n'y a pas de définition consensuelle de la notion de «peuples autochtones ». Toutefois, deux approches sont prises en compte aujourd'hui pour définir la notion de peuples autochtones. Une approche universaliste est développée par l'Organisation Internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies (ONU) et la Banque Mondiale (BM).

Selon la Convention n°169 de l'OIT, les communautés autochtones sont des peuples qui dans les pays « se distinguent des autres secteurs de la communauté nationale par leurs conditions sociales, culturelles et économiques et qui sont régis totalement ou partiellement par des coutumes ou des traditions qui leur sont propres ou par une législation spéciale ». Ce sont aussi les « descendants des populations qui habitaient le pays, ou une région géographique à laquelle appartient le pays, à l'époque de la conquête ou de la colonisation ou de l'établissement des frontières actuelles de l'État, et qui, quel que soit leur statut juridique, conservent leurs institutions sociales, économiques, culturelles et politiques propres ou certaines d'entre elles » (art. 1(a, b)).

Les caractéristiques globales des groupes s'identifiant comme peuples autochtones sont que leurs cultures et leurs modes de vie diffèrent considérablement de ceux de la société dominante et que leurs cultures sont menacées, au point de l'extinction dans certains cas.

Une caractéristique clé pour la plupart d'entre eux est que la survie de leurs modes de vie particuliers dépend de la reconnaissance de leurs droits d'accès à leurs terres et à leurs ressources naturelles traditionnelles. Ils souffrent de la discrimination dans la mesure où ils sont considérés comme étant moins développés et moins avancés que les autres groupes plus dominants de la société.

Dans son préambule, la Constitution du Cameroun, fait état de ce que tous les hommes sont égaux en droit et en devoir, tout en précisant le rôle de protection que joue l'État envers les droits des populations autochtones. Au sens du dit préambule, les populations pygmées bénéficient de fait des mêmes droits que l'ensemble des camerounais. Ces droits sont le droit à la spécificité de peuple autochtone que reconnait la Constitution, le droit à la propriété foncière, le droit à l'éducation, et le droit à la santé. Cependant, en fonction de leur mode de vie et selon de nombreux préjugés, la jouissance effective de ces droits par les Baka se trouvent quelquefois et selon les contextes entravées.

3.1.1. Droit à la propriété foncière

Comme l'ensemble des camerounais, les Baka, lorsque les conditions sont réunies, ont le droit d'entamer le processus d'immatriculation de leur terre et obtenir des titres fonciers. Cependant, l'on relève toujours certains écarts de cette disposition règlementaire avec leur mode de vie.

Au Cameroun, l'obtention d'un titre foncier se fait lorsque certaines conditions sont réunies notamment la mise en valeur des terres marquée par l'occupation (construction) ou l'exploitation des terres (agriculture, etc.) que l'on souhaite immatriculées. Malheureusement, les Baka ne disposent que d'habitations temporaires et leur mode de vie basé sur la chasse et la cueillette, ne laisse pas de trace qui marquent l'occupation ou l'exploitation des terres. Cette situation entraîne l'impossibilité pour les Baka de posséder de titre foncier au sens de l'ordonnance du 06 juillet 1974.

3.1.2. Droit à l'éducation

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples garantit l'accès à l'éducation pour tous. Au Cameroun, cette volonté se concrétise par le Décret présidentiel du 19 février 2001 qui stipule que l'ensemble des enfants camerounais y compris les enfants Baka ont le droit de suivre des études, et ce gratuitement au niveau primaire. L'accès à l'éducation des enfants Baka est entravé par un certain nombre de facteurs :

- **L'acte de naissance :** Il est indispensable pour tout enfant qui désire s'inscrire dans une école publique. Mais la plupart des enfants Baka n'en disposent pas malgré l'intervention de plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) à ce sujet. Cette situation est aggravée entre autres par l'éloignement des centres d'état civil des campements Baka, l'ignorance de l'importance de ce document de la part des parents.
- **La pauvreté :** Malgré la gratuité des écoles publiques primaires instituée par l'État, de nombreux coûts relatifs à l'éducation des enfants restent encore un facteur démotivant notamment les frais d'APEE (Association des Parents d'Élèves et des Enseignants) exigibles par de nombreux responsables d'établissement, auxquels s'ajoutent les frais des fournitures scolaires (livres, cahier, sac, etc.).
- **Le système scolaire :** Le calendrier académique camerounais n'est généralement pas synchronisé aux activités et saisons des Baka. Il n'est pas rare d'observer dans les écoles où les enfants sont inscrits leur désertion pendant les saisons de chasse et de cueillette. C'est la raison pour laquelle, certaines ONG à l'exemple du Centre pour l'Environnement et le Développement (CED) recommandent d'adapter le calendrier académique au mode de vie des Baka.

3.2. APERÇU GÉNÉRAL SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES EN AFRIQUE ET AU CAMEROUN

Sur 750 millions d'habitants que comptait l'Afrique en 2008, les populations vivant exclusivement de chasse et de cueillette représentaient entre 20 et 25 millions de personnes, soit à peine 4% de la population globale du continent. Ce groupe de population est soumis à la contrainte de la mobilité, du nomadisme ou de la transhumance et est presque toujours dispersées entre plusieurs pays. Ces groupes sont généralement appelés populations pygmées.

Le concept de « Pygmées » est une construction générique et totalisante. Il regroupe, dans un même ensemble, et de manière presque artificielle, des groupes ethniques différents à la fois du point de vue physique et linguistique, disséminés dans les États d'Afrique Équatoriale, de la côte atlantique au Rwanda (Bahuchet, 1991 ; Loung, 1992 ; Bahuchet, 1993). Ces groupes sont les suivants :

- les Mbuti de la forêt de l'Ituri (Est de la République Démocratique du Congo - RDC) divisés en trois grands groupes (Efé, Asua et Mbuti) ;

- les Twa (Burundi, Rwanda, Sud-est et Centre-ouest de la RDC) ;
- les Aka et Mbenzele (République centrafricaine et Nord du Congo) ;
- les Babinga (Bongo ou Akoa) (Gabon et Ouest du Congo) ;
- les Bakola ou Bagyéli (Sud-ouest géographique du Cameroun et Guinée Équatoriale) ;
- les Baka et Bangombe (Sud-est du Cameroun, Nord-est du Gabon, Sud de la République centrafricaine et Nord-ouest du Congo) ;
- les Bedzan (Nord-ouest du Mbam, secteur de Ngambé Tikar au Cameroun).

Globalement au Cameroun, selon la plupart des études anthropologiques menées (Ndameu, 2001 ; Abega *et al*, 2005 ; Bigombe, 2008 ; Kolokosso, 2010), les populations pygmées sont géographiquement et administrativement répartis comme suit :

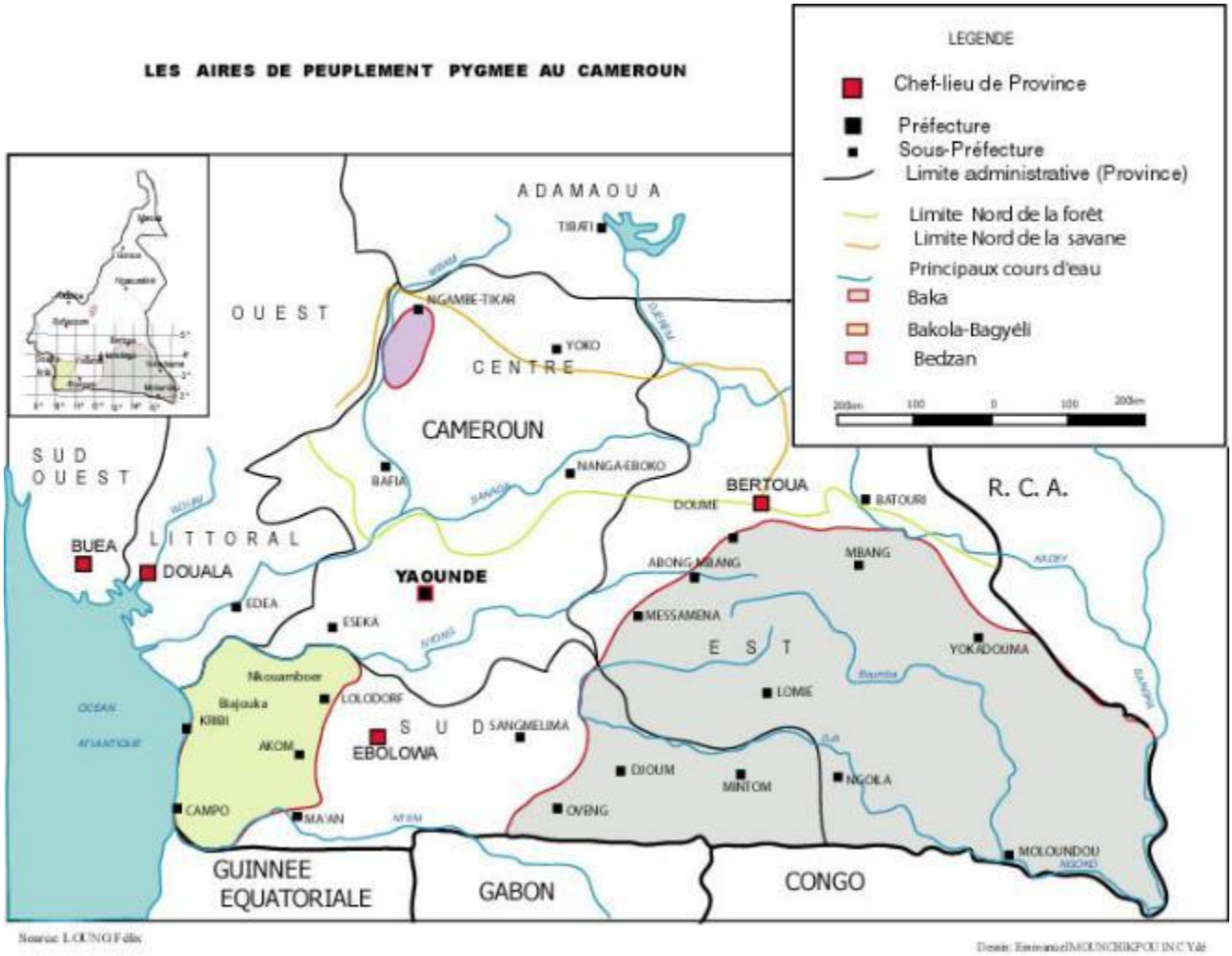
- Les **Baka** rencontrés dans la région de l'Est, départements du Haut Nyong, Kadey, Boumba et Ngoko, et dans la région du Sud, département du Dja et Lobo. C'est le groupe pygmée le plus nombreux du Cameroun, avec environ 40.000 individus.
- Les **Bakola** et **Bagyeli,** deuxième grand groupe pygmées du cameroun, sont rencontrés dans la région du Sud, départements de l'Océan et de la Vallée du Ntem. Ils forment un groupe évalué à environ 3.700 personnes, et occupent une superficie de près de 12 000 km² dans la partie méridionale de la région côtière, les départements de l'Océan et de la Vallée du Ntem. Les Bakolo/Bagyéli sont voisins de diverses tribus Bantu, généralement les Elog Mpoo, Bassa, Bulu, Ewondo, Ngoumba, Fang, Iyassa, Ntumu, Mva'an, etc. Ils parlent leur propre langue et toutes les langues de leurs voisins Bantu.
    - les **Bakola** occupent toute la bande forestière littorale précisément dans le département de l'Océan, arrondissement de Lolodorf ;
    - Les **Bagyeli** sont basés près de la côte Atlantique dans le département de l'Océan, arrondissement de Lekoundje, Bipindi, Akom II, Kribi, Campo et dans le département de la Vallée du Ntem, arrondissement de Ma'an. Bien qu'étant de souche Bakola, les Bagyeli se nomment eux-mêmes ainsi.
- Les **Bedzang** constituent le groupe minoritaire des peuples pygmées au Cameroun avec une faible population estimée à peine à 1.000 personnes. Ils sont installés dans la plaine Tikar, dans la région du Centre, au nord-ouest du département du Mbam et Kim, et plus précisément dans l'arrondissement de Ngambe Tikar.

Tous les pygmées du Cameroun représenteraient donc globalement à peu près 50 000 personnes ; soit environ 0,4% de l'ensemble de la population du Cameroun. La carte 3 ci-après présente la répartition géographique des groupes pygmées au Cameroun.

Au Cameroun, conformément à la Constitution, les groupes pygmées sont considérés non seulement comme des autochtones, mais aussi comme des groupes marginalisés qui sont également constitués des Bororos et des Montagnards ou Kirdi.

La présente mission d'audit est consacrée au groupe pygmées, plus précisément les communautés Baka des régions de l'Est et du Sud, et éventuellement sur les Bakola et les Bagyéli rencontrés dans la région du Sud où le PBF compte intervenir dans la phase de prolongation du PAISS.

Carte 2 : Répartition géographique des groupes pygmées au Cameroun



Source : Kolokosso, 2010

3.3. SITUATION GÉO-ADMINISTRATIVE ET CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES BAKA DANS LES RÉGIONS DE L'EST ET DU SUD

3.3.1. Situation géo-administrative et population des Baka

Peuple forestier semi-nomade chasseur-cueilleur, les Baka constituent le plus vieux peuple d'Afrique Centrale. Leur langue est « le baka ». Le terme pygmée a acquis une connotation péjorative pourtant pour certains groupes il est un facteur d'identité. Les pygmées doivent leur nom à leur petite taille, qui est comprise entre 1,40m et 1,60 m suivant les régions où ils vivent. Leur origine est mystérieuse car ils n'ont pas de langue propre ni de mythes fondateurs et ne se connaissent pas les unes les autres.

Les Baka représentent le groupe de pygmées le plus important au Cameroun. Il se compose de près de 40 000 personnes et occupe 75 000 km² dans les régions de l'Est et du Sud :

- Dans la région du Sud, les Baka sont présents dans le département du Dja et Lobo, dans les arrondissements de Djoum, Mintom et Oveng ;
- Dans la région de l'Est, les Baka sont rencontrés dans les départements de la Boumba et Ngoko, du Haut-Nyong et de la Kadey. Une partie des Baka vit également dans la mouvance transfrontalière, dans la Tri-Nationale de la Sangha, plus exactement entre les départements de la Boumba et Ngoko, du Dja et Lobo et du Haut Nyong au Cameroun, le département de la Sangha au Congo et le département de la Sangha Mbaéré en République Centrafricaine. Ce groupe a sa propre langue, le 'Baka' (Ndameu, 2001 ; Abega et al, 2005 ; Bigombe, 2008 ; Kolokosso, 2010).

3.3.2. Mouvements migratoires

Les pygmées en général et les Baka en particulier sont caractérisés par leur mode de vie, basé en grande partie sur l'exploitation des ressources naturelles, auxquelles ils sont fortement attachés et qui orientent leur mobilité et leurs activités.

Les déplacements chez les Baka sont saisonniers et fonction de la disponibilité des ressources naturelles pour leur approvisionnement en produits de chasse, de pêche et de cueillette (UNESCO, 2003 ; Abega *et al*, 2005).

La saison des pluies constitue la grande période ou saison de migration ; elle correspond à la grande période de la chasse et de collecte des produits forestiers non ligneux (PNFL). Les chasseurs, généralement en groupe, quittent leurs familles pour aller camper en forêt parfois à plus de 30 km.

La saison sèche, très peu productive pour les pygmées (rareté de la viande et des PNFL), est en revanche propice à la pêche. Dans ce cas, les déplacements sont orientés vers les zones de fortes concentrations d'espèces halieutiques (cours d'eau) dans la forêt. Contrairement à la chasse, la pêche est une activité qui mobilise toute la communauté ou la famille (hommes, femmes, jeunes). En outre, certaines communautés décident souvent pendant cette saison de s'installer près des Bantu, dans l'espoir d'être employés par ces derniers pour les travaux champêtres moyennant une contrepartie (tubercule, argent, alcool, etc.).

En cas de situation d'épuisement des ressources dans et/ou au voisinage du territoire occupé, les Baka se lance généralement à la recherche d'un nouveau territoire qui fournirait les ressources nécessaires et suffisantes à la survie de leurs communautés / familles. Les ressources

ainsi recherchées sont surtout liées à la poursuite des activités de chasse et de collecte des PNFL.

3.4. ORGANISATION SOCIALE ET POLITIQUE AU SEIN DES CAMPEMENTS BAKA

3.4.1. Organisation sociale

3.4.1.1.Clans et lignages

Les structures sociales traditionnelles chez les pygmées en général et chez les Baka en particulier, sont basées sur un système de parenté et de classe d'âge. La parenté repose sur une organisation clanique et lignagère (Daou, 1986).

Le système de parenté s'appuie sur la famille, le lignage, le sous-clan et le clan. Le clan est composé d'individus se réclamant d'un même ancêtre, réel ou fictif. Chez les Baka, le clan est désigné par le terme « ***Ye*** **».** Par exemple, ***Yelikemba*** signifie « ***clan de Likemba*** ». Mais il arrive souvent que, en raison de la grande mobilité des pygmées, un étranger s'établisse par pure convenance dans un clan où chacun se réclame d'un ancêtre commun.

La parenté s'établit par le principe de l'unilinéarité (filiation patrilinéaire et matrilinéaire) selon l'aire géographique. La structure familiale se construit sur la base de la famille élargie avec des rapports bien distincts entre les membres qui ont des obligations mutuelles.

Le mariage est exogame, les membres d'une même tribu ne peuvent se marier, ils doivent aller chercher un conjoint dans une autre communauté. Désobéir à cette règle entraîne une condamnation de l'inceste et peut aller jusqu'à l'exclusion. L'adultère est une faute grave, les Baka privilégient donc la monogamie.

Pour se marier, l'homme doit subir des rites initiatiques (circoncision ou beka'a, épreuve de maturité). La jeune fille doit être nubile et posséder des qualités de bonne épouse : respect de la belle famille, courage, endurance au travail, obéissance au mari, capacité à éduquer des enfants.

3.4.1.2.Rôle de chaque membre au sein de la communauté Baka

Dans la communauté, les rôles de chacun doivent respecter : les aînés et les adultes doivent protéger les personnes faibles.

Les anciens représentent la sagesse et l'expérience accumulée au long de la vie, ils jouent un rôle de *pater familiaris* et transmettent aux jeunes générations leurs savoirs.

L'enfant est synonyme de bonheur et d'unité de la famille. Il est le garant de la continuité et de la pérennité de cette famille. Mais il est d'abord l'enfant du peuple et il doit rendre celui-ci fier de lui. Il doit obéissance à ses parents et aux adultes qui le charge parfois de commissions dont il peut s'acquitter grâce à sa rapidité et sa force.

L'homme doit défendre son foyer et sa famille et assurer leur subsistance. Il s'occupe de l'éducation des garçons une fois que ceux-ci ne sont plus confiés à leur mère les premières années de leur vie. À l'adolescence, les garçons participent à la chasse, à la cueillette et apprennent les activités masculines qui les prépareront à leur futur rôle de chef de famille Baka. L'homme veille au maintien culturel et il est garant des traditions ancestrales, mais il ne prend pas de décisions sans l'accord de sa femme.

3.4.1.3.Place de la femme dans la société Baka

La femme tient un rôle important et prépondérant dans quasi tous les domaines de la société et de la culture pygmée en général et Baka en particulier.

- ✓ Au niveau de la famille

Ce sont les femmes qui ont en charge la cueillette et la pêche pour assurer la nourriture quotidienne, spécialement lors de la saison sèche. Néanmoins, il est fréquent que tous les membres d'une famille participent à toutes les activités afin d'obtenir une meilleure récolte ou un gibier plus abondant.

Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, les femmes Baka jouissent d'une importance immense au sein du groupe, que ce soit au sein de la famille ou au sein du groupe plus étendu qu'est le village.

Dans la famille, la femme joue un rôle capital car c'est souvent le mari qui se déplace pour vivre au sein du campement d'où est originaire la femme. Elle prend des décisions importantes pour la gestion de la famille. En effet, depuis l'introduction de la monnaie dans la vie des pygmées, c'est la femme qui a pris la responsabilité de gérer l'épargne du foyer. Elle prend donc les décisions concernant les achats, ventes et investissements de la famille.

C'est également la femme qui a le dernier mot dans le ménage car c'est elle qui a en charge l'éducation des enfants, les tâches ménagères, la cuisine et les soins à donner, tout comme elle est responsable de la construction des abris, le *mongulu* (hutte) pour le ménage à chaque fois que la famille change de campement. Elle est aussi gardienne des traditions qu'elle transmet aux enfants.

- ✓ Au niveau du campement

Les femmes ont également une place prédominante au niveau du campement. En effet, contrairement aux hommes, elles passent la plus grande partie de leur temps dans les villages où elles s'occupent des tâches agricoles et domestiques, elles sont donc plus faciles à atteindre. C'est la raison pour laquelle elles ont vraiment leur mot à dire dans la société pygmée, aussi bien à la maison que dans les réunions communautaires. On compte généralement sur elles pour transmettre les messages, rapporter les problèmes ou communiquer sur les préventions, dans le cadre du VIH ou de l'hygiène par exemple, car elles sont en général plus enclines à intégrer des aspects importants pour le développement. Elles sont meilleures élèves, elles apprennent à cultiver la terre, à épargner, elles font des projets d'avenir pour elles et pour leurs enfants. Les hommes vont en général plus lentement.

- ✓ Dans la société traditionnelle pygmée

Dans leur société traditionnelle, la femme est synonyme de porteuse de chance, spécialement pour la chasse. En effet, les hommes font tout pour être bien avec leurs femmes car lorsqu'ils vont à la chasse, les femmes font quelques rites pour apporter la chance. Ces croyances continuent en milieu pygmée, la femme est et reste le pivot de la société et son influence est grande. L'égalité des chances est un fait chez les pygmées ; la femme à un droit à la parole, et elle l'utilise.

La femme pygmée tient donc un rôle crucial dans la vie du groupe, et ce, à tous les niveaux, même si la société pygmée a pour habitude générale de valoriser l'individu en tant qu'individu à part entière et non en fonction de son sexe.

3.4.2. Organisation politique

La communauté Baka est organisée en petit campement ne connaissant pas une organisation structurée et stricte. Cependant, L'autorité cheffale est généralement entre les mains d'un vieillard dont le pouvoir s'exerce de plein droit sur l'ensemble de la communauté. En effet, on retrouve dans les campements, une autorité de parole détenu par l'aîné du campement qui se charge également de la gestion des conflits lors des palabres auxquels hommes et femmes participent.

La communauté est soumise au verdict du Conseil des Anciens et placée sous l'autorité d'une chefferie traditionnelle Bantu. Loin d'être une structure formelle, le Conseil des Anciens ne se réunit que ponctuellement, pour résoudre un problème précis qui se pose au niveau du campement. Entrent ainsi dans ses attributions les questions du mariage des jeunes pygmées, des litiges conjugaux, des problèmes d'initiation. Il est constaté que certains campements sont constitués en un groupe composé d'un noyau plus ou moins stable de quelques familles regroupées autour d'un ou de plusieurs aînés masculins.

Le pouvoir spirituel est détenu par le *Nganga* qui se charge de conduire les différents rituels de chasse et des séances de guérison. Il peut arriver dans certain cas, que cette fonction soit confiée à une femme.

Bien que menacé par la sédentarisation et l'ensemble des législations forestières et fauniques, le grand chasseur d'éléphant tient également une place non négligeable dans la société Baka. Puis, on retrouve souvent, dans la lignée de l'ainé du campement une femme très âgée responsable de conduire les cérémonies rituelles spécifiques (Daou, 1986).

Par manque d'informations, mais surtout en raison de la non reconnaissance de leur identité et du rejet dont ils font l'objet, les populations pygmées s'intéressent peu à la vie politique nationale et ne prennent assez faiblement part aux mutations sociales et aux évolutions économiques.

3.5. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-CULTURELLES DES BAKA

Les valeurs culturelles propres aux populations pygmées en général et aux Baka en particulier sont caractérisées par une société égalitaire fondée sur les notions de partage, de prévalence du libre arbitre, de conservation des valeurs communautaires axées sur le principe de nomadisme et de mobilité, de reconnaissance et prédominance du pouvoir de décisions de la femme pygmée dans la communauté, de peu de possibilités de loisirs et de prédominance de la culture orale.

3.5.1. Lien culturel et ancestral entre les Baka et la forêt

La vie chez les populations autochtones pygmées est fortement caractérisée par un solide enracinement à la forêt. Les Baka entretiennent ou ont entretenu des liens très étroits avec la forêt qui les protège et leur offre tout ce dont ils ont besoin pour survivre.

La forêt est un élément de leur identité, l'esprit de la forêt dénommé « *Jengi* » est un terme commun lié à tous les peuples pygmées. Elle constitue un repère spirituel source de leur religion, un refuge matériel, leur permet de soigner. C'est le lieu de prélèvement des ressources

et des moyens de subsistance, le lieu d'habitation mais aussi le support des croyances et des traditions.

3.5.2. Pratiques rituelles

Chez les Baka, les rites jouent un rôle important et mobilisent des communautés entières de part et d'autre de la forêt. Les fonctions rituelles servent à la prédiction du futur, à favoriser la chasse grâce à l'intervention des esprits, à restaurer une vie normale après des troubles, à rétablir l'ordre au niveau de la communauté, à maintenir la bienveillance de l'esprit de la forêt sur la communauté (UNESCO, 2003 ; JMN ; 2007 et 2008 ; Bigombe, 2008 ; Ndoedje, 2012).

Plusieurs rites sont recensés chez ces peuples :

- L'initiation au *Jengi*, centrale dans la vie des Baka, donne aux hommes, et à la communauté dans son ensemble, l'accès à la protection de la forêt ainsi que, pour certains vieux initiés, le pouvoir de « garder » les esprits de la famille de *Jengi* qui « marchent » à côté des éléphants et guident le gibier vers les chasseurs. La cérémonie du rite dure pendant deux semaines, et marque la protection et l'appartenance à la tribu. Ce rite est dénommé *Minfura* chez les Bakola/Bagyéli ;
- Le *Yeli,* principalement réservé à la préparation de la grande chasse, constitue le rite d'initiation chez les femmes ;
- L'*Embouamboua* est un rite de chasse qui se pratique sous forme de danse exécutée par les femmes. Il se pratique durant toute la nuit qui précède une grande partie de chasse. Au cours de cette danse, les femmes brûlent certaines écorces d'arbres et embaument le corps des chasseurs avec cette mixture ;
- Le rite de protection contre les sorciers vise à protéger les populations contre les esprits maléfiques. Il consiste à faire mâcher ou brûler l'écorce d'*Ebolkwan* (Otochnema) avec le *Ntintim* (arbuste contenant les fourmis). Certaines essences sont également utilisées à cette fin notamment le *Mgbando* (Tali) et le *Mbondo* (Abipélé) ;
- Le rite de protection contre l'action des bêtes féroces utilise la cendre de l'arbre *Nguélé* (Padouk) lors des parties de chasse, de pêche ou de cueillette ;
- Le rite de fécondité qui utilise le miel et l'écorce de l'arbre *Egbakam* (Mebemengono) pour favoriser la fécondité.

Du fait de la sédentarisation croissante des Baka et de la déforestation accrue, les rituels et les cérémonies culturelles diminuent considérablement. Ces pratiques permettaient de rétablir leur santé et l'harmonie au sein des communautés ; aujourd'hui, l'abus d'alcool devient un problème courant chez les pygmées (Pyhälä, 2012).

3.5.3. Croyances et religion

Chez les Baka, les Bakola et les Bagyéli, la vie rituelle et religieuse est marquée par divers esprits ou mânes. La plupart sont incarnés par des masques et apparaissent dans les campements et les villages pour présider des danses (Bigombe, 2008).

Les Baka croient en un Dieu créateur nommé *Komba* qui est un être suprême, créateur de l'univers dans lequel vivent les hommes. La croyance se traduit par la prière individuelle à *Komba* en diverses circonstances et pour diverses sollicitations : chasse fructueuse, décès répétés ou épidémies, pénurie, etc.

Au-delà du *Komba*, le Baka reconnaît également l'existence d'un Dieu de la forêt, dénommé *Edjengui* et qui est aussi fort important. *Edjengui* est présenté par les Baka comme le fils de *Komba*, il est comparable à Jésus-Christ dans la religion chrétienne. C'est lui qui intercède pour

eux auprès de Dieu *Komba*. Le Baka nourri une foi profonde en l'omniprésence d'*Edjengui* qui se trouve en permanence avec la communauté, et qui est associé à toutes les activités. Cela se traduit en diverses occasions par le fait de parler aux animaux, aux arbres et au vent. *Edjengui* est l'esprit de la forêt, il vit en forêt et commande tout ce qui y vit. Il représente à ce titre le centre des croyances Baka et un Dieu providence. C'est ce Dieu qui leur parle, qui leur donne à manger, les soutient, les protège (Ndoedje, 2012 ; 2013).

Les Baka croient en une vie après la mort incarnée par la croyance aux « *Més* » (esprits) qui constitue quelque chose qui demeure d'une manière permanente comme une ombre. La forêt constitue le sanctuaire des *Més* où le Baka peut se réincarner dans un animal ou un arbre. Les *Més* sont invisibles et peuvent prendre des formes matérielles par exemple lors de la chasse, pour protéger les chasseurs contre les animaux dangereux qui chercheraient à les agresser.

Les croyances des Baka sont totémiques, avec l'existence de tabous tels l'interdiction de consommer certains animaux, d'abattre certains arbres considérés comme des totems. Les interdits sont également liés à l'état physiologique de l'individu ; c'est ainsi que les femmes enceintes sont interdites d'uriner dans un cours d'eau pour risque d'avortement, ou d'avoir des rapports sexuels avec un autre homme que le mari pour risque de complications au moment de l'accouchement. L'homme dont la femme est enceinte est interdit de tuer un animal sinon il risque de causer la mort du fœtus ou l'avortement de la femme (Ndoedje, 2013).

En résumé, la croyance chez les Baka participe à la consolidation des relations entre les hommes, les animaux et la forêt, à la construction d'un monde vivant où tous peuvent communiquer, donner et recevoir.

3.5.4. Caractéristiques et attitudes traditionnelles des Baka

L'homme pygmée Baka est caractérisé par les attitudes ci-après et qui ont été confirmées par les responsables des AAP de l'Est rencontrés :

- Peur et méfiance vis-à-vis des pratiques dites modernes ;
- Complémentarité de l'homme et de la femme pygmées dans tous les domaines ;
- Premier recours aux thérapies traditionnelles en cas de maladie ;
- Forte croyance aux valeurs traditionnelles et à la sorcellerie (la maladie étant considérée dans l'imaginaire pygmée comme un mauvais sort).

Pourtant, les pygmées se savent camerounais, ils ont conscience de faire partie d'une nation et désirent désormais être reconnus comme citoyens à part entière, bénéficier des droits dus à toute personne humaine et recevoir un enseignement sur le monde extérieur, puisque ce dernier viole les limites de leur territoire.

Ils ont besoin d'instruction et d'apprentissage de la langue française pour connaître leurs droits et les défendre, notamment les droits de propriété des terres sur lesquelles ils vivent ou le droit de chasser partout même dans les aires protégées.

L'éducation leur permet également d'apprendre les méthodes pour sauvegarder et développer les ressources déclinantes de leur forêt. De plus, elle leur donne les connaissances indispensables pour se prémunir contre les maladies infectieuses ou virales que le monde extérieur leur a apportées et dont la forêt ne peut les guérir.

3.5.5. Danses culturelles

La danse joue un rôle important dans l'animation de la vie en communauté chez les pygmées Baka et Bakola/Bagyéli. Elle se pratique en divers évènements (festifs ou malheureux) et peut nécessiter en certaines circonstances une forme d'initiation. Parmi les nombreuses danses pratiquées chez les Baka, les Bakola et les Bagyéli, l'on peut citer le Bapeya, le Lamba (en cas de situation grave, par exemples les maladies), le Manga (lors du traitement d'un malade), le Nlamba (réservé uniquement aux hommes), le Bale, l'Elowai (pratiqué par les jeunes Baka le soir autour du feu pour se détendre), etc.

3.5.6. Vie associative chez les Baka

La dispersion et la taille modeste des unités sociales ne facilitent pas la mise en place de synergies intergroupes chez les pygmées. D'une part, les contacts entre les groupes sont assez limités même si d'un campement à l'autre les habitants peuvent se rendre visitent et organiser par moment une (des) manifestation (s) commune (s). D'autre part, la réalisation d'une action nécessitera que la même action soit répétée dans chaque groupe, les lieux de résidence étant éloignés les uns des autres. Il est donc difficile d'identifier un (des) projet (s) commun (s) chez les pygmées (Abega *et al*, 2005).

Toutefois, des formes d'initiatives communes sont observables car il arrive souvent, selon les occasions, des groupes de travail ou de petites coopérations se forment pour mener à bien des activités et en partager les fruits. Par exemple, lorsque les Baka s'associent pour les activités de chasse ou de cueillettes, les produits sont partagés par l'ensemble de la communauté (Daou, 1986).

La création des associations au niveau des populations Baka, émane d'une volonté de développement appuyé par de nombreuses ONG. Les résultats des investigations menées dans le cadre de la mission, ont permis d'identifier quelques associations essentiellement Baka à l'instar de AJDUR (Association des Jeunes pour le développement de Messok), ASBAK (Association des Baka de Lomié), Koba Baka France.

Les responsables de l'AAP de l'Est ont confirmés que certaines Associations locales (ASLO) intervenant dans le cadre du PAISS comptent en leur sein les membres Baka. Ils sont également membres de certaines Mutuelles de santé appuyées dans le cadre du projet.

3.5.7. Perception des pygmées par les autres groupes sociaux

De tous temps, les pygmées ont toujours été considérés comme une population marginale, un groupe d'individus en situation d'infériorité par rapport aux groupes dominants Bantu qui, plus ou moins volontairement, ont tendance à les exclure de la participation entière à la vie sociale.

L'intégration à part entière des populations pygmées dans la société camerounaise est rendue très difficile par ce qui fait l'essence même de leur peuple, leurs valeurs et leurs traditions culturelles. Fortement démarqué des usages habituels dits "modernes", leur mode de vie en fait les proies faciles et désignées de leurs voisins qui, de fait, les exploitent et les maintiennent dans un réel asservissement.

Poussée aujourd'hui à l'extrême, bafouant les droits élémentaires des populations pygmées, les privant de statut social et d'identité juridique, cette marginalisation met en péril la survie de ce peuple et de son patrimoine culturel.

Durant la colonisation, tant allemande que française, les pygmées ont été traités comme une simple curiosité humaine et touristique. Jugées zones inutiles et sans intérêt, les régions qu'ils occupaient ont été systématiquement exclues des actions d'équipement et de modernisation.

Une image réductrice et dévalorisante du peuple pygmée s'est installée, avec son lot de préjugés : archaïsme, résidualité, paresse, instabilité et nomadisme chronique. Mais la marginalisation des pygmées s'est surtout nourrie de la domination et de l'asservissement exercés par leurs voisins Bantu. À la fois pacifiques et conflictuelles, les relations entre les deux groupes sont anciennes, complexes, empreintes de complémentarité et de répulsion, de coopération et de rejet.

3.5.8. Relations entre les Baka et les Bantu

De nombreux échanges existent entre les campements Baka et les villages Bantu voisins. Les Bantu contrôlent l'ensemble des circuits d'échange et de collaboration. Auparavant, le système d'alliance entre les Baka et les Bantu était fondé sur le troc et la réciprocité des besoins et des services. En effet, les Baka bénéficiaient des produits agricoles, d'ustensiles de cuisine et autres objets forgés. En échange, les Bantu recevaient en échange des produits issus de la forêt, principalement des produits de cueillette (chenilles, miel, plantes médicinales, etc.) et de chasse (Daou, 1986).

Cependant, avec le processus de sédentarisation entamé depuis l'époque coloniale et perpétué jusqu'à nos jours, cette relation de réciprocité a commencé à se détériorer, se transformant en système d'exploitation, d'autoritarisme et d'asservissement en défaveur des pygmées en général et des Baka en particulier. On n'hésite pas à parler d'esclaves pour les pygmées et de patrons pour les Bantu ; ces derniers ne considérant plus leurs voisins, que comme une main d'œuvre servile à leur disposition. En effet, les Baka offrent leur force physique dans les travaux agricoles des Bantu, échangent leurs produits de la chasse, de la pêche et d'autres services, contre l'alcool ou des salaires extrêmement bas. Il n'est pas rare d'observer toute une famille de Baka travailler dans un champ Bantu.

Les Baka souffrent également des injustices liées à la propriété foncière. En effet, ne possédant pas de terres et non constitués en villages reconnus par l'État du Cameroun, ils sont très souvent marginalisés lors de la redistribution des revenus issus des forêts communautaires par exemple.

D'un autre côté, certaines Bantu aident également à faciliter la mise en œuvre des projets de développement en faveur des Baka. En effet, certain Bantou, du fait de la proximité de leur village avec les campements Baka servent à l'occasion de guide et de traducteur pour les porteurs de projet. Il n'est pas rare d'observer également des mariages entre les deux communautés.

3.5.9. Baka et médecine traditionnelle

3.5.9.1. Guérisseurs réputés dans tout le Cameroun

Les pygmées en général et les Baka en particulier, sont connus par tous les camerounais pour être les meilleurs guérisseurs du pays. Même les Bantu viennent les consulter, pour demander des plantes ou des soins. Les Baka, respectant leurs traditions, utilisent les ressources mises à leur disposition par la nature pour se soigner. Ils fabriquent eux-mêmes leurs remèdes, d'une part parce qu'ils sont attachés à un mode de vie hérité de leurs ancêtres et d'autre part, parce

que sans argent et sans papiers administratifs, ils n'ont pas accès aux soins dispensés par l'hôpital, où ils sont de toute façon mal reçus.

Les plantes sont l'élément principal des soins dispensés par les pygmées. Ils les utilisent sous forme d'écorces, de racines, de feuilles et d'épines pour faire des décoctions, des tisanes, de la poudre pour scarification, des injections par voie nasale pour leurs différents soins.

Le gibier est également un élément très utilisé par la médecine pygmée. Il n'est pas rare de trouver un pendentif d'ossements de gorille tenu par une lamelle de peau d'animal autour du cou d'un enfant, le but étant de permettre à l'enfant en question d'avoir des os durs comme celui de l'animal. Ils utilisent aussi les poils de certains animaux pour cicatriser les brûlures par exemple.

Certains types de pierre entrent également dans le processus de soins pour la communauté, une pierre est jetée au feu et après être bien chauffée, elle est retirée pour la placer devant le patient et verser dessus une solution médicamenteuse.

3.5.9.2.Menaces pesant sur la médecine traditionnelle des Baka

Les pygmées Baka, Bakola et Bagyéli se sont installés en zone forestière du Cameroun pour sa richesse en espèces animales et végétales, propice à la fabrication de leurs remèdes (FONDAF, 2012). Mais depuis quelques années, l'installation de grandes plantations agricoles, l'exploitation forestière, la construction de l'oléoduc Tchad – Cameroun, les divers projets d'infrastructures (Fer de Mbalam, Port de Kribi, Chemin de fer Mbalam-Kribi, etc.) en cours de construction ou en perspective, sont en train de mettre en péril l'équilibre du milieu naturel et constituent une réelle menace non seulement pour le mode de vie des pygmées, mais surtout pour la survie de leur médecine traditionnelle. En effet, de nombreuses espèces végétales disparaissent et les animaux se raréfient ou s'éloignent de plus en plus des campements.

Il ne s'agit pas uniquement de traitements et de soins ici, c'est tout un mode de vie qui est en danger. Il est urgent de mettre en place, ou d'appliquer ce qui existe déjà comme mesures, pour éviter que se perde cette richesse mais également que les pygmées souffrent des changements de l'écosystème.

À ce problème écologique s'ajoute celui de la transmission du savoir. En effet, de la même manière que les plantes disparaissent, c'est également le cas pour les guérisseurs. Le pouvoir de guérison est traditionnellement et transmis par le père à l'un de ses fils qu'il juge le plus sage pour en hériter. Or les parents trouvent de moins en moins leurs fils capables d'assumer une telle responsabilité, ceux-ci ne maîtrisent plus la forêt assez bien, ni les connaissances et les secrets qui lui sont liés et qui donc disparaissent à grande vitesse. En effet, à mesure que la forêt diminue, les rites d'initiation, à travers lesquels étaient transmis le savoir-faire et les connaissances des pygmées, disparaissent avec elle.

Il serait intéressant de mettre en œuvre un projet de revalorisation de cet art des guérisseurs pygmées, qui prend en compte tous les aspects de l'être humain tout en respectant la nature et qui occupe une grande place dans la culture et le savoir-faire pygmées.

3.6. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PYGMÉES BAKA

Les caractéristiques socio-économiques observées chez les pygmées Baka sont les suivantes :

- misère extrême dans les campements ;
- absence totale d'activités permanentes génératrices de revenus dans les campements ;

- pratique progressive et mal maîtrisée des rouages du système d'accumulation des biens ;
- non valorisation de leur économie de subsistance ;
- persistance du troc comme mode d'imposition des prix ;
- déplacements saisonniers systématiques pour la chasse, la cueillette et le ramassage des produits de la forêt ;
- dépendance économique très forte vis à vis des peuples Bantu voisins ;
- relations conflictuelles pygmées-Bantu régulièrement perceptibles.

L'activité économique des Baka se limite généralement à la résolution du problème de leur alimentation. Ils tirent toutes leurs ressources de la forêt, et sont traditionnellement chasseurs, pêcheurs et cueilleurs.

Une répartition en fonction du sexe intervient dans l'exécution des différentes tâches, mais celle-ci n'est pas rigoureuse. La chasse est réputée virile alors que la pêche et la cueillette sont plutôt le domaine des femmes. Mais il est fréquent que, au sein d'une famille, chacun participe à toutes les activités pour obtenir une meilleure récolte ou un gibier plus abondant.

Les Baka vivent au jour le jour, ils ne font pas ou peu de provisions, la nature leur fournissant ce dont ils ont besoin de manière régulière. De la même manière, ils n'ont pas tendance à thésauriser ou à accumuler des ressources qu'ils savent pouvoir reconstituer au moment où cela s'avère nécessaire (bois, feuilles, pierres, végétaux, fourrures, etc.).

De manière traditionnelle, ils obtiennent par le troc ce que la nature ne peut leur fournir. Ils entretiennent avec leur voisins Bantu des relations d'échange et de complémentarité, troquant les produits de leur chasse ou de leur cueillette contre des denrées qu'ils ne pourraient se procurer autrement.

3.6.1. Moyens d'existence et menaces

La forêt constitue le principal socle de la vie des populations Baka. L'immense richesse que présente ce biotope leur permet de subvenir depuis plusieurs générations à leur besoin, notamment alimentaire et sanitaire. Aussi dans ces forêts, retrouvent-t-on les ressources fauniques et floristiques. Les écorces d'arbres sont le plus souvent utilisées pour les soins médicaux, mais également pour les rituels, par exemple lors des campagnes de grande chasse de grands gibiers. Ces rituels ont vocation à rendre le chasseur invisible aux yeux de sa proie et à attirer vers le chasseur les gibiers (Daou, 1986).

En sus de ce qui a déjà été mentionné dans les paragraphes précédents, la sédentarisation forcée constitue également une menace réelle sur les ressources dont bénéficient les populations autochtones. En effet, leur présence dans les centres urbains ou dans les villages Bantu, les éloignent de leur mode de vie et les amènent vers un mode de vie basé sur la dépendance.

Pour leurs besoins alimentaires, les Baka vivaient principalement de la chasse, de la cueillette des produits de la forêt et de la pêche. Mais de plus en plus, ils pratiquent l'agriculture vivrière de subsistance (manioc, banane plantain, macabo) et le petit élevage.

3.6.2. Sources et niveau de revenus chez les Baka

Les activités économiques des populations Baka se limitent très souvent à la résolution des problèmes liés à leur alimentation. Sur le plan matériel, il est très difficile d'estimer avec précision le niveau de revenus des Baka.

Toutefois, l'essentiel de leurs revenus provient de la commercialisation des produits de chasse, de pêche, de cueillette et collectes des PFNL. D'autres sources de revenus naissent également du fait des mutations sociales et de la sédentarisation progressive des Baka (Daou, 1986) :

- employés dans les sociétés d'exploitation forestière, où ils servent de guide et facilite le repérage des essences forestières prisées. Cependant, nombreux sont ceux qui se plaignent du faible niveau de salaires qu'ils perçoivent du fait ;
- Les redevances forestières issues des forêts communautaires peuvent constituer, s'ils sont bien redistribuer, des sources complémentaires de revenus pour les Baka. Cependant, l'absence de village reconnu sur le plan juridique constitue un obstacle majeur dans l'acquisition d'une forêt communautaire essentiellement Baka ;
- **Les prestations sanitaires :** Les Baka sont généralement consultés par les Bantu en quête non seulement de guérison, mais également d'autres services. Leur connaissance de la forêt, des propriétés des écorces leur permettent de soigner de nombreuses maladies. On leur attribue également la capacité de produire des filtres pour la séduction et pour la protection ;
- L'industrie touristique, où ils mettent généralement leur campement à disposition des touristes, notamment occidentaux. Cependant, les retombés de ce secteur est peu considérable ;
- De plus, certains Baka disposent de nos jours de mototaxis, d'échoppes et autres sources de revenus. Ce sont principalement les Baka ayant migré dans les zones urbaines.

4. DÉTERMINANTS DE SANTÉ EN MATIÈRE D'OFFRE ET DE DEMANDE CHEZ LES BAKA

Les facteurs qui déterminent la santé en matière d'offre et de demande ont été discutés avec les diverses parties prenantes lors des consultations publiques. Les avis de ces dernières montrent que la santé des Baka est globalement liée à des facteurs de nature positive et des facteurs d'ordre positif.

En général, la santé chez les Baka est marquée par la malnutrition (surtout chez les enfants), les maladies de la peau, les maladies hydriques, les problèmes de hernies, les accouchements à risque réalisés dans les domiciles, les parasitoses intestinales etc. (Kolokosso, 2010 ; Pyhälä, 2012).

4.1. FACTEURS POSITIFS DÉTERMINANT LA SANTÉ EN MATIÈRE D'OFFRE ET DE DEMANDE CHEZ LES BAKA

Les facteurs qui facilitent l'accès des Baka aux soins de santé sont de plusieurs ordres socio-culturel, économique et environnemental.

4.1.1. Facteurs socio-culturels

4.1.1.1. Relations intracommunautaires

Du fait des relations sociales que les Baka ont longtemps entretenues au sein de leur communauté à contribuer à les préserver d'un certain nombre de maladie, notamment les IST/SIDA avec un taux de prévalence inférieur à la moyenne nationale. Non pas qu'ils ne soient pas atteint par ces maladies, mais cela à contribuer à réduire le taux de prévalence à un niveau relativement stable jusqu'à nos jours.

4.1.1.2. Sédentarisation

Leur sédentarisation dans les villages pygmées réduit les activités liées à la marche, leur exposition aux intempéries, etc.

4.1.2. Facteurs socio-économiques

4.1.2.1. Gratuité des soins

Ce facteur a été évoqué par les Baka consultés par la mission à plusieurs reprises, comme facteur les motivant à se rendre dans les centres de santé pour y obtenir des soins. L'exemple est matérialisé par le PBF basé sur la prise en charge des indigents et des Baka dans les FOSA.

4.1.3. Facteurs environnementaux

4.1.3.1. Richesse floristique et faunique du milieu de vie des Baka

Évoluant depuis de nombreux siècles dans la forêt équatoriale, les Baka ont développé des soins en relation avec les ressources naturelles qui les entourent. C'est l'exemple du paludisme et des maux d'estomac qui se soignent grâce à des écorces bien identifiés par la communauté. Il en est de même des nombreuses plaies dont ils sont généralement victime. Lors des accouchements

également, les Baka ont longtemps utilisés des herbes médicinales et des écorces pour résoudre les cas de complication. Tout ce savoir à contribuer à développer une sorte de résistance face à certain problèmes sanitaires.

4.1.3.2. Qualité moins polluée de l'air ambiant

Étant donné que la région de l'Est est située dans la forêt équatoriale profonde, en plus, les campements et villages Baka sont en plein cœur de la forêt, la qualité de l'air y est appréciable.

4.2. FACTEURS NÉGATIFS DÉTERMINANT LA SANTÉ EN MATIÈRE D'OFFRE ET DE DEMANDE CHEZ LES BAKA

Plusieurs facteurs d'ordre socio-culturel, économique et environnemental concourent à réduire l'accès des Baka aux soins et aux services de santé.

4.2.1. Facteurs socio-culturels

Les déterminants socio-culturels influencent une grande variété de vulnérabilités ainsi que de comportements et de modes de gestion reliés à la santé. Ce sont des déterminants majeurs de la santé (Marmot, 2010). Les individus qui font face à des inégalités reliés aux déterminants sociaux de la santé doivent non seulement faire face à un fardeau supplémentaire de problèmes sanitaires, mais ont souvent un accès limité aux ressources susceptibles de régler ces problèmes.

Les déterminants socio-culturels ont des répercussions sur les diverses dimensions de la santé ; ils sont en outre responsables des problèmes de santé qui mènent souvent à diverses circonstances de vie et à des environnements qui, en retour, constituent ultérieurement des déterminants de la santé.

Non seulement ces déterminants exercent un impact différent sur la santé, mais les problèmes de santé qui en résultent peuvent eux-mêmes devenir responsables de conditions (c'est-à-dire de déterminants) qui, par la suite, influencent la santé.

Les principaux déterminants socio-culturels affectant la santé des Baka qui ont été recensés lors des consultations publiques sont ci-après développés.

4.2.1.1. Croyances et mentalités

La continuité culturelle est le degré de cohésion sociale et culturelle au sein de la communauté. Elle implique un des liens intergénérationnels qui sont maintenus à travers des familles intactes et l'engagement des aînés, qui transmettent les traditions aux générations qui les suivent (Reading et Wien, 2009).

Les croyances et les mentalités chez les Baka sont d'une grande importance. Ils sont fortement enracinés à leur forêt à tel point qu'ils recourent initialement et préférentiellement à la médecine traditionnelle en cas de problème de santé. Les femmes Baka, y compris celles qui sont émancipées, préfèrent en général accoucher chez elles, plutôt que d'aller dévoiler leur nudité à un homme inconnu qui n'est pas leur mari.

Les populations Baka disposent d'énormes connaissances sur les propriétés des plantes dont ils se servent pour leur soin. Ce fort attachement à la médecine traditionnelle constitue un des facteurs qui réduit le taux de fréquentation des FOSA par les Baka.

Les Baka comme tous les autres groupes pygmées, accordent une priorité et une plus grande importance à leur pharmacopée traditionnelle. En effet, en cas de maladie, les Baka ont tout d'abord recours aux soins traditionnels. Ils ne font recours aux FOSA que lorsque la maladie n'a pas trouvé de solutions sur le plan traditionnel. Ainsi, ils arrivent généralement dans les FOSA lorsque la santé est déjà dans un état de dégradation avancée voire très avancée ; ce qui rend parfois inefficace les soins apportés par les FOSA. Cette situation donne alors l'impression aux Baka que la médecine moderne n'est pas très efficace, et par conséquent, tend à les décourager à fréquenter les FOSA.

Mais la plupart des responsables intervenant dans la chaine PBF ont relevé l'évolution de cette tendance dans les zones appuyées par le PAISS qui met un accent sur la sensibilisation et la stratégie avancée.

Les variations climatiques, la perte de la biodiversité observée et même la non transmission de ce savoir au niveau de la jeunesse, rend les Baka de plus en plus vulnérables face aux maladies et les habitudes déjà encrés dans les mœurs ne favorisent pas l'accès aux soins de santé par les populations Baka.

4.2.1.2.Stigmatisation

La stigmatisation est liée à l'hygiène corporelle peu soignée chez les Baka. Les responsables des AAP et de la DRSP ont affirmé que ce facteur constitue un des motifs pour lesquels bon nombre de Baka sont parfois mal reçus au sein des formations sanitaires. Cette situation conduit de fait à décourager les Baka de fréquenter les formations sanitaires et réduit ainsi leur accessibilité aux soins de santé.

La nature et la qualité des relations dépendent principalement des comportements des différentes parties prenantes concernées. D'une part, les Baka affirment être mal accueillis par le personnel sanitaire de certaines FOSA, à cause notamment de leur hygiène corporelle ou vestimentaire. Cela crée chez eux une forme de frustration qui a certains moments devient une source découragement pour se rendre dans les FOSA.

Par ailleurs, certains personnels sanitaires soulignent que les Baka n'apprécient guère qu'on leur fasse des observations sur leur hygiène corporelle ou vestimentaire. Ils perçoivent cela comme des moqueries ou des insultes à leur égard.

Les actions du PAISS sont également en train de faire baisser cet état de fait par la sensibilisation des agents de santé dans les FOSA appuyées, et l'éducation des Baka sur l'importance de l'hygiène corporelle.

4.2.1.3.Marginalisation des Baka

Le complexe d'infériorité des Baka vis-à-vis des Bantu constitue l'un des facteurs qui contribuent à réduire le taux de fréquentation des FOSA par les Baka, ceux-ci ne sentant pas de fait à l'aise dans ces institutions majoritairement ou quasiment tenues par les Bantu.

4.2.1.4.Faible niveau d'instruction des Baka

Le niveau d'instruction a une énorme incidence sur l'état de santé et l'utilisation de services de santé. Par conséquent, le faible niveau d'instruction observé chez la majorité des Baka constitue un facteur non négligeable dans l'accès aux services de santé. En effet, peu de Baka ont un niveau scolaire assez bas car très peu finissent le cycle primaire, et pire encore un très faible

nombre atteint le niveau du secondaire. Ce désavantage se manifeste par de faibles taux d'alphabétisation qui affecte négativement le niveau d'insertion des Baka dans la société, leur capacité à acquérir de l'information sur une nutrition adéquate ou la préparation d'aliments sains, et par ricochet l'accès aux soins de santé, vu qu'ils ne se sentent pas légitime dans la société.

Le peuple pygmée occupe une place ambigüe dans le système éducatif camerounais. En mai 2010, le CED, le RACOPY et le FFP[6] ont présenté à la Commission des droits de l'homme, un rapport sur les droits des peuples autochtones au Cameroun. D'après ce rapport, l'État du Cameroun affirme que la « scolarisation des enfants Baka/Bakola représente 0,5% des effectifs des élèves dans la province de l'Est, soit 150 enfants scolarisés », et que « les enfants Baka sont admis dans les lycées et collèges sans concours dans cette province[7] » (CED, 2010).

La réalisation du droit à l'éducation chez les enfants Baka se heurte à d'autres obstacles ci-après récapitulés :

- Les parents Baka doivent verser des frais de scolarité qui s'élèvent parfois à cinq mille francs CFA voire plus, pour couvrir les frais d'inscriptions, les frais d'association de parents d'élèves (APEE), le carnet médical et le livret scolaire. Dans ces frais ne sont pas incluses les sommes nécessaires au matériel scolaire des élèves et des autres dépenses liées à l'éducation. Ceci constitue une dépense lourde pour ces populations faisant déjà face de de grandes difficultés financières (Bigombe, 2008 ; CED, 2010 ; Kolokosso, 2010).
- L'absence des écoles ou leur éloignement des campements Baka, celles situées dans les villages Bantu sont à des dizaines de kilomètres des campements ; ce qui contribuent aussi au découragement de certains parents pygmées à envoyer leurs enfants à l'école (UNESCO, 2003 ; CED, 2010).
- Le système scolaire public n'est pas adapté à la culture des peuples autochtones pygmées (Bigombe, 2008). Les manuels scolaires ne sont pas disponibles dans leur langue et le calendrier scolaire est incompatible avec les saisons de chasse et la transmission des savoirs traditionnels à travers la pratique. Ainsi, dans la plupart des établissements scolaires la langue d'enseignement est le français, les langues locales venant en dernier recours par exemple lorsqu'un élève a des difficultés de compréhension (Kolokosso, 2010). Pourtant, d'après Pyhälä (2012), de nombreuses communautés Baka préféreraient avoir une école Baka, où l'enseignement serait assuré par des enseignants Baka et en langue Baka (mais intégrant le français langue seconde dans le programme scolaire).
- Les enfants pygmées qui sont inscrits à l'école sont souvent confrontés au mépris, aux injures, aux moqueries et à la discrimination qui leur sont infligés dans les écoles Bantu. Ces enfants rentrent donc de l'école traumatisés et face à cette situation, il arrive que les parents, découragés, décident de les y retirer même s'ils doivent mettre fin à leur étude. (Whitehead et Dahlgren, 1991 ; UNESCO, 2003 ; CED, 2010).

4.2.2. Facteurs socio-économiques

4.2.2.1.Pauvreté généralisée au sein de la communauté Baka

Dans de nombreuses FOSA, plusieurs prestations nécessitent des coûts, qui peuvent être importants en fonction de la gravité de la maladie.

[6] CED : Centre pour l'Environnement et le Développement, RACOPY : Réseau de Recherches Actions Concertées Pygmées, FFP : Forest People Programme

[7] Rapports périodiques du Cameroun soumis au Comité pour l'élimination de la discrimination raciale le 11 novembre 2008, CERD/C/CMR/15-18, 11 mars 2009.

Selon AIIC (2005), le niveau de revenus interviendrait sur la santé de la façon suivante :

- la privation matérielle qui enlève les conditions du développement sain, tels que le logement, la nourriture, le chauffage et la capacité de participer à la société ;
- le fait de gagner un faible revenu provoque un stress psychosocial dommageable pour la santé des gens ;
- la faiblesse du revenu limite les choix offerts aux personnes ; il s'agit d'une entrave aux changements souhaités sur le plan du comportement.

Parmi les étiologies qui empêchent plusieurs personnes indigentes de jouir du droit à la santé au même titre que d'autres camerounais, il y a le manque de moyens financiers aggravé par le traitement discriminatoire dans les FOSA. Le degré de pauvreté dont font face les indigents, rend la situation particulièrement difficile dans un contexte où certains agents soignants exigent de l'argent avant de s'occuper d'un patient (Barume, 2009).

Selon la pensée commune, les peuples autochtones sont pauvres. Cependant, cette analyse demeure un exercice ardu dans la mesure où il est difficile d'obtenir des données fiables sur le sujet. Tout ce qui est connu c'est que la vente des produits de la chasse, de la pêche et de la cueillette les Baka constitue la principale source de revenus chez les Baka. A ces activités, s'ajoutent les prestations liées à la pharmacopée traditionnelle et les petits emplois qu'ils peuvent avoir dans les sociétés forestières environnantes.

Ces revenus sont généralement faibles malgré la diversité de leurs sources ; ce qui fait que les Baka font face aux moyens financiers limités ; situation renforcée si l'on y ajoute les frais liés au transport entre les campements et les FOSA, puis les frais liés à l'achat des médicaments. Cette situation de précarité tend donc à terme à limiter la fréquentation des FOSA par ces groupes sociaux.

Mais sous l'impulsion de certains programmes nationaux comme le PAISS et avec l'appui de nombreuses ONG, plusieurs Baka sont aujourd'hui membres des mutuelles de santé communautaires.

4.2.2.2.Assistanat permanent des Baka perpétué par les acteurs de développement

Plusieurs acteurs de développement appuient les FOSA situées dans l'aire géographique habitée par les Baka. Ces appuis vont des soins gratuits à l'approvisionnement de ces FOSA en matériels et médicaments sanitaires visant la facilité d'accès aux soins de santé des Baka. Le chapitre 5 sur les acteurs intervenant dans le secteur de santé en faveur des populations Baka présente dans les détails ces différents acteurs et la nature de leurs appuis divers.

C'est ainsi que les Baka sont habitués à recevoir gratuitement ou à moindre coût, les soins de santé au niveau de la plupart des FOSA. Cette situation semble ne pas être durable dans la mesure où, bien que les Baka contribuent faiblement aux frais de consultations (100 FCFA), le principe ne les amène pas à comprendre que la santé a un coût.

4.2.2.3.Faible accès aux infrastructures et services de base en matière de santé

Malgré les efforts déployés par divers acteurs aussi bien publics que privés ou confessionnels sur le volet santé dans la région de l'Est, les Baka n'ont toujours pas un accès aux services sociaux de base adaptés à leur propre culture, notamment les services de santé. Le diagnostic global effectué dans la zone d'intervention du PAISS à l'Est confirme le malaise des populations Baka, malaise vécu aussi bien dans leurs relations avec les Bantu que dans le nouveau mode de

vie moderne auquel les interventions extérieures les conduisent, et qu'ils sont de plus en plus en train d'embrasser.

4.2.2.3.1. Rupture des stocks de médicaments

Malgré l'intervention du PBF, la plupart des FOSA font généralement face à des ruptures de médicaments, ont déclaré les responsables rencontrés. Cette situation constitue généralement un des facteurs non négligeable de découragement des Baka à fréquenter les FOSA, et aussi à créer des conflits entre les Baka et le personnel de santé. Par exemple, selon certains responsables des FOSA enquêtées, lorsqu'une FOSA fait face à une rupture de stocks des médicaments, les pygmées considèrent que le responsable de la FOSA en question a détourné les médicaments qui leur sont destinés. Dans une pareille situation, ce dernier est sujet à des insultes de la part des Baka ; ce qui contribue à créer des rapports tendus entre ces derniers et le personnel des FOSA.

4.2.2.3.2. Faible équipement des formations sanitaires

Les formations sanitaires qui se situent près des campements Baka souffrent de l'insuffisance en équipements ; ce qui réduit leur efficacité en matière de prestations sanitaires qu'elles doivent offrir.

4.2.2.3.3. Mal gouvernance dans certaines FOSA appuyées par le PBF

Ce facteur entraine de fait la faible motivation du personnel de santé dans les FOSA. En effet, il a été relevé par certains acteurs rencontrés que certaines FOSA ne présentent pas toujours clairement la situation comptable de la structure. Il s'en suit que le personnel de santé ne bénéficie pas toujours des retombées du PBF ; car les contrats ne précisent pas clairement la répartition des primes entre les diverses catégories du personnel des FOSA ; ce qui fragilise l'action du PBF. Par ailleurs, des efforts sont encore à fournir en ce qui concerne la formation endogène du personnel de santé.

4.2.2.3.4. Enclavement des campements et villages pygmées

La répartition des formations sanitaires par rapport à l'espace géographique occupé par les pygmées conditionne également leur accès aux services de santé. Malheureusement, les FOSA sont souvent construites sans tenir réellement compte des besoins des pygmées en matière de santé. Ainsi, lorsque ces derniers souhaitent même bénéficier des soins modernes, ils sont très souvent contraints à parcourir de longues distances (parfois jusqu'à 30 km) pour se rentre dans les FOSA. À l'éloignement des FOSA s'ajoutent également les problèmes liés à la qualité de la prise en charge des pygmées lorsqu'ils sont dans les FOSA car ces derniers sont très souvent marginalisés, stigmatisés (Bigombe, 2008, UNESCO, 2003).

Les campements et villages Baka sont très enclavés et généralement très éloignés (des dizaines de kilomètres) aux FOSA. Ceux qui ont la volonté de fréquenter les FOSA sont appelés à parcourir à pied de très grandes distances pour atteindre les FOSA. Par ailleurs, même ceux qui disposent un peu de moyens de transport ne trouvent pas toujours ces moyens de transport disponibles. Et lorsqu'ils combinent distance, frais liés au y transport, et temps à mettre pour atteindre les FOSA, alors, le Baka se retourne vers sa pharmacopée traditionnelle. Ce facteur s'ajoute à leur éloignement des centres urbains, et à l'insuffisance d'information sur le rôle que jouent les FOSA dans la santé des populations. Cette situation renforce l'attachement des Baka à leur pharmacopée traditionnelle pour se soigner.

4.2.3. Facteurs environnementaux

Le niveau de vie atteint dans une société peut exercer une influence sur les possibilités d'un logement, d'un emploi et d'interactions sociales, ainsi que sur des habitudes en matière d'alimentation et de consommation des boissons (Whitehead et Dahlgren, 1991). Une personne, qui habite un site où le taux de chômage et le nombre de logements insalubres sont élevés, et dont le milieu est pauvre et l'accès aux services est limitée, a une santé mise en péril (AIIC[8], 2015).

4.2.3.1.Eau potable et hygiène peu appropriées

En règle générale, l'approvisionnement en eau dans les villages Bantu et campements Baka est assuré par les rivières et les sources naturelles non aménagées. Les puits (aménagés) et forages ou pompes sont très rares. Ce mode d'alimentation en eau n'est pas sans conséquences sur la santé des Baka et même des Bantu voisins. La situation est aggravée avec la pollution de ces sources d'approvisionnement en eau par les activités minières et d'exploitation forestière menées dans les concessions minières et forestières.

Les entretiens effectués avec les responsables des FOSA révèlent que les Baka sont très fréquemment affectés par les maladies hydriques à l'instar du choléra, de la typhoïde, etc.

Les conditions d'hygiène et de salubrité sont encore très précaires dans les villages et campements Baka. Très souvent, les villages/campements sont dépourvus de latrines améliorées. Chacun défèque dans la nature, et parfois même au voisinage du lieu de résidence. Ces comportements sont beaucoup liés à la culture pygmée. Ainsi par exemple, une femme pygmée ne devrait pas utiliser des latrines. Par ailleurs, la propreté au sein des campements n'est pas toujours entretenue. Certains pygmées font l'effort de nettoyer, désherber les alentours de leurs maisons alors que d'autres ne le font pas, surtout si ces campements se trouvent encore en pleine forêt.

4.2.3.2.Habitudes alimentaires peu appropriées

La nutrition est donc un facteur de risque pour la santé des Baka. Les habitudes alimentaires chez les Baka sont à l'origine des problèmes de malnutrition dont souffrent particulièrement les enfants. Les apports nutritionnels sont essentiellement assurés par la consommation de viande de brousse (prioritairement), de poissons, de PNFL, etc. La consommation de légumes, de lait, d'œufs est rare, exposant de fait les Baka à des carences diverses (JMN, 2007 ; 2008).

4.2.3.3.Logement

Le lieu de vie s'appelle le « *Bâlâ* », c'est un campement se trouvant en pleine forêt proche d'un cours d'eau, ce milieu est précaire. La hutte se nomme le «*Mongulu*» est construite en matériaux provisoires par les femmes qui transmettent la technique aux jeunes filles. Cet acte donne d'ailleurs à la femme Baka une grande responsabilité dans la communauté et les hommes ne peuvent alors prendre de décisions sans la consulter.

Le *Mongulu* est construit avec des branches de jeunes arbustes longues de 2 mètres auxquelles on a enlevé toutes les feuilles. Ils sont enfoncés en arc de cercle formant la base et l'armature, les

[8] AIIC : Association des Infirmières et Infirmiers du Canada

sommets se rejoignant pour former une voûte. D'autres arbustes sont assemblés en quadrillage pour la toiture, la femme place des feuilles de marantacées (*Megaphrynium macrostachyum*) disposées en écailles de poisson pour recouvrir le tout (Ndameu, 2001).

Il n'y a qu'une seule pièce dans l'habitation. La promiscuité y augmente la chaleur parfois nécessaire pour lutter contre le froid. Le feu y est toujours allumé car il chasse les moustiques et éloigne les animaux féroces. Il n'y a pas de meubles, le lit est constitué de fougères étendues au sol.

L'habitat change de plus en plus avec le phénomène de sédentarisation, il est copié le modèle Bantu caractérisé par des cases carrées ou rectangulaires en terre battue.

4.2.3.4.Comportements à risque

Les populations Baka ont développé des comportements ou habitudes de vie qui représentent une grande menace pour leur santé. Il s'agit de la consommation d'alcool, du tabagisme et de drogues illicites, des comportements sexuels à risque, de la violence. Tous ces facteurs sont liés à des indicateurs de situation défavorisée sur les plans économique et social (Wilkinson et Marmot, 1998).

La forte consommation d'alcool d'origine douteuse (whiskies en sachet « Kitoko », Arki, Fohfo) expose les Baka aux cancers et aux maladies chroniques du foie sans oublier, les atteintes du système cérébral. Tous les membres de la communauté en sont concernés : adultes (hommes et femmes), jeunes, enfants. Par ailleurs, la prise d'alcool est régulière, et répétitive au courant d'une même journée ; ce qui augmente encore la probabilité d'atteinte à la santé.

Le tabagisme est devenu une habitude de vie chez les Baka. Il peut s'agir de tabac pur (commercial) ou de composition locale (mélangé parfois au tabac commercialisé). Le tabac se consomme partout dans les communautés Baka et les plus jeunes sont fortement et régulièrement exposés aux fumées rejetées. Les risques sanitaires liés au tabagisme sont : cancers, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires chroniques.

Les violences et comportements sexuels à risque sont également des facteurs d'atteinte et de dégradation de la santé chez les Baka. Par exemple, la non-utilisation du préservatif lors des rapports sexuels est un comportement qui peut favoriser l'introduction de maladies et infections sexuellement transmissibles au sein des communautés Baka, surtout que les hommes et femmes Baka entretiennent de plus en plus des rapports sexuels avec leurs voisins Bantu. Ces derniers sont accusés par certains Baka d'être à l'origine de l'introduction du VIH/SIDA au sein de leurs communautés.

4.2.3.5.Conditions de travail

Le mode de vie des Baka basé sur le nomadisme nécessite de fait de nombreux efforts physiques et entraînent des maladies telles que le rhumatisme. Avec le phénomène de sédentarisation sans cesse croissante, les Baka sont de plus en plus solliciter dans les champs des Bantu où des efforts physiques contribuent au développement des arthroses et d'autres rhumatismes inflammatoires.

4.2.3.6.Déterminants liés au système de santé (organisation des soins/iatrogénie) : Offre de soins

Le système de santé joue un rôle important dans la demande et l'accès des pygmées Baka aux soins de santé. Les facteurs tels que la quantité et la qualité des soins, le niveau d'accès et l'efficacité des soins modernes face aux problèmes de santé des Baka sont fortement pris en compte.

4.2.3.6.1. Quantité

Sur ce plan, l'effectif des FOSA et du personnel soignant par rapport à la population Baka impacte surtout sur l'offre des soins de santé aux Baka. Ainsi par exemple, l'insuffisance des FOSA dans l'air de santé conduira la population à se déplacer vers les zones abritant les FOSA lorsqu'elle demande ou a besoin de soins de santé. Si ces zones sont trop éloignées, les populations peuvent se décourager face aux distances importantes à parcourir chaque fois qu'elles voudront bénéficier de soins de santé.

Par ailleurs, l'effectif du personnel dans une FOSA conditionne également le système de santé. Une FOSA en sous-effectif sera dans l'incapacité de prendre rapidement en charge les patients Baka lorsque la demande est importante ce qui peut également représenter un facteur de découragement chez ces derniers. Par ailleurs, les caractéristiques même de la FOSA en termes de capacité d'accueil (lits, places) et de prise en charge (équipements lourds) conditionne également la demande et l'offre de soins de santé aux populations Baka.

En effet, si des FOSA ne peuvent pas simultanément prendre en charge un grand nombre de malades car par exemple, ne disposant pas suffisamment de lits pour les interner, le personnel de ces FOSA n'aura pas d'autre choix que de renvoyer ces malades dans leurs domiciles et ce, même si leur état de santé devait se retrouver davantage. Enfin, le niveau d'équipement des FOSA en termes de matériel de soins est aussi un facteur qui influence la demande et l'offre de santé chez les Baka. Dans ce sens, si le plateau technique des FOSA ne permet pas par exemple de prendre en charge des problèmes de santé spécifiques (par exemple des complications), les besoins des populations en matière de soins de santé ne pourront pas être satisfaits.

4.2.3.6.2. Qualité

La demande et l'offre en matière de santé chez les Baka sont beaucoup influencées par la qualité des soins fournis par les FOSA. D'une part, le niveau de spécialisations des FOSA constitue un facteur d'encouragement ou de découragement des Baka à recourir à la médecine moderne pour satisfaire leurs problèmes de santé. En effet, si une FOSA a la capacité de fournir aux Baka à la fois les soins primaires (1er secours) et les soins tertiaires (spécialisés) ces populations auront une motivation pour se rendre dans cette FOSA puisqu'elle apporter une solution à leurs différents types de problèmes de santé. Cela contribuera ainsi à améliorer la santé chez les Baka.

En revanche, si la FOSA ne couvre qu'une partie des problèmes de santé sévissant chez les Baka, non seulement ceux-ci peuvent se décourager à recourir aux soins de santé mais également, ils ne pourront pas être en meilleur état de santé.

D'autre part, la qualité des services/soins de santé ou de la prise en charge, en matière d'accueil des Baka dans les FOSA détermine également leur niveau de recours aux FOSA pour satisfaire à leurs problèmes de santé. Ainsi, lorsqu'ils sont stigmatisés par le personnel soignant, par exemple à cause de leur hygiène corporelle ou de leur habillement, les Baka se sentent mal accueillis et éprouvent un sentiment de rejet au niveau des FOSA. De ce fait, ils retournent très généralement à leur mode de traitement habituel à savoir, la pharmacopée traditionnelle bien qu'elle ne satisfait pas à tous leurs problèmes de santé.

4.2.3.6.3. Accessibilité

L'accessibilité des Baka aux soins et services de santé est un déterminant à la fois physique et économique.

Sur le plan physique, il s'agit de la répartition géographique des FOSA et de l'offre de soins sur les territoires abritant les populations Baka. D'une part, lorsque les FOSA sont implantées à des distances éloignées des villages/campements Baka, ceux-ci sont contraints à parcourir ces distances pour avoir accès aux soins/services de santé. Ceci représente un obstacle en matière d'amélioration des conditions de santé chez les Baka. D'autre part, l'enclavement généralisé des zones dans la région de l'Est associé à l'insuffisance de moyens de transport (ou leur coût élevé) ne permettent pas au personnel soignant de se rendre facilement dans les domiciles des populations Baka pour leur administrer les soins sur place (stratégies avancées).

L'accessibilité économique est liée au coût/montant des prestations de soins pour les Baka. En effet, la santé a un coût économique, d'abord sur le plan direct (frais de consultation, achat de médicaments, de matériels de soins, etc.) et ensuite indirect (frais de déplacement pour se rendre à la FOSA). Pourtant, la population Baka fait face quotidienne a une précarité financière qui ne lui permet pas d'assumer le coût économique des prestations de soins dont elle a besoin. Sur ce plan, les Baka ne peuvent pas facilement avoir accès aux soins de santé s'ils doivent assurer la prise en charge économique de ces soins et services de santé.

4.2.3.6.4. Efficacité

La capacité des services de santé modernes à résoudre de manière concrète les problèmes de santé des populations Baka conditionne leur recours à ce mode de traitement. Par exemple, si du fait qu'elles suivent des consultations prénatales et accouchent dans les FOSA, les femmes Baka décèdent moins pendant les accouchements, cela signifie que le recours à la médicine moderne permet de réduire les décès lors des accouchements chez les femmes Baka contrairement au système traditionnel qui les amenait à accoucher dans leur domicile avec tous les risques qui y sont associés. Ainsi, l'efficacité clinique impacte sur la demande des soins de santé par les Baka et donc la fréquentation des FOSA.

Sur le plan fonctionnel, l'efficacité perçue ici en termes de qualité de l'intervention est aussi un facteur important à prendre en compte. Il s'agit principalement de l'état du Baka après une intervention notamment en termes de séquelles, de récupération. Des interventions réussites n'auront pas d'effets secondaires néfastes sur la santé du Baka et donc, il pourra avoir confiance non seulement au personnel soignant mais aussi au mode de traitement. Par ailleurs, il pourra sensibiliser les autres Baka, les amener à se rendre dans les FOSA lorsqu'ils ont un problème de santé, qu'il soit identique ou pas. En revanche, si les interventions causent d'autres problèmes de santé, la confiance sera pas établie et l'image du mode de traitement sera dégradée et donc, la demande des services ou soins de santé sera faible voire très réduite.

5. INSTITUTIONS PUBLIQUES ET PRIVÉES ET LEUR CONTRIBUTION DANS L'ACCÈS DES BAKA AUX SERVICES DE SANTÉ

Les intervenant dans l'amélioration de l'accès aux services et soins de santé demeurent l'État, les ménages, les Organisations de la Société Civile (OSC), le secteur privé à but lucratif et non lucratif, les tradi-praticiens, les partenaires techniques et financiers et les communautés.

L'exploitation des données de la littérature et les entretiens menées auprès des parties prenantes du projet lors des consultations publiques permettent, d'identifier dans la région de l'Est, différents acteurs, autres que le PAISS et ses partenaires, intervenant pour faciliter l'accès des pygmées Baka aux services de santé.

5.1. ACTEURS ÉTATIQUES

5.1.1. Services de la santé publique

Dans le secteur de la santé, les services publics sont représentés par le Ministère de la Santé publique qui base ses interventions sur la stratégie sectorielle de la santé (SSS) dont le but pour la période 2001 – 2015 vise à garantir de manière pérenne, l'accès universel aux services et aux soins de santé de qualité, à travers l'amélioration de leur offre et du financement de leur demande. Cinq axes stratégiques ont été retenus dans le document de SSS à savoir :

- le renforcement du système de santé ;
- la vulgarisation de la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA) dans le district de santé ;
- le développement d'un système d'orientation-recours opérationnel ;
- le renforcement du partenariat dans le secteur ;
- la stimulation de la demande.

Le MINSANTE met en œuvre la SSS par le développement des projets comme le PAISS. Son organigramme montre la présence de cette institution sur le terrain. C'est ainsi qu'il est représenté :

- au niveau régional par la Délégation régionale dont une dans chaque région du pays ;
- au niveau départemental par des districts de santé dont un par département ;
- au niveau des localités par les formations sanitaires publiques, privées e confessionnelles.

D'après les résultats des entretiens avec les responsables des services régionaux rencontrés, le MINSANTE joue le rôle de régulateur. Ses représentations décentralisées ont pour mission principale de veiller au respect des normes des interventions dans le secteur de la santé en général, et des normes du PBF en particulier sur le terrain, notamment chez les indigents et les Baka. Ces services assument la fonction de superviseur et de régulateur ; ce qui leur confère un pouvoir de sanction en cas de violation des normes par tous les autres acteurs intervenant sur le terrain (vérificateurs, prestataires).

5.1.2. Communes

Les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux collectivités territoriales décentralisées (régions et communes) ont conféré à celles-ci un rôle très important dans le développement sanitaire et social. Il s'agit entre autres de :

- la création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional conformément à la carte sanitaire ;
- la participation à l'organisation et à la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé ;
- l'organisation et la gestion de l'assistance au profit des nécessiteux.

C'est dans ce cadre légal que certains FOSA bénéficient de l'appui des communes en médicaments. Il faut relever que les actions des communes dans ce secteur sont fortement appuyées par le Programme National de Développement Participatif (PNDP).

5.1.3. PNDP : Programme National de Développement Participatif

Le PNDP a pour mission d'appuyer le Gouvernement camerounais dans la mise en place et l'exécution d'un mécanisme de financement décentralisé afin d'assurer un développement communautaire participatif en milieu communautaire. Il apporte dans son « plan de développement des peuples pygmées », un appui significatif sur le volet santé en faveur de ces groupes sociaux. Ce plan prévoit :

- l'approvisionnement et la fourniture des médicaments essentiels aux formations hospitalières ;
- l'appui nutritionnel pour les malades hospitalisés et pour quelques foyers ;
- la formation des accoucheuses traditionnelles ;
- la formation des pygmées et des délégués aux soins infirmiers.

Dans la région de l'Est, les interventions du PNDP couvrent entre autres, la fourniture de stocks de médicaments essentiels aux FOSA pour la prise en charge des Baka, et la formation des relais communautaires Baka. Toutefois, les acteurs rencontrés font observer que les médicaments fournis sont généralement ceux de premiers soins et, ne permettent pas toujours de traiter les pathologies locales. En outre, ces médicaments sont le plus souvent en stocks limités ; une situation qui engendre souvent des suspicions de la part des Baka à l'endroit du personnel de santé : cas relevé par la mission auprès du centre de santé catholique intégré de Djouth dans l'arrondissement de Mbang.

5.2. ÉGLISE CATHOLIQUE

Les quatre premières décennies après l'indépendance ont été marquées par l'action d'une poignée d'organisations dans l'appui aux communautés autochtones. Il s'agissait notamment de l'Église catholique (surtout dans le sud et l'Est du Cameroun) et de la SNV (Coopération néerlandaise de Volontaires) au bénéfice des populations autochtones des forêts.

Par exemple, en 1968, l'Évêque nommé Van Haygen avait créé un projet d'aide à la promotion des pygmées dans sa circonscription ecclésiastique dénommée « Projet Pygmées Est-Cameroun » (PPEC). Ce projet s'est mué plus tard en association dénommée « Appui à l'Autopromotion des Populations de l'Est-Cameroun (AAPPEC) » qui a travaillé pendant près de quarante ans pour l'amélioration des conditions de vie des populations Baka de l'Est du Cameroun, avec l'appui de l'ONG néerlandaise CORDAID.

Depuis le milieu de la décennie 90, de nombreuses autres organisations se sont engagées dans cette problématique (projets de conservation, ONG internationales et nationales). La plupart de ces organisations sont regroupées au sein du Réseau Recherche-Actions Concertées Pygmées (RACOPY).

5.3.ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

5.3.1. CORDAID: *Catholic Organization for Relief and Development Aid*

CORDAID est une organisation de développement international qui œuvre pour le bien être dans le monde. Cette ONG dispose en effet d'une longue expérience dans les soins de santé, en particulier en matière de santé sexuelle et reproductive.

Au Cameroun, elle est présente sur l'ensemble du territoire national au travers des différents partenaires locaux dont elle finance les projets. Dans la Région de l'Est, en plus du PBF (Programme Basé sur les Performances) qu'elle a initié, CORDAID a appuyé l' AAPPEC susmentionnée et financé de nombreux projets dans le domaine de la santé reproductive et de la lutte contre le VIH/SIDA, parmi lesquels le projet intitulé « Santé de reproduction des femmes en milieu rural et lutte contre le VIH/SIDA et IST » porté par l'Association de Promotion et de Défense des Droits de la Femme (APDF), qui a mené des activités de sensibilisation des populations, de formation des accoucheuses traditionnelles et des FOSA et de même que la distribution des préservatifs dans certaines aires de santé du district de santé d'Abong Mbang.

Dans le cadre du PAISS, CORDAID a été contractualisée par le MINSANTE pour mettre en œuvre le PBF dans la Région de l'Est. Dans le cadre de sa mission, elle a mis en place l'AAP à Bertoua qui est opérationnelle depuis juillet 2012. Elle a travaillé dans le cadre du projet en collaboration avec son partenaire local MAC DEVIS.

5.3.2. FAIRMED : Santé pour les plus démunis

FAIRMED est une ONG internationale de développement dont le siège est à Berne en suisse. Le Bureau du Cameroun est une unité décentralisée qui gère le volet opérationnel des projets sur l'ensemble du territoire national.

Depuis 1959, FAIRMED Cameroun œuvre pour l'éradication des maladies liées à la pauvreté. Anciennement dénommé Aide Aux Lépreux Emmaus-Suisse, l'action de FAIRMED Cameroun permet de garantir l'accès aux soins de santé pour les personnes pauvres, indépendamment de leur appartenance sociale, politique, ethnique ou religieuse. Fort d'un demi-siècle d'expérience, FAIRMED Cameroun met son expertise au service des systèmes de santé nationaux ; plus précisément dans les domaines de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN), la santé des minorités, l'action sur le handicap par la prévention et la réadaptation.

FAIRMED Cameroun a principalement pour missions de :

- apporter des appuis techniques à l'élaboration de nouveaux projets de développement et leur gestion durable ;
- promouvoir la qualité dans la gestion des projets en cours ;
- faire appliquer les politiques définies par le siège ;
- représenter FAIRMED sur l'ensemble du territoire camerounais ;
- promouvoir le réseautage avec les autres partenaires de la santé et du développement.

L'œuvre de FAIRMED Cameroun vise principalement à :

- permettre l'accès aux services de santé pour les personnes pauvres et malades ;
- faire en sorte que les personnes frappées par la maladie ou le handicap soient en mesure de mener une vie indépendante ;
- renforcer durablement la capacité des pays pauvres à s'affranchir de l'aide internationale ;
- promouvoir une politique de santé sociale et juste ;

- briser le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté en contribuant ainsi à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- permettre aux personnes et communautés défavorisées d'améliorer elles-mêmes leur environnement, concrétisant ainsi la réalisation de la charte d'Ottawa de l'OMS.

Dans la région de l'Est, FAIRMED est basée dans la ville d'Abong Mbang. Elle œuvre dans plusieurs secteurs de la santé dans cette région, notamment :

- l'appui des districts de santé dans la mise en œuvre du projet « santé pygmée » ;
- la mise en place et l'encadrement des mutuelles de santé et des structures de dialogue (COSA, COGE, etc.) ;
- l'appui logistique aux FOSA avec par exemple, la dotation en motos pour le déplacement des agents, ou encore du matériel de soin ;
- l'assainissement dans les campements pygmées (construction de latrines) ou encore, l'amélioration de l'accès à l'eau potable (construction de puits, de forages) ;
- la sensibilisation des Baka (y compris les autres indigents) sur les questions de santé ;
- l'appui des Baka et autres groupes indigents dans la création de Groupements d'Intérêt Communautaire (GIC) notamment dans le domaine de l'agriculture.

L'indigence des pygmées de la région de l'Est a motivé la deuxième phase du projet Baka de FAIRMED, dont la deuxième phase court jusqu'en 2017 et a objectif principal de guider les minorités pygmées vers une vie plus autodéterminée. L'approche de la fondation FAIRMED est d'améliorer la santé des populations pygmées pour accélérer leur développement social et économique. Le projet Baka compte résorber quatre problèmes au sein des communautés pygmées savoir : le manque d'hygiène et d'éducation pour la santé, la malnutrition élevée, les difficultés d'accès aux soins et la prévalence des maladies tropicales négligées. Toutefois, les responsables de FRPS et de l'AAP ont mentionné que les Bantu reprochent par exemple le fait que FAIRMED ne s'occupe que des Baka.

Le projet Baka de FAIRMED revêt une indéniable valeur ajoutée avec le développement des approches participatives permettant aux Baka d'être les acteurs de leur propre développement. La viabilité du projet repose sur l'implication et la participation des communautés dans la gestion du projet. Des approches impulsant un développement local comme les villages en santé sont introduites.

FAIRMED garantit par ailleurs la pérennité des acquis en renforçant les capacités des jeunes à travers les comités de développement, et en mettant sur pied des groupes de femmes et associations de famille qui constituent des leviers essentiels pour la mobilisation sociale. Le développement d'une équipe cadre compétente et fonctionnelle favorise l'enracinement des bonnes pratiques dans le domaine de la qualité des soins.

5.3.3. CADDAP : Centre d'Appui pour le Développement Durable des Autochtones Pygmées

Le CADDAP est une ONG locale basée à Abong Mbang et qui concoure à l'amélioration du cadre de vie des populations Baka. Ainsi, ayant constaté les difficultés rencontrées par les Baka pour payer leurs soins de santé, le CADDAP encourage ces derniers à créer des mutuelles de santé.

Dans cette optique, l'argent que les pygmées tiraient de leurs activités génératrices de revenus servait à approvisionner une caisse dont les sommes étaient reversées à la FOSA concernée. Cela permettait ainsi aux Baka de bénéficier d'une prise en charge lorsqu'ils voulaient se rendre dans une FOSA pour obtenir des soins (Kolokosso, 2010).

Le CADDAP a également mené de nombreuses campagnes de sensibilisation pour informer et convaincre les Baka sur la nécessité de consommer et d'utiliser de l'eau potable afin de réduire les cas de maladies hydriques. Cet organisme a aussi procédé avec l'appui du personnel sanitaire des FOSA, à des campagnes de sensibilisation sur l'hygiène et la salubrité au sein des villages/campements. Dans ce cadre, des latrines améliorées ont été construites par l'ONG. D'autres campagnes menées ont porté sur la collaboration des guérisseurs traditionnels avec les infirmiers, la nécessité pour les femmes enceintes de se faire suivre régulièrement dans les FOSA durant leur grossesse, les méfaits de la malnutrition.

5.3.4. Programme MTN : Programme Maladies Tropicales Négligées

C'est une ONG qui ravitaille certaines FOSA en médicaments en chaque début d'année dans le district de santé de Messamena dans le département du Haut Nyong.

5.3.5. Plan Cameroon

Plan Cameroun est un organisme international qui œuvre dans la promotion des droits des enfants et la lutte contre la pauvreté chez les enfants. Elle travaille en collaboration avec les communes dans le cadre du processus de décentralisation pour promouvoir le bien-être des populations en général et celui des enfants en particulier.

Dans la région de l'Est, Plan Cameroon mène différentes actions en faveur des pygmées Baka notamment la promotion du droit des indigents y compris le droit à la santé. Les interventions de Plan Cameroon ont permis aux Baka de prendre conscience du fait qu'ils avaient le droit de se faire soigner, de faire soigner leurs enfants gratuitement. Ces interventions concernent également le volet assainissement avec par exemple, la construction de latrines dans les villages/campements Baka.

5.4. COMMUNAUTÉS À LA BASE

Cette catégorie d'acteurs regroupe :

- **Mutuelles de santé :** Elles assurent la couverture des soins de santé administrés aux Baka par les FOSA.
- **Points focaux des communautés des aires de santé :** Ils participent à l'élaboration des business plan des mutuelles de santé, avec les responsables des FOSA. Ils sont signataires de l'ouverture des comptes et des décaissements des fonds des mutualistes au quotidien.
- **Relais communautaires :** Ils interviennent dans diverses activités sur le terrain en matière de santé (pesées, visites communautaires, stratégie avancée, campagnes de vaccination, sensibilisation, etc.).
- **Service d'action sociale en faveur des peuples Baka :** Ils servent de pont entre la commune et les FOSA pour la prise en charge des soins.
- **Organisations Communautaires de Base (OCB)** : Encore dénommées ASLO, elles interviennent dans la réalisation des enquêtes communautaires notamment pour le compte du PBF. Il existe au moins une ASLO par FOSA.

6. ÉVALUATION DU PLAN INITIAL DE STRUCTURATION DES POPULATIONS AUTOCHTONES MINORITAIRES (PYGMÉES Baka) CONTENU DANS LE PAISS

6.1. PLAN D'ACTION INITIALE DU PROJET EN FAVEUR DES PPA

En 2008, un Plan de développement en faveur des populations autochtones (PPA) avait été élaboré dans le cadre du PAISS, duquel avait été planifié un certain nombre d'actions pour ces groupes sociaux. Ces actions sont ci-après reprises :

- Évaluation rapide de l'état de santé et l'accès des pygmées aux services de santé ;
- Contractualisation des ONG locales travaillant avec les pygmées sur les questions de santé ;
- Consultations des communautés pygmées et Bantu ;
- Renforcement des capacités des autres ONG locales, les leaders pygmées et les comités de santé ;
- Formation des pygmées Agents de santé communautaire (ASC) ;
- Services de proximité pour les pygmées et les Bantu voisins des campements pygmées ;
- Suivi au niveau national, régional et local ;
- Campagnes de vaccination pour les enfants et les femmes enceintes pygmées ;
- Traitements et services de soins (paludisme, tuberculose, VIH / SIDA) ;
- Suivi à mi-parcours et évaluation finale.

6.2. CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DU SOUS-PROGRAMME DEDIE AUX POPULATIONS AUTOCHTONES BAKA DANS LE PBF

Le concept PBF est basé sur le 5ème percentile car le bien-être se mesure à 5 niveaux comme suit : Plus Riche, Riche, Moyen, Pauvre et Plus Pauvre (ce niveau correspond au 5ème percentile). C'est dans le 5ème percentile c'est-à-dire chez les plus pauvres que se classe la catégorie sociale dite « Indigents ». À l'Est, ils regroupent prioritairement les Baka, les Bororos, les Réfugiés et certains Bantu à très faible revenu.

6.2.1. Conception et structuration du sous-programme Baka

Le PAISS est parti du principe que les infrastructures sanitaires sont déjà réalisées sur le terrain et mobilisent les ressources humaines nécessaires pour la fourniture des services de santé aux populations. Fort de cet atout, le PAISS, en vue de faciliter l'accès des couches vulnérables aux soins de santé, a axé son intervention principalement sur la couverture sanitaire des populations en général et des couches vulnérables en particulier. Ce dernier groupe intègre les indigents parmi lesquels les populations autochtones Baka.

La prise en compte des populations Baka lors de la conception du projet, a été orientée par leur mode de vie basé sur la forêt, le nomadisme et l'habitat précaire. À cet effet, l'approche retenue a été celle fondée sur la stratégie avancée consistant à se rapprocher des Baka et de leur environnement propre pour faciliter leur accès aux soins de santé.

Dans son plan initial de structuration du sous-programme dédié aux populations autochtones Baka, le PAISS est parti sur le principe qu'un Baka consulté coûte un peu plus cher en termes de compensation que d'autres malades ; ces derniers étant totalement pris en charge. Cette prise en charge constitue d'ailleurs une composante essentielle du PBF. Par ailleurs, le PBF est basé sur

les résultats, lesquels sont exprimés en termes de couverture des populations indigentes et particulièrement des Baka en soins de santé.

6.2.2. Approche de mise en œuvre du sous-programme Baka

Pendant la mise en œuvre, afin d'assurer une prise en charge effective des Baka, le PAISS a développé trois approches ci-après résumées :

- **La première approche consistait en la sensibilisation des Baka** sur l'importance des soins de santé modernes et sur la nécessité de se rendre dans les formations sanitaires ;
- **La deuxième approche était basée sur la prise en charge économique** des soins administrés aux indigents et aux populations autochtones Baka ; consistant en la prise en charge gratuite des patients et la double compensation des formations sanitaires (FOSA) prenant gratuitement en charge ces groupes. En effet, le PBF a pour principe entre autres d'encourager les FOSA respectant les indicateurs PMA, PCA et communautaires. Les FOSA ayant soigné gratuitement les indigents/Baka reçoivent des bonus (en valeur financière) de la part du projet, mais ce bonus est doublé lorsque la FOSA prend en charge gratuitement les indigents et les Baka. À cet effet, un taux est fixé pour chaque type de soin ou service médical (vaccin, CPA, etc.) et le bonus reçu par une FOSA correspond à la somme totale des frais liés aux soins administrés gratuitement aux patients pris en charge de manière général et aux indigents/Baka en particulier. Il est à noter que les indigents particulièrement les Baka, ne disposent pas toujours de moyens financiers suffisants pour assurer leur accès aux soins de santé modernes ; ce qui renforce leur éloignement de ce mode de traitement.
- **La troisième approche était basée sur la prise en charge géographique**, privilégiant autant que possible les aires de santé ou les FOSA abritant les Baka. C'est ainsi que tous les districts de santé (08 sur les 14 au total) dans lesquels les Baka vivent ont été retenus dans la région de l'Est.

Pour les FOSA enrôlés dans le projet, la gratuité des soins pour les populations indigents (Baka, Bororo) était l'élément central pris en compte. Les FOSA prenant en charge ces groupes recevaient le double de la prestation. Des mécanismes de déclarations des résultats de performances ont été mis en place (vérification mensuelle auprès des FOSA) pour s'assurer de l'effectivité de la fourniture des soins gratuits déclarés par les FOSA.

Ainsi, le PBF est mis en œuvre depuis 2012 dans la région de l'Est et, l'atteinte des résultats est vérifiée par des indicateurs à la fois quantitatifs (nombre de FOSA appuyées dans les districts ayant les communautés des Baka, liste des indigents et des populations autochtones dans les FOSA, statistiques des FOSA) et qualitatifs (qualité des soins et de la prise en charge des indigents/Baka dans les FOSA).

6.3. ACTIONS MISE EN ŒUVRE EN FAVEUR DES POPULATIONS BAKA DANS LA PREMIERE PHASE DU PAISS

Les actions ci-après développées ont été mises en œuvre dans la première phase du PAISS en direction des indigents et des populations autochtones.

6.3.1. Évaluation de la couverture géographique des districts de santé à forte population Baka

L'approche basée sur la prise en charge géographique visait à couvrir dans la région de l'Est les districts de santé à forte populations Baka. L'évaluation de la mise en œuvre de cette approche est ci-après présentée.

6.3.1.1.Réalisations effectuées

Dans la région de l'Est, le PAISS a mis en œuvre le PBF dans 14 Districts de santé dont 08 à forte populations autochtones, à savoir : Lomie, Abong Mbang, Messamena, Nguelemendouka, Moloundou, Yokadouma, Mbang, Kette et Doume (tableau 2). Le PBF a démarré dans ces districts de santé au deuxième semestre 2012.

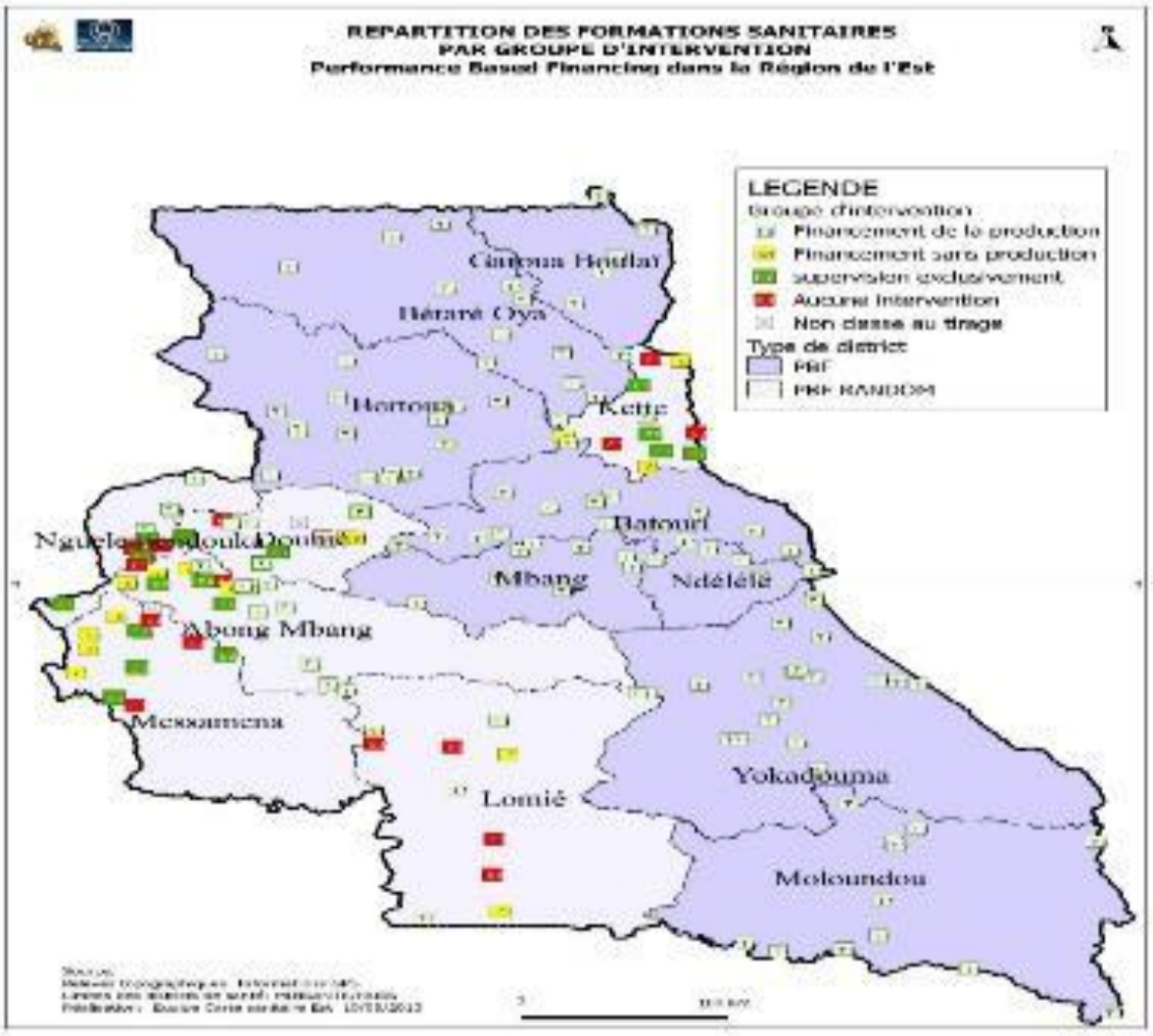
Tableau 2 : Districts de santé PBF à forte population pygmées Baka

Départements	Districts PBF	Districts à forte populations pygmées
Haut Nyong	Abong-Mbang	Oui
	Messamena	Oui
	Lomié	Oui
	Doumé	Oui
	Nguelemendouka	Oui
Lom et Djerem	Bertoua	Non
	Garoua-Boulaï	Non
	Bétaré-Oya	Non
Kadey	Mbang	Oui
	Batouri	Non
	Ndelele	Non
	Kette	Oui
Boumba et Ngoko	Yokadouma	Oui
	Mouloundou	Oui

Source : Rapport d'activités annuel 2014 du PAISS

La carte 2 présente la répartition des formations sanitaires par groupe d'intervention PBF dans la région de l'Est.

Carte 3 : Répartition des formations sanitaires par groupe d'intervention PBF dans la région de l'Est



Source : Rapport d'activités annuel 2014 du PAISS

6.3.1.2.Difficultés rencontrées lors de la couverture de l'aire géographique Baka

La difficulté majeure enregistrée à l'extension des zones d'intervention du projet aux districts de santé à forte population Baka a été la non-adhésion de la province ecclésiastique de l'Est au PBF. Cette situation confirmée par les responsables de l'AAP, s'est manifestée par le refus du PBF par les FOSA Catholiques et les Coordinations Diocésaines de la Santé (CDS) des Diocèses de Bertoua et de Doumé/Abong-Mbang. Pourtant, certaines de leurs FOSA sont installées à proximité des communautés Baka par rapport aux autres FOSA. En conséquence, les indigents et les Baka désireux de bénéficier des soins gratuits sont contraints de parcourir de grandes distances pour se rendre dans les autres FOSA enrôlées dans le PBF.

Cette situation a entravé l'expansion du PBF dans les FOSA situées dans ces aires de santé ; limitant ainsi l'intervention du projet pour les Baka qui manifestent pourtant un besoin réel en matière de soins de santé. Elle a également affecté le taux de signature des contrats de performance par l'AAP.

6.3.1.3.Recommandations

L'Unité de gestion du projet (UGP) devra développer une stratégie de communication centrée sur les résultats du PBF, la vision et les objectifs du projet dans la région. Cette action permettra aux populations de se rendre compte du bien-fondé du projet, et peuvent ainsi concourir à convaincre les Évêques de la région d'accepter ce programme. Par ailleurs, un plaidoyer devra être mené par le projet auprès des Évêques de des Diocèses de Bertoua et de Doumé/Abong-Mbang dans une optique de collaboration basée sur le principe clair de gagnant – gagnant.

6.2. ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE BASEE SUR LA PRISE EN CHARGE ECONOMIQUE DES SOINS ADMINISTRES AUX INDIGENTS ET AUX BAKA

L'approche était basée sur la prise en charge économique des soins administrés aux indigents et aux populations autochtones Baka, consistait en la prise en charge gratuite des patients et la double compensation des FOSA prenant gratuitement en charge ces groupes sociaux.

Pour atteindre ces résultats, il a été développé des indicateurs à la fois quantitatifs (nombre de FOSA appuyées dans les districts ayant les communautés des Baka, liste des indigents et des populations autochtones dans les FOSA, statistiques des FOSA) et qualitatifs (qualité des soins et de la prise en charge des indigents/Baka dans les FOSA) dans le cadre du projet. Ces indicateurs ont été regroupés ainsi qu'il suit :

- Indicateurs de performances dont 23 indicateurs du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et 25 du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) validés par le Ministère de la Santé publique ;
- Indicateurs de Qualité technique ;
- Indicateurs communautaires ;
- Indicateurs de suivi des résultats intermédiaires ;
- Suivi de la mise en œuvre de l'évaluation d'impact
- Indicateurs de suivi de projet au nombre de 13 ;

6.2.1. Caractérisation des indigents pris en charge par le PBF

D'après les responsables nationaux (UGP-PAISS), régionaux (Délégation régionale de la santé) et départementaux (Hôpitaux de district), les indigents regroupent les Baka, les Bororos, les Réfugiés centrafricains et les Bantu démunis. Ce sont les communautés Baka qui sont considérées dans le cadre de la présente mission d'audit.

Dans les conditions actuelles et dans toute la région de l'Est, tous les critères permettant de définir les indigents bien que connus, ne sont pas appliqués ; du fait du manque d'assistants sociaux qui joueraient ce rôle. Autrement dit, c'est le clinicien qui fait le jugement dans certains cas.

La liste des indigents est dressée globalement suivant une approche sociologique quantitative et interactive. Les indigents relèvent institutionnellement du Ministère des Affaires Sociales (MINAS). La première approche utilisée par les services déconcentrés de ce ministère considérait uniquement les Baka comme indigents ; c'est seulement plus tard que les bantu ont été pris en compte. Il existe une liste de critères d'indigence disponible au niveau de la délégation régionale, des hôpitaux de district, du MINSANTE, dont se servent les relais communautaires pour faire le recensement de cette catégorie sociale. À propos des Baka, tous sont considérés comme indigents. Pour l'identification des indigents, le PBF s'est inspiré des critères utilisés par le Catholic Relief Services (CRS) pour créer ses propres critères. Quelques-uns d'entre eux sont l'orphelinat, la précarité des parents, le handicap, etc.

Dans le cadre du projet, ce sont les structures de dialogue (COSA, COSADI et FSRP) qui ont la charge d'établir la liste des indigents qui a démarré en 2013. De manière pragmatique, en chaque début d'année, la liste est dressée par aire de santé par chaque COSA. Ces COSA s'appuient sur les spécialistes du service des affaires sociales du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), de la Croix Rouge Suisse, de Catholic Relief Services pour un choix des indigents reflétant autant que possible la réalité. Cette liste permet à l'AAP de mieux orienter ses vérifications. Les chefs de villages ont également été impliqués dans l'établissement de la liste des indigents. Cependant, il a été relevé le fait que de nombreux chefs de villages voulaient insérer leurs proches dans la liste des indigents. Ce qui a obligé la vigilance des chefs des centres de santé quant aux listes dressées par les autorités traditionnelles.

6.2.2. Évaluation des indicateurs de performances des formations sanitaires (PMA et PCA)

Les performances des FOSA sont mesurées sur la base des scores obtenus suite à la mise en œuvre des indicateurs PMA et PCA récapitulés dans le tableau en **annexe 2**. De ces indicateurs, celui directement lié aux indigents est dénommé **« Listes annuelles des indigents »** dans le volet santé communautaire des PMA. En 2012, l'indicateur lié à la thématique était dénommé **« Consultation Externe indigent (nouveaux cas) »**. Il s'en suit que les analyses qui suivent portent essentiellement sur la performance des FOSA sur ces deux indicateurs.

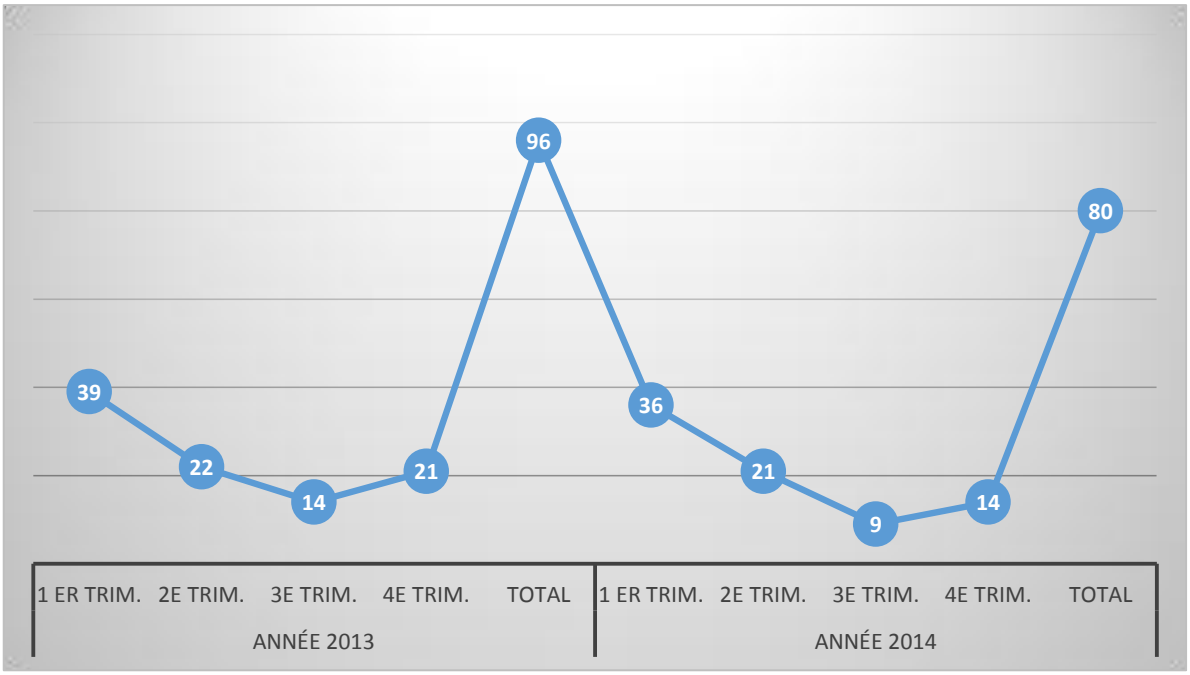
Il faut également signaler que certains indicateurs achetés ont changés entre 2012 et 2013, suite au processus d'harmonisation au niveau des quatre AAP du projet. Ceci a eu pour conséquence que les indicateurs des 3ème et 4ème trimestres 2012 ne s'arriment pas avec ceux de 2013 et 2014. L'absence des données pour l'année 2015 ne permet pas d'apprécier l'évolution des indicateurs PMA « indigents » dans le cadre de la présente mission.

6.2.2.1. Analyse des indicateurs PMA liés aux indigents

L'analyse des indicateurs PMA pour la période 2013-2014 montre que sur les 23 indicateurs validés, 12 ont enregistré des scores croissants. Il s'agit de : (i) nouvelle consultation curative-médecin (nouveaux cas), (ii) nouvelle consultation curative-infirmier (nouveaux cas), (iii) nouvelle consultation curative infirmier/médecin-épidémie gratuité, (iv) journée d'hospitalisation, (v) journée d'hospitalisation-épidémie, gratuité, (vi) petite chirurgie, (vii) nombre de cas TBC[9] traités pendant un semestre et guéris, (viii) inspection des ménages, (viii) PF : nouvelles ou ancienne acceptante pilules ou injectables, (ix) PF : implants ou DIU, (x) curetage après avortement spontané (ou indication médicale), (xi) CPN ou TP12 ou TP13, (xii) cas IST traité selon protocole, (xiii) dépistage volontaire du VIH/SIDA y compris femme enceinte.

L'analyse de la performance liée à la santé communautaire et tel que reportée dans les rapports d'activités de l'AAP de 2013 à 2014 montre que deux (02) sur les sept (07) indicateurs y relatifs ont connu une progression au cours de cette période dans les districts de santé à forte populations Baka ; il s'agit des indicateurs : Suivi de la croissance de l'enfant et Nouvelle utilisation moustiquaire imprégnée.

En ce qui concerne l'indicateur directement lié à la thématique de l'audit, à savoir **« liste annuelle des indigents »,** il a connu une baisse considérable, passant de 96 listes en 2013 à 80 en 2014 sur les 176 listes validées dans l'ensemble de la région de l'Est en cette période (figure 1).

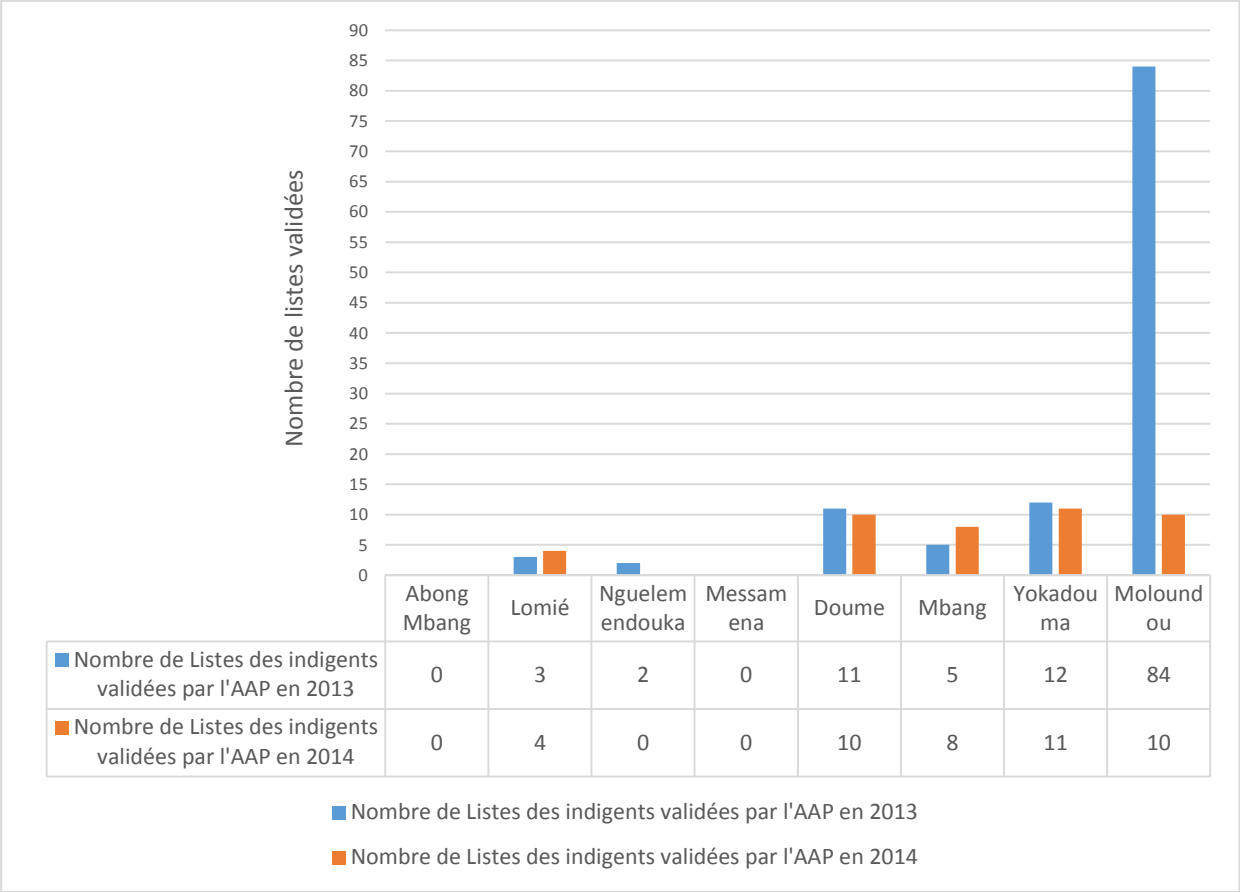


Source : Adapté des rapports trimestriels AAP 2013 et 2014

Figure 1 : Répartition des listes annuelles des indigents validées pour la période 2013-2014 dans la région de l'Est

Dans les huit districts de santé à forte populations Baka, la tendance à la baisse est la même, avec cependant une chute plus importante, soit 117 listes validées en 2013 et seulement 43 listes en 2014 sur les 160 validées au cours de cette période (figure 2).

[9] TBC : Tuberculose, PF : Planning Familial, DIU : Dispositif Intra-Utérin, CPN, Consultation Prénatale, IST : Infection Sexuellement Transmissible, TP : Temps de Parturition

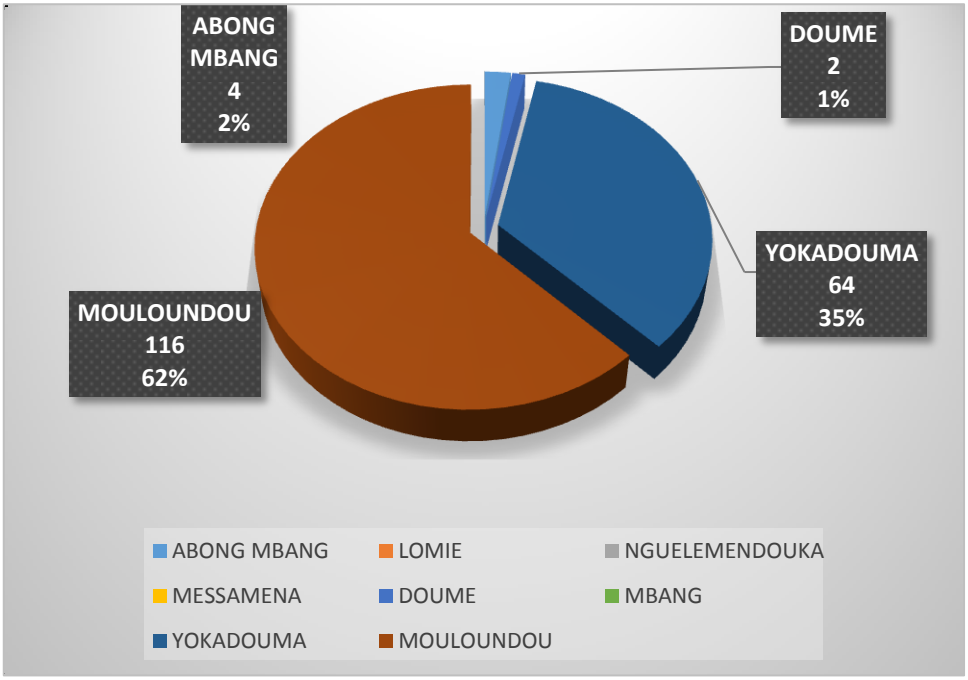


Source : Adapté des rapports trimestriels AAP 2013 et 2014

Figure 2 : Répartition des listes des indigents validées par l'AAP dans la Région de l'Est entre 2013 et 2014

Pour l'année 2012, les données disponibles sur l'indicateur intitulé « consultations externes indigents (nouveaux cas) » montrent une baisse de cet indicateur entre les troisième et quatrième trimestres de cette année ; passant de 2 699 cas au troisième trimestre à 1 889 cas au quatrième trimestre dans l'ensemble de la région.

En ce qui concerne les huit districts à forte populations Baka, l'indicateur a été enregistré au quatrième trimestre 2012 uniquement dans les districts de santé de Moloundou (116), Yokadouma (64), Abong Mbang (4) et Doumé (2) comme l'indique la figure 3.



Source : Adapté des rapports trimestriels AAP 2012

Figure 3 : Répartition des cas de « consultations externes indigents (nouveaux cas) » validés dans les districts à forte populations Baka en 2012

Il ressort de l'analyse sur les indicateurs indigents référencés, que les rapports d'activités ne donnent aucune précision sur le groupe d'appartenance des indigents enregistrés (groupe pygmées/Baka, groupe Bantou, etc.) encore moins sur le nombre d'indigents bénéficiaires ; ce qui rend difficile la visibilité de l'apport du PBF par groupe d'indigents quant à l'exploitation de ces documents de capitalisation. Par ailleurs, les autres indicateurs PMA ne spécifient pas le nombre d'indigents ayant bénéficié de ces indicateurs ; ce qui ne permet pas d'identifier de façon lisible l'impact global du PBF sur ces groupes sociaux. Il serait à cet effet souhaitable que l'enregistrement des données sur ces indicateurs précise la catégorie d'indigents dans l'encodage des données et dans les rapports d'activités des AAP.

6.2.2.2. Analyse des indicateurs PCA

Les indicateurs PCA était de 17 en 2012 et de 25 à partir de 2013. Au cours de la période 2013-2014, quatre (04) indicateurs PCA sur les 25 validés ont connu une augmentation à savoir : (i) contre référence arrivé au centre de santé ; (ii) nouveau malade mis sous dialyse (cathéter central) ; (iii) PF : Implants ou DIU ; et (iv) prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+.

La mission constate qu'aucun indicateur relatif aux indigents n'apparait dans les indicateurs PCA. Les rapports d'activités montrent que les districts de santé de la région de l'Est ont enregistré des performances mitigées en ce qui concerne la fourniture des soins et services de santé de qualité aux indigents y compris les Baka.

6.2.3. Analyse des indicateurs qualitatifs (qualité technique)

La mise en œuvre du PBF a contribué à l'amélioration de la qualité de services dans les FOSA à tous les niveaux, avec un impact perceptible de la fréquentation des FOSA par les indigents et les Baka.

La qualité technique des services offerts par les FOSA est assurée par la supervision de la qualité des PMA par un personnel formé à cet effet. La mise en place des mécanismes de vérification des déclarations des FOSA (validation qualitative surtout) ont permis une amélioration importante de la qualité des soins administrés par les FOSA-PBF aux indigents/Baka. En outre, les subsides versés aux FOSA ont permis selon les responsables des FOSA enquêtés pendant la mission, l'amélioration de l'état des bureaux, l'ameublement, l'équipement en logistique, et la paperasse. Les subsides sont constitués par la somme des validations quantitatives et des validations qualitatives.

Sur les 14 districts de santé bénéficiaires, les résultats des enquêtes effectuées sur la qualité des services offerts entre 2012 et 2014 et tels que reportés dans les rapports d'activités de l'AAP montrent que :

- 07 districts de santé ont connu une progression de leur indicateur qualité de service ;
- 02 districts de santé ont connu un maintien de leur indicateur qualité service ;
- 05 districts de santé ont connu une baisse de leur indicateur qualité service.
- La performance des districts de santé en matière de qualité de service est restée stable au terme de l'année 2014. Cette stabilité s'explique par le fait que les subsides liés à cet indicateur n'ont pas été payé pendant 08 mois ; réduisant de fait les investissements en faveur de la qualité technique des soins.

6.2.4. Analyse des indicateurs communautaires

Ces indicateurs sont mesurés par la prise en compte de l'avis des bénéficiaires vis-à-vis du projet et de sa mise en œuvre. La performance des indicateurs communautaires est mesurée par les enquêtes de satisfaction menées auprès des bénéficiaires par les ASLO, sous la supervision de l'AAP. Ces enquêtes communautaires visent à apprécier le niveau de satisfaction des services de santé offerts par les FOSA bénéficiaires du PBF.

La note communautaire d'une FOSA prend en compte trois critères à savoir : la perception de la qualité des soins, la proportion des malades retrouvés, et le score de qualité communautaire.

En ce qui concerne la perception de la qualité des soins, les résultats des enquêtes menées par les ASLO révèlent que sur les 14 districts de santé bénéficiaires :

- trois districts de santé (Bertoua, Kette et Yokadouma) ont connu une amélioration de la qualité des services selon les bénéficiaires ;
- trois districts de santé (Batouri, Betaré-Oya et Doume) ont connu un maintien de leur niveau de performance selon les bénéficiaires ;
- huit districts de santé restants ont connu une baisse de leur note relative à la qualité des services d'après les bénéficiaires ;
- la performance en matière de qualité des soins a connu une baisse au dernier trimestre de l'année 2014. Cette baisse montrerait une démotivation générale du personnel sur le terrain, dû au fait que les subsides liés à cet indicateur n'ont pas été payé pendant 08 mois. En effet, les subsides PBF versées dans les FOSA permettent une augmentation des revenus du personnel sanitaire ; ce qui constitue un facteur de motivation de ce dernier, avec un impact positif sur la qualité de soins apportés aux patient. Il faut noter que le patient est très sensible aux humeurs du personnel soignant et ceci de traduit

directement par les notes y afférentes. Selon les responsables des AAP et des FOSA rencontrés pendant la mission, l'un des facteurs dégradant la qualité des soins apportés aux bénéficiaires serait la stigmatisation des Baka par le personnel de santé.

Pour ce qui est des malades retrouvés, il arrive au cours des enquêtes communautaires de ne pas retrouver certains patients malgré toutes les méthodes de recherche entreprises. Ce taux est acceptable quand il se situe en dessous de 10%. Au-delà de ce taux, il faut justifier les raisons qui empêchent de repérer les patients si non, il y a suspections de la fraude. Au regard des résultats des enquêtes, il ressort que deux districts de santé ont un taux de patients non vus supérieur à 10%. Il s'agit des districts de santé de Garoua-Boulaï avec 18% et de Messamena avec 11% :

- Pour le cas de Garoua-Boulaï, ce taux très élevé est dû au fait que les réfugiés tirés pour l'enquête ne sont pas stables et du coup les localités retenues lors des contacts avec la FOSA deviennent incertaines ; d'où les difficultés dans leur repérage sur le terrain.
- Dans le cas de Messamena, les causes sont les suivantes :
    - les patients non retrouvés sont des élèves partis en congé et que l'enquête est menée pendant les vacances ;
    - ces élèves pour la majorité ne sont pas connus sous leur vrai nom par les voisins pour avoir leur confirmation.

6.2.5. Analyse des indicateurs de suivi du projet

En référence aux données des rapports d'activités du projet, les indicateurs de développement du projet sont tous en nette augmentation ; ce qui est une illustration de l'emprise du projet sur le terrain.

Parmi les indicateurs des résultats du projet, cinq ont été retenus pour suivre son développement. Il s'agit de :

- *Nombre de personnes qui ont accès à un paquet de services de base de santé :* Tous les indigents ont été pris en charge (PEC) pour des pathologies pour lesquelles les médicaments étaient gratuits et disponibles (PEC en fonction des intrants de santé). La mise en œuvre du PBF a aussi permis de réduire le taux de morbidité dans les villages, et cela est ressenti au niveau de la grille de validation, ligne « malades indigents ».Certains Baka sont actuellement sous Anti rétro Viraux (ARV), d'autres se sont fait opérés de la hernie notamment dans le district de santé de Massea, où la prévalence de cette pathologie chez les Baka est élevée ;
- *Enfants complètement vaccinés :* les femmes Baka veillent de plus en plus à la vaccination régulière de leurs enfants ;
- *Accouchements assistés par un personnel qualifié :* les femmes Baka suivent de plus en plus les consultations prénatales et acceptent d'accoucher dans les FOSA. Le PBF a permis d'améliorer la stratégie avancée
- *Nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués et mis sous traitement :* Le nombre de nouveaux cas a évolué en dents de scie au cours de l'année 2014. Après la chute constatée entre le 4ème trimestre 2012 et le 1er trimestre 2013, il a été relevé une légère reprise du nombre de cas de tuberculose diagnostiqués en 2013.
- *Bénéficiaires directs du projet :* Autant les Baka que les Bantu indigents ont bénéficié de la prise en charge gratuite dans les FOSA.

6.2.6. Indicateurs de suivi des résultats intermédiaires

Parmi les indicateurs de suivi du projet, huit sont dédiés aux résultats intermédiaires du projet. Il s'agit de : (i) Femmes enceintes ayant reçu au moins une CPN au cours du trimestre ; (ii)

Nouvelles acceptatrices de méthodes modernes de contraception; (iii) Enfants ayant reçu la vitamine A dans les six premiers mois ; (iv) Cas de tuberculose traités et guéris sur le nombre de cas diagnostiqués ; (v) Nombre de FOSA avec 100% de médicaments traceurs disponibles ; (vi) Nombre de FOSA ayant atteint 75% de score de qualité trimestrielle ; (vii) Nombre de FOSA qui ont transmis leur rapport mensuel d'activités du mois précédent ; (viii) Nombre de consultations/hospitalisation des indigents/pauvres.

Tous ces indicateurs évoluent plutôt en dents de scie, à l'exception du nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins une CPN, et du nombre de consultations/hospitalisation des indigents/pauvres.

6.2.7. Suivi de la mise en œuvre de l'évaluation d'impact

Depuis l'avènement du PBF dans la région de l'Est, il est constaté que des partenaires comme FAIRMED mènent des interventions qui financent la qualité technique. En outre, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) finance les inputs comme des kits gynécologiques qui permettent d'améliorer la qualité des soins. Actuellement, des rapprochements sont envisagés pour canaliser de manière plus efficace les moyens déployés par les uns et les autres en évitant surtout les doublons susceptibles d'être observés dans le financement des mêmes indicateurs par exemple.

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) à travers un de ses consultants ayant participé à la rencontre des AAP de Bertoua, sollicite un appui du PBF pour améliorer les indicateurs de malnutrition.

Au cours du semestre qui s'achève, l'AAP de Bertoua a connu des fortunes diverses au niveau des contrats avec les FOSA :

- Deux FOSA n'ont pas renouvelé leur contrat. La première est un centre de santé catholique qui jusque-là avait tenu à rester fidèle au MINSANTE et son responsable a été révoqué, le deuxième est resté sans contrat par suite de décès de son responsable et les autres membres de l'équipe n'ont pas monté de business plan. Il faut noter que le retrait du centre de santé catholique est définitif alors que la situation du deuxième sera régularisée dès qu'un nouveau responsable sera en place ;
- Six nouveaux contrats ont été engagés soit 1 PCA et 5 PMA, ceci dans les districts non randomisés de Bertoua et de Ndélélé qui sont des FOSA de catégorie T1.

6.2.8. Difficultés liées à la prise en charge économique des indigents et mesures prises

Les difficultés rencontrées tel que relevées par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la première phase du PAISS/PBF sont de plusieurs ordres et ci-après résumées.

6.2.8.1. Difficulté d'identification des critères et de définition de la notion d'indigent

Le problème lié à la définition de la notion d'indigent et l'établissement des critères devant permettre de le faire s'est présenté comme un obstacle majeur selon tous les groupes d'acteurs rencontrés par la mission (régulateurs, prestataires, vérificateurs, payeur des performances). En effet, l'approche PBF repose principalement sur le principe de la fourniture des soins gratuits aux personnes indigentes. Cela présente beaucoup d'avantages pour les personnes réellement en situation de précarité.

Cependant, tout le monde désirait bénéficier de ces avantages au niveau des villages ; entrainant ainsi l'inscription de tous sur les listes des indigents, y compris les personnes peu nécessiteuses : c'est le cas de l'inscription par les chefs de certains villages, des membres de leurs familles comme personnes indigentes ou encore le cas de certains Baka bénéficiant d'un niveau de vie appréciable (propriétaires de motos, des échoppes, etc.). Cette situation a entrainé quelques cas de conflits entre certains chefs de villages et leurs populations suite à la non validation des listes des indigents établies dans ce contexte.

Dans la pratique, l'absence de critères de choix ou de définition des indigents a rendu difficile l'établissement des listes des indigents fiables au niveau des FOSA concernées.

Mesures prises :
Pour lever cette contrainte, diverses mesures ont été prises et à différents niveaux :

- ✓ *Au niveau central et conceptuel*, deux approches de définition des indigents ont été établies :
  - Approche sociologique et quantitative basée sur les critères économiques et les revenus des individus ;
  - Approche interactive, recommandant une vérification de l'incapacité effective de la personne déclarée indigente à payer ses soins. La vérification se faisait lors des échanges avec la personne ou lorsqu'elle est dans une formation sanitaire et se trouve effectivement incapable de se prendre en charge.
- ✓ *Au niveau régional*, les structures de dialogue (COSA, COSADI, FRPS) du secteur de la santé ont été mises à contribution dans l'établissement de la liste des indigents, et ce avec l'appui de la Coopération allemande (GIZ) dans la région de l'Est. En effet, les membres de ces structures comprennent entre autres les représentants des populations à la base. En plus, ces membres ont été sensibilisés sur le choix des indigents au sein des différentes communautés.
- ✓ *Au niveau local/opérationnel*, certaines FOSA laissaient le soin aux communautés Bantu et Baka, la charge de dresser les listes respectives de leurs indigents étant donné que ces personnes sont certainement connues. Toutefois, en cas d'absence de consensus sur une liste, le chef de centre de chaque aire de santé avait le dernier mot sur le choix des indigents présentés.

6.2.8.2. Faible adhésion des Baka au PBF et leur faible fréquentation des FOSA

Le PBF garantit des soins gratuits aux indigents et surtout aux Baka. Malgré cette gratuité, tous les acteurs ont relevé une faible adhésion de ces groupes aux PBF et donc aux FOSA. Cette faible adhésion et fréquentation résulterait de plusieurs facteurs :

- ✓ **Le fort attachement des Baka à la médecine traditionnelle**. En effet, lorsqu'un Baka a un problème de santé, il recourt d'abord à la médecine traditionnelle en laquelle il croit fortement. C'est seulement lorsqu'il ne trouve pas de solution à son problème de santé qu'il se rend vers la formation sanitaire.
- ✓ **Les moyens financiers limités et la stigmatisation des Baka par le personnel de santé**. D'une part, de nombreux Baka ont peur de se rendre dans les FOSA lorsqu'ils font face à un problème de santé, principalement, parce qu'ils n'ont pas d'argent pour payer les soins qui leur seront administrés. D'autre part, ils redoutent de se faire refouler par le personnel des FOSA à cause de leur hygiène corporelle.
- ✓ **L'éloignement de certaines FOSA par rapport aux zones d'habitation des Baka** (campements pygmées) participent également à leur faible fréquentation des FOSA. En effet, les distances entre les centres de santé et les domiciles des Baka sont parfois très grandes (plus d'une dizaine de kilomètres). Pour s'y rendre, ils doivent soit parcourir

ces distances à pied, soit emprunter des motos ce qui, génère des coûts de transport élevés pour eux.

- ✓ **L'enclavement des aires de santé dans la région de l'Est en général et des pistes d'accès aux campements Baka en particulier**, contribue à cette faible fréquentation des FOSA et à la faible sensibilisation des indigents/Baka sur les mécanismes du PBF par le personnel de santé.

Mesures prises :
Face à ces difficultés, différentes mesures ont été mises en œuvre par les FOSA et ci-après résumées.

- ✓ **Recrutement et formation des relais communautaires :** Dans le système de santé dans la région de l'Est, les FOSA sont appuyées dans leur mission par des relais communautaires recrutés au sein des villages riverains et formés sur les problèmes sanitaires. Ils sont généralement au nombre de deux relais par village. Dans le cadre du PAISS, les FOSA s'assuraient que les relais recrutés appartiennent et vivent avec les communautés concernées, y compris les Baka. Ces relais (Baka, Bantu) étaient employés dans le cadre du projet pour sensibiliser les indigents/Baka sur l'approche PBF et surtout, sur le facteur gratuité des soins mis à leur disposition, afin de les inciter à fréquenter les FOSA. L'intérêt de faire appel à des relais appartenant à chaque communauté était de briser la méfiance que les Baka (en particulier) ont de la médicine moderne et de faciliter l'appropriation et la diffusion des messages véhiculés. Ces relais communautaires ont également pour mission de suivre les Baka dans leurs domiciles (y compris en forêt), et pendant leurs mouvements (ces derniers étant très mobiles) pour leur sensibilisation. Ils aident à rapporter au niveau des FOSA les informations sur les cas graves observés dans les villages. Certaines FOSA ont également formé des accoucheuses traditionnelles dans le but de limiter les accouchements à risque chez les femmes Baka. Les accoucheuses traditionnelles ont été encouragées à faire venir des femmes indigentes/Baka dans les FOSA pour accoucher. Ces accoucheuses traditionnelles pratiquaient les accouchements et recevaient en retour, une partie des subsides versées aux FOSA (volet accouchement). Elles étaient utilisées pour sensibiliser les femmes Baka sur l'accès aux soins fournis par le PBF. Ces mesures ont ainsi permis aux FOSA d'attirer plus d'indigents/Baka vers leurs structures et donc, de leur administrer les soins gratuitement.

- ✓ **Mise en place de stratégies avancées :** Dans le cadre du PBF, les FOSA ont utilisé les stratégies avancées. Généralement, lors des campagnes de santé (polio, vaccin, etc.), les relais communautaires de chaque FOSA sont associés aux équipes des campagnes dans le but de sensibiliser les Baka sur les activités du PBF. Lorsque les stratégies avancées ne permettaient pas à faire sortir les Baka de la forêt pour se rendre dans les FOSA, des équipes de relais communautaires associées au personnel des FOSA se rendent dans la forêt pour administrer les soins à domicile.

- ✓ **Organisation de réunions de sensibilisation :** Pour étendre leur zone de couverture en termes de sensibilisation, les FOSA organisent des réunions avec les structures communautaires (COSA, COGE) pour sensibiliser les indigents/Baka.

6.2.8.3. Retard des virements des subsides par le payeur

De nombreux chefs de centre de santé ont déploré le virement tardif des subsides par le payeur. En effet, ces virements destinés à compenser la prise en charge gratuite des soins administrés aux indigents/Baka, n'arrivaient pas au niveau des FOSA dans les délais requis. Par ailleurs,

ces payements des subsides n'était pas fait de façon régulière avec pour conséquence la rupture des stocks des médicaments et la démotivation du personnel.

Mesures prises :
Face à cette situation, certains chefs de centre ont pensé plusieurs fois à annuler l'administration gratuite des soins aux indigents/Baka. D'autres FOSA ont opté pour le préfinancement des soins administrés aux indigents/Baka afin de continuer à assurer leur prise en charge.

6.2.8.4. Augmentation continue du nombre d'indigents

D'après le Responsable Suivi-Évaluation, le PAISS/PBF a été confronté à une augmentation continue du nombre d'indigents au fil des ans, avec pour conséquence la fragilisation de la capacité d'accueil des FOSA concernées et des moyens mis à leur disposition par le PAISS. Cette situation s'est accentuée avec notamment l'arrivée massive des refugiés centrafricains dans la région de l'Est. Cette situation ne permettait plus aux FOSA de continuer à fournir les soins gratuits à tous les indigents, étant donné que le budget alloué à ces soins gratuits est limité.

Mesures prises :
Pour résoudre ce problème, le PAISS a dû revoir à la baisse, le coût total des indicateurs afin de mieux filtrer la liste et le nombre des indigents.

6.2.8.5. Appropriation difficile de la notion de gratuité dans le cadre du PBF

Si le projet permet aux indigents de bénéficier gratuitement des soins de santé dans les FOSA, il ne précise pas, d'après le point-focal PBF à la DRSPE, la mesure de la gratuité. Par exemple, si l'accouchement est pris en compte dans une FOSA, est-ce que les produits qui seront utilisés lors de l'accouchement le sont aussi ? En résumé, tous les soins administrés aux indigents/Baka ne peuvent pas être totalement gratuits. Ce point de vue est partagé par de nombreux responsables de FOSA rencontrés.

6.2.8.6. Intégration encore insuffisante de l'idéologie du projet par le personnel de santé

De l'avis du Point-focal PBF, l'approche PBF considère le malade comme un client, une source de revenus pour les FOSA et donc du personnel soignant. Pour cette raison, ce personnel devrait développer des stratégies pour accroitre la fréquentation de leurs FOSA par les indigents et les Baka. Or, la passivité observée jusque-là chez le personnel, a un impact négatif sur la production des FOSA en termes de performance. Elle a aussi pour conséquence, une mauvaise prise en charge des indigents/Baka dans certaines FOSA concernées par le PBF (qualité de l'accueil par exemple).

Mesures prises :
Face à ce problème, des mécanismes de vérification ont été mis en place pour s'assurer de la qualité de la prise en charge des indigents/Baka dans les FOSA.

6.2.8.7. Insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières des FOSA

Toutes les FOSA enquêtées font face à une insuffisance de ressources pour assurer réellement la prise charge des indigents/Baka : ressources humaines insuffisantes, absence de plateaux techniques (adaptés), manque de moyens de locomotion (motos, tricycles), notamment pour suivre les Baka dans leurs communautés, etc.

6.2.9. Recommandations liées à la prise en charge économique des indigents

Ces recommandations sont les suivantes :

- Par rapport à l'identification des indigents, renforcer le rôle des structures sanitaires de dialogue dans la validation de leurs listes ;
- Par rapport à la faible adhésion des Baka au PBF et à la fréquentation des FOSA, faire appel aux relais Baka afin de briser la méfiance qu'ils ont de la médicine moderne et de faciliter leur appropriation et la diffusion des messages véhiculés, renforcer la mise en place des stratégies avancées afin d'atteindre les campement pour l'administration des soins, renforcer les actions de sensibilisation des indigents/Baka à travers l'organisation des réunions avec les structures communautaires (COSA, COGE)
- Par rapport aux subsides, assurer le paiement dans les délais raisonnables les subsides afin d'améliorer la performance des districts de santé ;
- Par rapport à la faible capacité des FOSA d'accueillir le nombre de plus en croissant des indigents, revoir à la baisse, le coût total des indicateurs afin de mieux filtrer la liste et le nombre des indigents ;
- Aucune spécification sur le type de patient traité (indigent, non indigent, Bantou, Baka) n'étant mentionnée dans les divers rapports d'activités du projet, il serait souhaitable que les types de patients traités soient spécifiés (indigents, non indigents, Baka, Bantu), afin qu'il soit plus aisé d'identifier si le patient traité est un Baka, un indigent ou un non indigent ;
- Renforcement des capacités des vérificateurs, des prestataires et des régulateurs ; notamment sur le montage des business plans au niveau des FOSA.

6.2.10. Inscription des Baka dans les mutuelles de santé soutenues par le PBF

6.2.10.1. Réalisations

Dans le cadre de sa politique sanitaire, le Cameroun a élaboré une stratégie sectorielle de la santé (SSS) pour la période 2001-2015. Dans cette stratégie, la promotion des mutuelles de santé constitue une des solutions phares pour faciliter l'accès des populations aux soins de santé de qualité. C'est ainsi que divers objectifs ont été définis pour l'horizon 2015 notamment, la création d'au moins une Mutuelle de santé dans chaque district de santé et la couverture d'au moins 40% de la population par des systèmes de partage du risque maladie de type mutualiste.

Des 14 Districts de santé couverts par le PAISS dans la Région de l'Est, sept mutuelles de santé ont été créées sous l'impulsion du PBF dans quatre districts de santé dont trois à forte populations Baka (tableau 3).

Tableau 3 : Mutuelles de santé créées dans les districts de santé sous PBF

Districts de santé	Mutuelles enregistrées
Lomie	Mutuelle communautaire de Lomié (MUCSALO) qui a été créée en 2014, mais n'est réellement fonctionnelle que depuis 2015
Abong Mbang	Mutuelle de santé de Djaposten
	Mutuelle de santé de Mindourou
	Mutuelle de santé de Nkouak
	Mutuelle de santé de Kwoamb
Doume	Mutuelle de santé de Doumé qui ne travaille pas jusqu'ici avec le CSI de

	Doumé
Bertoua	Mutuelle de santé de Bertoua
Total	**7**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PAISS/PBF, ces mutuelles ont signé des contrats avec l'agence d'achat de performance (AAP) dans la région de l'Est. Ces mutuelles de santé présentent de nombreux avantages pour les mutualistes en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Elles ont comme principaux adhérants les indigents et les Baka. L'exploitation des rapports annuels fournis par les mutuelles de santé de la Région de l'Est au cours des années 2013 et 2014, montrent que le nombre d'adhérants est sans cesse croissant. Le tableau suivant présente le nombre de mutualistes selon les catégories : non indigents et indigents.

Les mutuelles de santé sous contrat PBF/AAP ont commencé leurs activités (la plupart) en 2013. Depuis cette période, elles ont enregistrés 15.937 nouveaux adhérents dont 7.037 d'indigents représentant 44,15% de l'ensemble des mutualistes (tableau 4).

La mutuelle de santé est d'autant plus important dans l'accès des mutualistes aux services et soins de santé, y compris ceux des indigents que le nombre de mutualistes dans l'ensemble a triplé entre 2013 et 2014 passant respectivement de 3.763 à 12 174 adhérants ; ce nombre a plutôt quadruplé chez les indigents dans la même période passant de 1.614 en 2013 à 5 423 en 2014 (tableau 4).

Tableau 4: Présentation des nouveaux adhérents aux MS pour la période 2013-2014

N°	Mutuelles de santé	Nouveaux inscrits en 2013			Nouveaux inscrits en 2014		
		Non indigents	Indigents	Total	Non indigents	Indigents	Total
1	Mutuelle communautaire de santé de Bertoua	459	53	**512**	1 551	6	**1 557**
2	Mutuelle de santé de Mindourou	1 088	1 017	**2 105**	2 544	1 330	**3 874**
3	Mutuelle de santé de Djaposten	331	279	**610**	877	954	**1 831**
4	Mutuelle de santé de Nkouak	168	252	**420**	628	864	**1 492**
5	Mutuelle de santé de Kwoamb	103	13	**116**	197	70	**267**
6	Mutuelle de santé de Doumé	-	-	**-**	889	0	**889**
7	Mutuelle communautaire de santé de Lomié	-	-	**-**	65	2 199	**2 264**
TOTAL		**2 149**	**1 614**	**3 763**	**6 751**	**5 423**	**12 174**

Source : Rapport d'activités du PAISS - FPRS, 2015

Sur le plan financier pour la période 2013-2014, les données sur les cotisations des mutualistes et les subsides versées aux mutuelles de santé sont uniquement disponibles pour quatre mutuelles de santé dont trois à forte populations Baka (Lomié, Mindourou, Djaposten). Pour cette période,

la mutuelle de santé de Mindourou a réalisé la meilleure progression en termes de cotisations et a reçu plus de subsides ; ce qui s'explique par le nombre élevé de mutualistes (cf. tableau 5).

Pour ce qui est des consultations des FOSA, les données disponibles pour l'année 2013 montrent que le taux de fréquentation des FOSA est de 27,87%, un résultat significatif, bien qu'en deçà du score régional de 33,96% en 2013.

Tableau 5 : Présentation des cotisations des mutualistes et des subsides versées pour 2013-2014

Mutuelles de santé	Cotisations			Subsides		
	2013	2014	Total	2013	2014	Total
Mutuelle de Bertoua	2 319 000	1 512 000	3 831 000	674 000	3 534 200	4 208 200
Mutuelle de Mindourou	775 900	1 493 750	2 269 650	7 805 000	10 512 500	18 317 500
Mutuelle de Djaposten	Données pas disponibles	Données pas disponibles	/	/	3 462 900	3 462 900
Mutuelle de Lomié	0	36 550	36 550	Pas de données	10 344 500	10 344 500

6.2.10.2. Difficultés rencontrées par les mutuelles

Les entretiens menés lors de la phase de consultations publiques ont permis de recueillir les avis des différentes parties prenantes sur les difficultés rencontrées par les mutuelles de santé et résumées sur les plans organisationnel et opérationnel.

Sur le plan organisationnel, les problèmes rencontrés portent sur :

- l'absence de textes régissant le fonctionnement de la majorité des mutuelles (statuts, règlement intérieur, etc.) ;
- le manque de suivi-évaluation des mutuelles par le Ministère de la Santé Publique ;
- la mauvaise gestion des finances générées à l'intérieur des mutuelles ;
- l'absence d'un plan de communication intégré au niveau de la Région ;
- le retard de virement des cotisations des mutualistes par les instances du projet ce qui ne permet pas de garantir l'accès aux soins pour les indigents/Baka ;
- l'absence ou l'insuffisance du personnel qualifié et compétent en matière de gestion des mutuelles de santé dans ces mutuelles.

Sur le plan opérationnel, les problèmes rencontrés portent sur :

- la limitation des périmètres d'intervention de certaines mutuelles comme celle de Doumé qui ne couvre actuellement que la ville de Doumé délaissant de fait les zones éloignées et reculées. En effet, le district de santé de Doumé couvre trois arrondissements (Doumé, Dimako, Ndoumaitom) ;
- l'incapacité de certains mutualistes à cotiser ou à adhérer aux mutuelles du fait notamment des faibles revenus dont ils disposent ;
- les conflits générés par le partenariat entre les mutuelles et les FOSA ;
- la surfacturation des soins dans certaines FOSA aux mutualistes ;
- le refus de certains agents de santé de servir les mutualistes ;
- la faible adhésion des indigents/Baka à la mutuelle malgré le fait que les frais d'adhésion à certaines mutuelles s'élèvent à 100 F CFA ;

- l'absence de médecins conseil mis à disposition des mutuelles, chargés de faire la contre-expertise des soins prescrits par les FOSA notamment en ce qui concerne les coûts des prestations.

6.2.10.3. Recommandations pour un meilleur fonctionnement et une meilleure implication des mutuelles

Les recommandations formulées ici ont pour but de permettre aux mutuelles de santé de jouer efficacement leur rôle de facilitateur d'accès aux soins de santé. Elles regroupent les actions suivantes :

- aider les mutuelles à améliorer leur organisation, leur structuration et mettre en place des mécanismes de suivi ;
- renforcer les capacités des gestionnaires de ces mutuelles afin de favoriser une meilleure gestion de la mutuelle et favoriser une meilleure prise en compte des mutualistes ;
- renforcer les bureaux exécutifs des différentes mutuelles ;
- favoriser la création des mutuelles de santé dans les districts de santé ou les aires de santé qui ne sont pas encore couverts ;
- accompagner les mutuelles dans l'extension de leur zone d'intervention, notamment avec les FOSA éloignées pour permettre aux indigents/Baka éloignés d'adhérer et bénéficier de soins gratuits ;
- appuyer les mutuelles dans la mise en place d'une stratégie de communication afin de sensibilisation la population et les indigents/Baka en particulier sur l'existence et le bienfondé des mutuelles de santé. Les campagnes de sensibilisation devront, pour plus d'efficacité, être conduites par des acteurs indépendants au système de santé (membres de mutuelles ou de COSA, COSADI, FRPS)
- encourager la DRSPE à jouer son rôle de régulateur dans la gestion des conflits et s'assurer que le système de santé est bien suivi et se déroule dans les normes ;
- faciliter la collaboration avec les ONG locales qui interviennent dans le domaine de la santé des Baka et des indigents notamment FAIRMED.
- appuyer les mutuelles sur le plan logistique et de communication pour faciliter une plus grande couverture des FOSA sur le terrain.
- mettre à disposition de ces dernières des médecins conseil ;
- favoriser la création des mutuelles dans toutes les aires de santé. En effet, l'augmentation du nombre de mutuelles au niveau des districts de santé dans le but de favoriser une couverture de proximité des indigents/Baka qui vivent dans des zones reculées/ enclavées.

6.3. IMPACTS DU PAISS SUR LES POPULATIONS BAKA

À la phase actuelle (fin du projet), bien qu'il soit prématuré de percevoir les impacts du PAISS, les différentes parties prenantes rencontrées ont relevé un nombre important de changements positifs et quelques effets négatifs du projet sur les populations Baka.

6.3.1. Changement positifs

L'intervention du PAISS avec la mise en place du PBF dans les aires de santé à forte population Baka a eu un changement positif sur ces groupes sociaux. Ces changements sont ci-après récapitulés.

6.3.1.1. Perception positive de la médecine moderne par les Baka

Il est connu que les Baka ont prioritairement recours à la médecine traditionnelle lorsqu'ils ont un problème de santé. Ils ne se rendent dans les FOSA que s'ils ne trouvent pas la guérison par voie traditionnelle. Mais avec la mise en place du PBF marquée par la fourniture des soins de santé gratuits aux indigents/Baka, les mentalités et la perception des Baka vis-à-vis de la médecine moderne commencent à évoluer positivement ; ils sont de plus en plus ouverts à la médecine moderne.

Cette ouverture d'esprit se manifeste par :

- le nombre de Baka fréquentant de plus en plus et de manière plus régulière les FOSA ;
- la prise de conscience de conduire les malades dans des délais raisonnables vers les FOSA ;
- les femmes Baka suivent de plus en plus les consultations prénatales, acceptent d'accoucher dans les FOSA et veillent de plus en plus à la vaccination régulière de leurs enfants ;
- la prise des médicaments tel que recommandé ;
- l'adhésion des indigents/Baka à la mutuelle de santé ;
- l'engagement des Baka dans l'amélioration de l'hygiène et la salubrité au sein de leurs campements.
- un début d'utilisation des latrines par les femmes (cas de Salapoumbe).

Ces impacts ont été relevés par les différentes parties prenantes rencontrées, lors des enquêtes communautaires réalisées par les ASLO, et se confirment par le nombre de listes des indigents validés entre 2013 et 2014 dans les FOSA à forte populations Baka (160 listes au total).

Cette perception positive de la médecine moderne par les Baka est motivée par :

- la prise en charge gratuite des patients Baka dans les FOSA ;
- le renforcement de la stratégie avancée avec des visites de sensibilisation par les agents de santé dans les domiciles des Baka ;
- l'implication des Baka dans les structures de dialogue en tant que membres et avec poste de responsabilité notamment dans les COSA et COGE : cas du COSA de Kwoam dont le président est Baka ;
- l'implication active des Baka dans les mutuelles de santé : cas de la mutuelle de santé de Mindourou dont le vice-président est Baka ;
- leur recrutement comme Agents de Santé Communautaires (ASC) ;
- la priorité accordée aux Associations Locales (ASLO) Baka pour la réalisation des enquêtes communautaires ;
- la formation des relais communautaires Baka et leur participation à la sensibilisation des communautés sur le bien-fondé des mutuelles de santé ;
- la formation des accoucheuses traditionnelles Baka qui par ailleurs, jouent un très grand rôle dans la sensibilisation des communautés Baka, notamment les femmes.

6.3.1.2. Amélioration de la santé des Baka

Les problèmes de santé observés chez les Baka sont généralement ceux observés chez l'ensemble des populations de la région de l'Est. Les pathologies les plus récurrentes sont : paludisme, hernie, maladie de pian, gastroentérites, diarrhée, malnutrition, complications lors des accouchements à domicile, infections pulmonaires, maladies diarrhéiques, rhumatismes et dermatoses cutanées.

Avec la gratuité des soins dans les FOSA et le soutien des mutuelles de santé (subsides versées) par le projet, les indigents et les Baka fréquentent de plus en plus les FOSA, avec pour corollaire direct l'amélioration de leur état de santé. Par ailleurs, les responsables de l'AAP affirment qu'il

y a une nette diminution des cas de diarrhées enregistrés dans les campements situés dans les aires de santé PBF avec un taux qui serait passé de 32% de cas à 5% depuis l'intervention du PBF notamment à Salapoumbe. Toutefois, la mortalité n'est pas plus élevée chez les indigents que chez les non-indigents (décès sur fistule obstétricales, décès maternelle ou néonatale, etc.).

6.3.1.3. Amélioration de la considération des Baka par les Bantu

L'un des principes du PBF était l'implication des groupes indigents en général, et des Baka en particulier à tous les niveaux de mise en œuvre du projet. Cette implication a amélioré la considération que les Bantu ont des Baka dans les zones bénéficiaires, et par conséquent réduit l'effet de la stigmatisation que subit ce groupe social. L'implication a été marquée par :

- la prise en charge gratuite des Baka dans les FOSA bénéficiaires ;
- les possibilités de travail offertes aux Baka pendant la mise en œuvre des activités du projet. Par exemple, les enquêtes communautaires étaient essentiellement réalisées par les ASLO y compris les ASLO spécifiquement Baka. Dans le cadre de la stratégie avancée et de la santé communautaire, les Baka ont été recrutés comme relais communautaire et sont intervenus dans les campagnes de sensibilisation, de vaccination, etc.
- les possibilités de formations en matière de soins sanitaires offertes par le projet. C'est ainsi que le projet a formé les accoucheuses traditionnelles Baka.

6.3.1.4. Meilleure visibilité du rôle joué par la femme Baka dans l'accès aux soins essentiels et dans la sélection des services de santé

Le PBF est basé sur le principe de non-discrimination et de promotion de l'approche genre. Les différents acteurs rencontrés sont unanimes sur le rôle clé que joue la femme dans la société Baka et surtout dans la prise de décision en matière d'accès aux soins essentiels et aux services de santé.

Selon les responsables de FAIRMED, ONG qui travaille depuis un demi-siècle auprès des pygmées, la femme Baka jouit d'une liberté de décision en matière d'accès aux formations sanitaires.

Les prestataires de services affirment qu'en matière de santé, les femmes Baka sont toujours au-devant de la scène, qu'il s'agisse de leur mari ou de leurs enfants, parfois sans l'autorisation du mari. Ces femmes sont considérablement engagées quand il s'agit de la santé. L'on retrouve parmi elles, des accoucheuses traditionnelles qui, en plus de ce rôle, sensibilisent d'autres femmes sur divers problèmes liés à la santé (importance de la vaccination, accouchement dans les conditions de sécurité, etc.). Au-delà, les relais communautaires encouragent les hommes à accompagner leurs femmes, surtout celles qui sont enceintes dans les FOSA.

En ce qui concerne le rôle de la femme Baka dans la sélection des services de santé, les avis des acteurs rencontrés montrent que la femme Baka joue un rôle capital dans la sélection des services de santé. En règle générale, la devise de l'homme Baka est « *boire et dormir* » alors que celle de la femme est de « *préparer et veiller sur l'état de santé de la famille en général* ». En effet, chez ces groupes sociaux, ce sont très souvent les femmes qui se rendent dans les FOSA. Elles sont particulièrement vigilantes quand il s'agit de la santé de leurs enfants .Elles fréquentent les services de santé les plus proches.

6.3.2. Changements négatifs

Le principal effet négatif qui pourrait être généré par l'appui du PBF le risque de développement d'une mentalité d'exigence de la gratuité des soins par les Baka, au point que si ces soins ne sont pas gratuits, cela pourrait les conduire à abandonner la médecine moderne une fois l'appui du projet arrivé à terme. Les responsables des FOSA rencontrés ont relevé que les populations Baka se montrent de plus en plus agressives dans des situations de rupture de stocks de médicaments, et donc dans l'impossibilité pour les FOSA concernées d'assurer leur prise en charge gratuite. L'intervention du PBF a par ailleurs renforcé la dépendance de nombreux prestataires de santé vis-à-vis du PBF, délaissant les autres activités du MINSANTE.

6.4. ACTIONS POUR UNE MEILLEURE MISE EN ŒUVRE DU SOUS-PROGRAMME INDIGENTS/BAKA DANS LA PHASE DE PROLONGATION DU PROJET

Les différents groupes d'acteurs rencontrés ont formulé des recommandations visant une meilleure mise en œuvre du sous-programme dans la phase de prolongation du projet.

Sur le plan de la gouvernance :

- ✓ Faire un bilan des entrées/sorties/bénéfices des prestations liées aux soins de santé dans les FOSA pour une meilleure lisibilité de gestion des fonds liés à la mise en œuvre du PBF dans les FOSA. En effet, ce que le projet paie ne couvre pas entièrement le coût réel de la prise en charge engagée en faveur des indigents/Baka dans les FOSA ; ce qui entraîne une réticence des services de santé à prendre en charge les indigents ;
- ✓ limiter les retards de versement des subsides aux FOSA afin de faciliter la prise en charge continuelle des indigents/Baka ;
- ✓ augmenter les coûts des indicateurs : les coûts actuellement pratiqués sont trop bas. Certains facteurs doivent être pris en compte dans l'évaluation des coûts des soins fournis aux indigents/Baka (coût de l'énergie consommée, coût de transport, risques liés aux visites dans les campements en forêt, etc.) ;
- ✓ spécifier clairement dans le cadre du projet la destination des subsides versés aux FOSA en contrepartie des soins administrés aux indigents. En effet, les responsable de certains FOSA ont relevé la difficulté à utiliser ces fonds pour les besoins de fonctionnement de leurs FOSA, car au niveau du district de santé, il leur est souvent demandé d'utiliser ce fonds pour financer des activités sanitaires, ne relevant toujours pas du PBF (campagne de vaccination, distribution des moustiquaires, etc.) ;
- ✓ définir clairement la notion d'indigent en fixant des critères d'identification bien précis.

Sur le plan communicationnel :

- ✓ renforcer la communication autour du PBF à travers notamment la multiplication du nombre de relais communautaires, des associations locales, etc. ;
- ✓ renforcer la sensibilisation des indigents/Baka sur le PBF à travers leurs représentants membres des COSA / COGE ;
- ✓ Sensibiliser les indigents/Baka sur le bien-fondé et la nécessité de s'inscrire dans les mutuelles de santé ; ce qui facilitera davantage leur prise en charge dans les FOSA ;
- ✓ développer des mécanismes de motivation pour encourager le personnel de santé, y compris les agents communautaires, (Ex : prime pour chaque Baka pris en charge à domicile) à se rendre dans les domiciles des indigents et les campements Baka pour l'administration des soins et la sensibilisation.

Sur le plan logistique :

- ✓ renforcer les capacités techniques (y compris les moyens logistiques pour le déplacement) et humaines (y compris en termes d'effectif supplémentaire) des FOSA. Des moyens logistiques conséquents notamment des ambulances mobiles, des

motos/tricycles mobilisés pour faire face au problème d'enclavement des zones PBF à l'Est ;

- ✓ mettre l'accent sur la disponibilité effective des médicaments de façon semestrielle dans les FOSA pour limiter la rupture de stocks tel que relevé dans de nombreux FOSA ;
- ✓ aider les FOSA à acquérir des valises de médicaments d'urgence uniquement réservés aux indigents/Baka en plus des autres médicaments gratuits qui existent déjà pour traiter d'autres maladies.

Sur le plan de la participation pour une meilleure implication à la base :

- ✓ expliquer clairement le bien fondé et les enjeux du projet aux exécutifs communaux afin de susciter leur adhésion et leur implication active dans la mise en œuvre du PBF ;
- ✓ prendre en compte l'avis des indigents/Baka dans la définition des critères de choix des indigents/Baka ;
- ✓ développer des mécanismes visant à faciliter l'adhésion de tous les indigents et en particulier les Baka aux mutuelles de santé ;
- ✓ développer une stratégie pour susciter l'adhésion des FOSA confessionnelles d'obédience catholique au projet, et ceci va passer par des concertations avec les différents Évêques de l'Est ;
- ✓ former plus de relais communautaires qui vont se charger de convaincre les populations autochtones sur le bien-fondé du projet, et plus précisément sur la gratuité de la prestation des soins ;
- ✓ donner un rôle à jouer dans le cadre de la stratégie avancée aux femmes Baka qui sont au centre des décisions en ce qui concerne l'accès aux soins de santé de la famille.

Sur le plan stratégique :

- ✓ intégrer et subventionner de nouveaux indicateurs comme les examens paracliniques (laboratoire, radiologie, etc.) dans les indicateurs PBF ;
- ✓ augmenter le coût de certains indicateurs et le budget lié aux indigents car le PBF paie uniquement les médicaments ou les consultations, et à un prix inférieur à ce que devrait coûter une consultation normale. Ceci est à l'origine des pertes financières au niveau des FOSA ; les poussant même à ne plus recevoir ces indigents ;
- ✓ augmenter les coûts des prestations à domicile.
- ✓ affiner les indicateurs sur la stratégie avancée ;
- ✓ octroyer les primes d'équité aussi bien dans les centres privés que publics en cas de maintien de la gratuité des services dans les deux catégories.

7. SYNTHÈSE DES CONSULTATIONS PUBLIQUES MENÉES

Les consultations publiques ont été menées dans la région de l'Est et à Yaoundé du 06 au 14 janvier 2016. Quatorze réunions de consultations ont été organisées avec une trentaine de personnes rencontrées. Les comptes rendus sont présentés en annexe 4 (cf. liste des personnes rencontrées ci-jointe).

8.1. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE UTILISÉE POUR RÉALISER LES CONSULTATIONS PUBLIQUES

La consultante et son équipe d'appui constituée de quatre experts juniors, ont rencontré tour à tour les parties prenantes aux niveaux national, régional et local. Chaque groupe de parties prenantes était rencontré dans leurs lieux de travail respectifs en ce qui concerne les responsables administratifs, et au niveau des villages pour les pygmées et les membres des comités de santé (COSA).

Les échanges se sont déroulés à bâton rompu sur la base d'un guide d'entretien (**annexe 4**) élaboré à cet effet et servant de protocole d'échanges. Chaque réunion débutait par la présentation des parties en présence (équipe de la consultante et partie prenante concernée), suivi de la présentation de l'objet de la mission par la consultante, puis des séances de questions –réponses conformément aux préoccupations des termes de référence de la mission.

Ces réunions étaient animées par la consultante et des photos étaient prises par les membres de son équipe pour immortaliser la séance. Un compte rendu était élaboré à la fin de chaque réunion par l'ensemble de l'équipe de la mission, puis renvoyé aux parties prenant disposant d'une adresse électronique pour validation.

8.1.1. Au niveau national

Les parties prenantes rencontrées à ce niveau à Yaoundé, étaient constituées des responsables de la coordination nationale du projet notamment le Coordonnateur National et le Responsable Suivi-Évaluation. La rencontre avec ce groupe a permis :

- de faire la mise au point sur l'enjeu de la mission d'audit social ;
- de finaliser l'organisation de la mission terrain (programme des investigations, liste des parties prenantes à rencontrer). Sur ce point, la consultante a requis l'appui de quatre experts junior devant l'assister dans la réalisation des enquêtes sur le terrain ;
- de présenter les outils de collecte des données (guides d'entretien, équipements) ;
- de recueillir l'avis des responsables nationaux du projet sur sa mise en œuvre et sur les différentes préoccupations soulevées dans les termes de référence de la mission.

8.1.2. Au niveau régional

La consultante et son équipe se sont entretenus à Bertoua avec les responsables régionaux du secteur de la santé, impliqués ou concernés par le PAISS/PBF et donc par la mission d'audit. Les séances de travail se sont tenues tour à tour, au niveau de la Délégation régionale de la santé publique de l'Est (DRSP), du Fonds régional pour la promotion de la santé de l'Est (FRPS) et de l'Agence d'achat de performance (AAP).

Outre la présentation de l'équipe et des objectifs visés par la mission, les différentes rencontres ont permis de recueillir les avis des responsables susmentionnés sur les préoccupations relevées dans les termes de référence et récapitulées dans un guide d'entretien.

8.1.3. Au niveau local

L'équipe de la mission a recueilli les avis des chefs de districts, des chefs de centres de santé, des représentants des Baka et des autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PAISS/PBF dans les localités d'Abong Mbang, Nkol Mvolan, Mindourou, Lomié, Messamena, Koua, Doumé, Mbala, Mbang, Djouth et Kagnol.

Les formations sanitaires des localités susmentionnées ont été visitées au cours de la mission et la liste des indigents disponibles y ont été collectées et présentées à la fin du compte rendu de chaque rencontre (**annexe 2**).

Les informations collectées et les données recueillies lors de tous les échanges sont résumées par thématique dans le présent rapport.

Planche photos 1 : Principaux temps forts des entretiens avec les différentes parties prenantes

Photo 1 : Entretien avec le Point focal PBF à la DRSPE

Photo 2 : Entretien avec le manager du FRPS Bertoua

Photo 3 : Entretien avec les responsables de l'AAP Bertoua

Photo 4 : Entretien avec les chefs de districts de santé de Mbang, Doumé et Messamena

Photo 5 : Entretien avec le personnel du centre de santé intégré de Kagnol

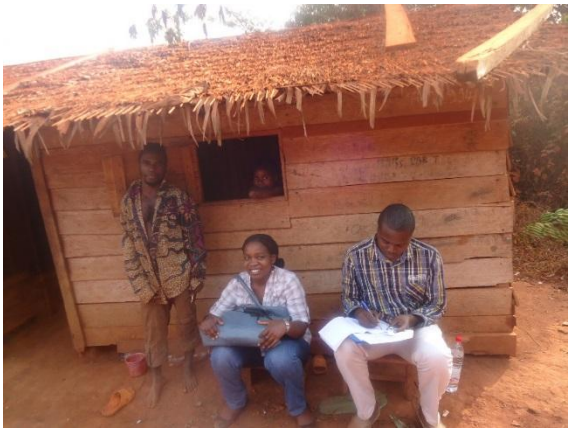


Photo 6 : Entretien avec un Baka à Kagnol

Photo 7 : Entretien avec le chef du centre de santé de Mbala

Photo 8 : Entretien avec le chef du centre de santé de Lomié

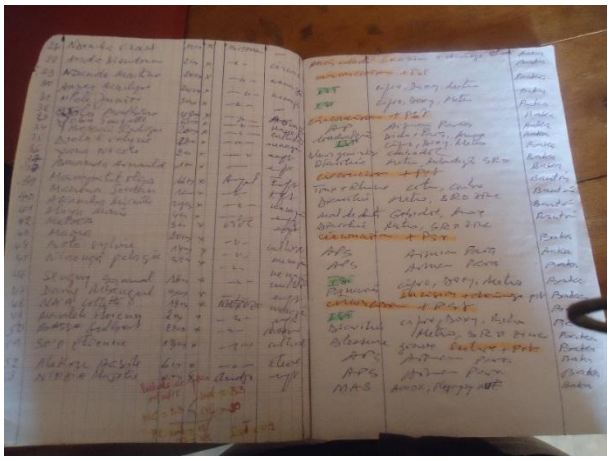


Photo 9 : Registre des consultations du centre de santé de Mintoum

Photo 10 : Entretien avec le personnel du centre de santé de Mindourou

Photo 11 : Entretien avec le chef du centre de santé de Koua

Photo 12 : Patient Baka en consultation au centre de santé de Koua

Photo 13 : Entretien avec la mutuelle de santé de Lomié

Photo 14: Centre de santé de Koua

8.2. SYNTHÈSE DES INFORMATIONS ET DONNÉES RECUEILLIES

8.2.1. Enjeux et organisation de la mission

Le Coordonnateur du PAISS a situé le contexte du projet ainsi que ses enjeux. Il a rappelé une fois de plus à l'équipe, l'importance de la mission et du projet mais également, la nécessité de produire un travail de qualité. L'importance de la mission étant déterminante pour l'avancement du processus de formulation de la deuxième phase de financement du projet.

Dans cette optique, Monsieur le Coordonnateur, tout comme le Responsable Suivi-Évaluation, ont insisté sur la qualité des informations à recueillir lors des investigations sur le terrain. À cet effet, ils ont recommandé à l'équipe de mettre un accent sur la collecte des informations fiables et sur la consultation de toutes les parties prenantes du projet.

Par ailleurs, il a été recommandé que chaque équipe d'enquêteurs collecte toutes les pièces justificatives liées à la mise en œuvre du projet et au déroulement de la mission notamment : la liste des indigents retenus, les rapports d'activités, les registres des consultations au niveau des formations sanitaires enquêtées, les photos des séances d'échanges avec les différentes parties prenantes, la liste des personnes rencontrées.

Après avoir présenté l'approche qui sera utilisée lors des consultations publiques, ainsi que le programme de descente sur le terrain, la consultante a tenu à attirer l'attention des responsables nationaux du projet sur l'appui que devront apporter les responsables régionaux du projet dans la réussite des investigations.

En effet, il devrait revenir au Délégué Régional de la Santé Publique pour l'Est d'informer les autres parties prenantes locales sur la mission d'audit. Par ailleurs, les parties prenantes devraient faire montre de leur disponibilité à fournir toutes les informations nécessaires requises par l'équipe d'enquêtes. Sur la base de la liste des parties prenantes à rencontrer, la Coordination du projet a envoyé la lettre d'information accompagnée du programme des investigations au Délégué Régional de la Santé Publique de la région de l'Est, pour information de toutes les autres parties prenantes sur le terrain.

8.2.2. Conception et mise en œuvre du sous-programme dédié aux populations autochtones Baka

Sur ce volet, les informations recueillies auprès des parties prenantes ont globalement porté sur la description détaillée de la notion du PBF reprise dans les analyses, la prise en compte des populations Baka lors de la conception du projet, laquelle a été orientée par leur mode de vie basé sur la forêt, le nomadisme et l'habitat précaire, l'approche adoptée sur la mise en œuvre du sous-programme dédié aux Baka ; il s'agit de l'approche approche consistait en la sensibilisation des Baka, l'approche était basée sur la prise en charge économique des soins administrés aux indigents et aux populations autochtones Baka, l'approche était basée sur la prise en charge géographique, privilégiant autant possible les aires de santé ou les FOSA abritant les Baka.

8.2.3. Difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du sous-programme et mesures prises

Les difficultés rencontrées tel que relevées par les différents acteurs impliqués dans la première phase de mise en œuvre du PAISS/PBF sont de plusieurs ordres et ci-après résumées :

- Difficulté d'identification des critères et de définition de la notion d'indigent
- Faible adhésion des Baka au PBF et faible fréquentation des FOSA due au : fort attachement des Baka à la médecine traditionnelle, moyens financiers limités et la stigmatisation des Baka par le personnel de santé ; éloignement de certaines FOSA par rapport aux zones d'habitation des Baka ; enclavement des aires de santé dans la région de l'Est en général et des pistes d'accès aux campements Baka en particulier
- Retard des virements des subsides par le payeur
- Augmentation continue du nombre d'indigents
- Appropriation difficile de la notion de gratuité
- Intégration encore insuffisante de l'idéologie du projet par le personnel de santé
- Insuffisance des ressources

Face à ces difficultés, différentes mesures ont été mises en œuvre par les FOSA et ci-après résumées : (i) Recrutement et formation de relais communautaires ; -ii) Mise en place de stratégies avancées ; (iii) Organisation de réunions de sensibilisation.

8.2.4. Actions à mettre en œuvre en faveur des pygmées Baka et indigents dans la nouvelle phase du projet

Les différents groupes d'acteurs rencontrés ont formulé des propositions qui pourraient permettre une meilleure mise en œuvre du sous-programme dans la deuxième phase du projet.

- ✓ faire un bilan des entrées/sorties/bénéfices des prestations liées aux soins de santé dans les FOSA pour une meilleure lisibilité de gestion des fonds liés à la mise en œuvre du PBF dans les FOSA.
- ✓ renforcer la communication autour du PBF à travers notamment la multiplication du nombre de relais communautaires, des associations locales, etc. ;
- ✓ mobiliser des moyens logistiques conséquents notamment des ambulances mobiles, des motos/tricycles pour faire face au problème d'enclavement des zones PBF à l'Est.
- ✓ Pour une meilleure implication au niveau local, le bien fondé et les enjeux du projet doivent être clairement expliqués aux exécutifs communaux afin de susciter leur adhésion et leur implication active dans la mise en œuvre du PBF ;
- ✓ Développer une stratégie pour susciter l'adhésion des FOSA confessionnelles d'obédience catholique au projet, et ceci va passer par des concertations avec les différents Évêques des 5 Provinces ecclésiastiques. En effet, ceux-ci sont jusqu'à lors opposés à la mise en œuvre du PBF dans leurs FOSA ;
- ✓ Développer des mécanismes de motivation pour encourager le personnel de santé (y compris les agents communautaires) à se rendre dans les domiciles des indigents/Baka ;
- ✓ Assurer le renforcement des capacités techniques (y compris les moyens logistiques pour le déplacement) et humaines (y compris en termes d'effectif supplémentaire) des FOSA.
- ✓ limiter les retards de versement des subsides aux FOSA afin de faciliter la prise en charge continuelle des indigents/Baka ;
- ✓ prendre en compte l'avis des indigents/Baka dans la définition des critères de choix des indigents/Baka ;
- ✓ augmenter les coûts des indicateurs : les coûts actuellement pratiqués sont trop bas. Certains facteurs doivent être pris en compte dans l'évaluation des coûts des soins fournis aux indigents/Baka (coût de l'énergie consommée, coût de transport, risques liés aux visites dans les campements en forêt, etc.) ;
- ✓ renforcer la sensibilisation des indigents/Baka sur le PBF à travers leurs représentants membres des COSA / COGE ;

- ✓ Instaurer des mécanismes de motivation (Ex : prime pour chaque Baka pris en charge) pour amener le personnel de santé (y compris les agents communautaires) à se rendre dans les domiciles des indigents/Baka ;
- ✓ Renforcer les capacités techniques (y compris les moyens logistiques pour le déplacement) et humaines (y compris en termes d'effectif supplémentaire) des FOSA ;
- ✓ Assurer la disponibilité à temps des médicaments (prévue semestriellement).

8.2.5. Communication

Les différents acteurs rencontrés et impliqués dans la mise en œuvre du PBF dans la première phase du PAISS, ont proposé les canaux et moyens de communication qui leur semblent meilleurs et adéquats à utiliser pour une meilleure sensibilisation et information des indigents et pygmées Baka sur le PBF.

8.2.6. Caractérisation des indigents

D'après les responsables nationaux (UGP-PAISS), régionaux (Délégation régionale de la santé) et départementaux (Hôpitaux de district), les indigents regroupent les Baka, les Bororos, les Réfugiés centrafricains et les Bantu démunis.

Dans les conditions actuelles et dans toute la région de l'Est, tous les critères permettant de définir les indigents bien que connus, ne sont pas appliqués ; du fait du manque d'assistants sociaux qui joueraient ce rôle. Autrement dit, c'est le clinicien qui fait le jugement dans certains cas. La liste des indigents est dressée globalement suivant une approche sociologique quantitative et interactive.

8.2.7. Caractérisation des mutuelles de santé

À l'issu des entretiens avec les diverses parties prenantes rencontrées (DRSPE, DS, FRPS, AAP), il ressort que sept mutuelles de santé ont été créées sous l'impulsion du PBF dans la région de l'Est et sont les suivantes : Mutuelles communautaires de santé de Lomié (MUCSALO), Djaposten, Mindourou, Nkouak, Kwoamb, Doumé et Bertoua.

Ces mutuelles de santé présentent de nombreux avantages pour les mutualistes en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Elles ont comme principaux adhérants les indigents et les Baka.

Les mutuelles de santé recensées dans la Région de l'Est font face à de nombreuses difficultés qui entravent leur fonctionnement et leur efficacité en matière de prise en charge des soins dont bénéficient les mutualistes. Elles ont formulé des recommandations en vue d'un meilleur fonctionnement et d'une meilleure implication des mutuelles

8.2.8. Impacts du projet en matière d'accès aux soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables et les Baka

Les impacts du projet ne sont pas encore suffisamment ressentis compte tenu de la période des investigations liées à la présente mission (par rapport à la fin du projet) et du fait de la réticence des Baka dans certaines localités (Mbang et Messamena). Toutefois, les parties prenantes ont relevé plus d'effets positifs que négatifs du projet dans cette première phase de mise en œuvre.

8.2.9. Implication de la communauté Baka dans le cadre de la mise en œuvre du PBF

Dans le cadre de la mise en œuvre du PBF, l'implication des Baka s'est manifestée tel que décrit ci-après par les différentes parties prenantes rencontrées. Les Baka sont membres des structures de dialogue (COSA, COSADI, FRPS), et le personnel de santé effectue des visites de sensibilisation des agents de santé dans les domiciles des Baka et les FOSA prennent en charge gratuite des patients Baka. Les Agents de Santé Communautaires (ASC) regroupent aussi bien les Baka que les autres groupes indigents ;

Les relations Baka – Bantu sont restées au beau fixe car, autant les Baka que les Bantu ont bénéficié de la prise en charge octroyée par le projet et des possibilités de travail offertes, en termes de recrutement des locaux dans la mise en œuvre des activités du projet. Toutefois, il a été observé quelques frustrations chez les Bantu qui reprochent par exemple le fait que FAIRMED ne s'occupe que des Baka.

Les enquêtes communautaires visent à apprécier la satisfaction des services de santé offerts par les FOSA bénéficiaires du PBF. Ces enquêtes sont menées par les OCB, sous la supervision de l'AAP.

8.2.10. Prise en compte de l'aspect genre dans le projet

Les différents acteurs rencontrés dans le cadre de l'audit social ont donné leurs avis sur l'implication de la femme Baka dans la prise de décision en matière d'accès aux soins essentiels. Selon eux, la femme est totalement impliquée dans la prise de décisions en ce qui concerne l'accès aux soins. Le projet a lors de sa formulation, prévu la prise en compte de la femme dans la mise en œuvre du PBF. D'une part, l'un des objectifs spécifiques du PAISS est d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et, la grande majorité des indicateurs couvrent ce critère. D'autre part, le PBF est basé sur le principe de non-discrimination et de promotion de l'approche genre.

Chez les Baka, ce sont très souvent les femmes qui se rendent dans les FOSA. Elles sont particulièrement vigilantes quand il s'agit de la santé de leurs enfants .Elles fréquentent les services de santé les plus proches. Pour les prestataires de services dans le cadre du PBF, la femme Baka joue un rôle capital dans la sélection des services de santé. En règle générale, la devise de l'homme Baka est « *boire et dormir* » alors que celle de la femme est de « *préparer et veiller sur l'état de santé de la famille en général* ».

8.2.11. Déterminants de la santé

Les acteurs rencontrés ont identifié les principaux facteurs qui interviennent dans l'offre et le demande de santé chez les Baka. Ils distinguent deux groupes de facteurs : les facteurs qui éloignent les Baka des centres de santé et ceux qui les y rapprochent.

8.2.12. Rôle des acteurs clés dans le secteur de la santé dans la région de l'Est

Les acteurs ont présenté les différents les partenaires externes au PBF dans la région de l'Est, intervenant sur le terrain pour faciliter l'accès des pygmées Baka aux services de santé : PNDP, Plan Cameroon, FAIRMED, Programme MTN (maladie tropicale négligées), points focaux des communautés des aires de santé, relais communautaires, service d'action sociale en faveur des peuples Baka, communes, Organisations Communautaires de Base (OCB), Médecins Sans Frontière (MSF), Confessions religieuses, notamment l'Église catholique, mutuelles de santé

Selon les responsables des services régionaux, le rôle principal de leurs services est de veiller au respect des normes des interventions dans le secteur de la santé en général, et des normes du PAISS/PBF en particulier sur le terrain. Ces services assument la fonction de superviseur et de

régulateur ; ce qui leur confère un pouvoir de sanction en cas de violation des normes par tous les autres acteurs intervenant sur le terrain (vérificateurs, prestataires).

BIBLIOGRAPHIE

AIIC., Les déterminants sociaux de la santé et les soins infirmiers : Résumé des enjeux. Oct. 2005. DI 008.

Aili Pyhälä, Quel devenir pour les Baka ? Droits et moyens de subsistance des peuples autochtones dans le sud-est du cameroun. Rapport IWGIA 13, 2012.

Barume AK., Étude sur le cadre légal pour la protection des droits des peuples indigènes et tribaux au Cameroun. Genève : Organisation internationale du travail.

Belmond Tchoumba et John Nelson, Protéger et encourager l'usage coutumier des ressources biologiques par les Baka à l'ouest de la Réserve de biosphère du Dja Contribution à la mise en œuvre de l'article 10 (c) de la Convention sur la diversité biologique, 2006.

Benoît Ndameu, Zones protégées et populations autochtones : Antinomie des logiques de conservation et de survie chez les Baka de la région de Moloundou (sud-est du Cameroun), 2001.

Centre pour l'environnement et le développement, Les droits des peuples autochtones au Cameroun. Rapport supplémentaire soumis suite au deuxième rapport périodique du Cameroun, 2010.

DAOU Véronique Joiris, Entre le village et la forêt, place de la femme bakola et baka dans des sociétés en voie de sédentarisation, 1986**.**

Jean Albert GWET, Plan des peuples autochtones (PPA) du projet d'investissement et de développement des marchés agricoles au Cameroun (PIDMA) Rapport définitif, 2014.

JMN Consultant, Étude complémentaire sur la situation des populations semi-nomades dans et autour des UFA exploitées par la Pallisco-CIFM. Rapport provisoire, avril 2007.

JMN Consultant, Étude d'impact sur l'environnement des UFA 10 030, 10 039, 10 041, 10 042 & 10 044 Pallisco-CIFM. Social. Tome 2. Rapport final, 2006.

JMN Consultant, Étude d'Impact Sur l'Environnemental des UFA 10 030, 10 039, 10 041, 10 042 & 10 044 Pallisco-CIFM. Environnement et Biodiversité. Tome 1. Rapport final, 2006.

KOLOKOSSO O. Marielle, Peuples autochtones et droit au développement au Cameroun : Cas des pygmées Baka de l'est Cameroun, 2010.

Marmot, M., Social determinants of health inequalities. Lancet, 365: 1099-104.

MICHEL NDOEDJE, Sédentariser les Baka ? Oui mais en consolidant leurs cultures traditionnelles au Modernisme, 2012.

Patrice BIGOMBE LOGO, Étude sur le cadre juridique de protection des droits des peuples autochtones au Cameroun, 2008

Reading LC, Wien F., Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux des peuples autochtones. CCNSA. 2009.

Samuel Nguiffo et Nadine Mballa, Les dispositions constitutionnelles, legislatives et administratives relatives aux populations autochtones au cameroun

Séverin Cécile ABEGA, BIGOMBE LOGO P., Éléments de synthèse générale des résultats de l'étude sur l'autopromotion des populations « pygmées » d'Afrique centrale, 2005

UNESCO, Protection des ressources culturelles des pygmées du Gabon et leur intégration dans le processus de développement, 2003.

UNICEF WCARO, Analyse de situation sous régionale sur la problématique des « peuples autochtones » en Afrique Centrale, 2009.

Whitehead, M., Dahlgren G., What can we do about inequalities in health? The lancet, 1991, n°338: p. 1059–1063.

Wilkinson, R et Marmot, M. (1998). Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Patrice BIGOMBE LOGO, Etude Sur Le Cadre Juridique De Protection Des Droits Des Peuples Autochtones Au Cameroun (Rapport provisoir), 66 P. ;

Séverin Cécile ABEGA et Patrice BIGOMBE LOGO, (2005), Eléments de synthèse générale des résultats de l'étude sur l'autopromotion des populations « Pygmées » d'Afrique Centrale, 29 p.

Samuel Nguiffo et Nadine Mballa, Les Dispositions Constitutionnelles, Legislatives Et Administratives Relatives Aux Populations Autochtones Au Cameroun, 27 p.

Samuel Nguiffo et Nadine Mballa, Les Dispositions Constitutionnelles, Legislatives Et Administratives Relatives Aux Populations Autochtones Au Cameroun, 47 p.

Dr Peter TATAH , Compte rendu de la mission de collecte des données dans les arrondissements d'akom II et de bipindi : Etudes socio-économique, anthropologique et environnementale pour l'exploitation des UFAS 09-029 et 00-003 par la compagnie forestière de kribi (cfk°) ; 25 p.

Synthèse des consultations publiques dans les villages bantous et campements pygmées (du 10/12 au 20/12/2015) ;

Dr José LABARERE, (2011), Déterminants de santé, Université Joseph FOURIER de Grenoble, 42 p.
Cours - Module de santé publique : Les déterminants de santé d'une population

F. Da Silva -E. Rusch, Santé et déterminants de la santé, le temps des indicateurs,
Aide-mémoire, Mission d'appui à la mise en œuvre du financement additionnel du projet PAISS, 08 juin au 17 juillet 2015

Note conceptuelle du projet relatif à une proposition de crédit d'un montant de 100 millions de dollars des Etats-Unis à la république du Cameroun pour un projet de performance du système de santé (p156679)

Project appraisal document on a proposed credit in the amount of sdr 15.3 million (us$25 million equivalent) to the republic of cameroon for a health sector support investment project may 29, 2008.

Ministère de la Santé Publique (2009), Stratégie Sectorielle de Santé, 2001-2015, 109 p.
Benoît Ndameu, (2001), Zones protégées et populations autochtones : Antinomie des logiques de conservation et de survie chez les Baka de la région de Moloundou (sud-est du Cameroun), 242 p.

Documents du projet :

- PAISS (2015), comité de pilotage, session de juillet 2015
- PAISS, (2015) Rapport sixième session du comité de pilotage du PAISS
- PAISS, (Novembre 2015) Présentation Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS)
- PAISS, May 2014. project paper on a proposed additional credit
- Rapport du premier trimestre 2014 de l'agence d'achat des performances de Bertoua
- Rapport du deuxième trimestre 2014 de l'agence d'achat des performances de Bertoua
- Rapport annuel d'activités 2014, Unité de Gestion du Projet
- Rapport du troisième trimestre 2014 de l'agence d'achat des performances de Bertoua,
- Rapport du quatrième trimestre 2014 de l'agence d'achat des performances de Bertoua
- PAISS, (2013), Comité de Pilotage session du 30 avril 2013
- PAISS (2013) Résume du rapport annuel d'activités 2013,
- PAISS (2013), Comité de Pilotage session du 30 avril 2013
- Rapport du premier trimestre 2013 de l'agence d'achat des performances de Bertoua ;
- Rapport du quatrième trimestre 2013 de l'agence d'achat des performances de Bertoua
- Rapport trimestrielle de l'agence d'achat des performances de Bertoua, 4ème trimestre, février 2012,
- Contrats signés au cours du 3ème et 4ème trimestre 2012, AAP Bertoua, 2013
- Rapport trimestriel des activités de l'AAP de Bertoua, 2012

ANNEXES

ANNEXE 1 : TERMES DE RÉFÉRENCE POUR L'AUDIT SOCIAL EN FAVEUR DES INDIGENTS ET DES POPULATIONS AUTOCHTONES

Contexte et Justification

Entre 2001 et 2010, Le Cameroun a considérablement augmenté sa dépense de santé par habitant. En effet, les statistiques disponibles indiquent que ces dépenses sont passées de 26 USD en 2001 à 61 USD en 2010. Cependant, la plupart des indicateurs de ce secteur vital ont stagné ou se sont améliorés très lentement. Ce constat est plus frappant dans les zones défavorisées et pour les populations pauvres.

Au regard de la faible performance du système nationale de santé et des disparités régionales, le Gouvernement de la République du Cameroun et la Banque Mondiale ont signé l'Accord de Crédit IDA n°4478-CM pour un montant initial de 25 millions de dollars US, à l'effet de mettre en œuvre, pendant une période initiale de cinq (5) ans, le Projet pilote d'Appui aux Investissements en Faveur du Secteur de la Santé (PAISS). L'Accord de Crédit a été approuvé par le Conseil d'Administration de la Banque Mondiale en juin 2008 tandis que cet accord est entré en vigueur en mars 2009. Le PAISS bénéficiera plus tard des ressources additionnelles en 2014 à hauteur de 40 millions de USD, à la suite de la prolongation de ce projet doté de deux (02) composantes : (i) prestation de services dans les districts de santé pour 60 millions USD ; et (ii) appui institutionnel, 5 millions USD.

Dans sa conception initiale, le PAISS comportait deux (02) sous programmes : **le Plan de traitement des Déchets Hospitaliers et le Plan d'Action pour la Structure des populations indigènes**. Cependant, du fait de certaines difficultés structurelles qui ont entravé le démarrage du PAISS sur le terrain, les services d'un consultant international ont été mobilisés par le Ministère de la santé et la Banque Mondiale pour procéder à la restructuration de ce projet.

Comme axe majeur des propositions de ce consultant, il a été convenu d'intégrer, par souci de cohérence et de simplification du montage technique, les districts à forte populations autochtones dans le projet, fort de l'expérience développée par le Diocèse de Batouri avec l'appui technique et financier de l'ONG internationale CORDAID dans les 14 districts de cette région. Ainsi les districts de santé à forte population autochtone de LOMIE, ABONG-MBANG, MESSAMENA, MOLOUNDOU, YOKADOUMA, MBANG, NDELELE et DOUME ont été intégrés au PAISS.

Cela se justifie par le fait que dans le cadre de l'Approche du Financement Basé sur la Performance développée par le PAISS, **les peuples autochtones sont inclus dans le groupe des personnes qui bénéficient d'un traitement particulier.** Cette insertion permet ainsi d'accorder une attention particulière aux populations vulnérables et marginalisées lorsque l'on sait que les pygmées BAKA constituent la grande majorité des indigents (environ ¾ des indigents) dans la région de l'EST.

Par cette classification des BAKA dans le groupe des indigents permet aussi de réduire la stigmatisation des peuples autochtones et de prendre en compte les principes du PBF, notamment l'équité et l'exclusion

Depuis 2003, le Gouvernement de la République du Cameroun a mené au moins trois études sur les Baka. Ces études ont débouché sur deux plans d'action concernant les autochtones (PPAV). Les données issues de ces études indiquent qu'il y a deux principaux groupes autochtones à savoir les Baka et les Bagyeli/Bakola au Cameroun avec un effectif approximatif de 5 000 habitants.

Le projet pipeline Tchad-Cameroun a permis de produire à travers *la Fondation pour l'Environnement et le Développement au Cameroun (FEDEC)*, un plan d'action spécifique pour les pygmées résidant le long du pipeline (2003-2004). Il s'agit des peuples occupant la zone rurale et forestière des régions du Sud et de l'Est Cameroun où l'accès aux soins de santé est faible surtout que les Baka font recours de préférence à la médecine traditionnelle.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action concernant les peuples autochtones du pipeline Tchad-Cameroun a montré à l'époque plusieurs faiblesses parmi lesquelles : l'insuffisance du

financement, la faible coordination, les difficultés d'adapter les activités à la non stabilité des pygmées, la frustration des bantous qui ont vu la chute de leur domination sur les Baka

Certes, la prise en compte des populations autochtones dans la mise en œuvre du PAISS a montré des progrès significatifs dans l'amélioration de certains indicateurs tels que la nouvelle consultation des indigents ou pauvres, l'inscription dans les mutuelles, les journées d'hospitalisation mais le sous-programme dédié aux populations autochtones ne s'est pas exécuté comme conçu au départ.

Cet audit social est d'autant plus important qu'il doit permettre d'apporter des éléments de réponse aux questions pertinentes visant la prise en compte des populations autochtones dans l'accès aux services de santé de qualité, sur la base des principes du PBF.

Objectifs

Sur la base des informations disponibles (EDS-MIX, PAISS, Évaluation d'impact, etc.), le consultant apportera des éléments de réponse pertinents aux préoccupations ci-après :

- Quels changements le PBF a induit en matière d'accès aux soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables à l'échelon national ?
- Quels sont les principaux problèmes ou conditions de santé qui ont été notées pour les Baka pendant la première phase du projet ?
- Qu'en est-il pour les populations autochtones et plus précisément les Baka ?
- Y at-il eu un changement dans l'accès ou l'utilisation de la médecine traditionnelle à la suite de l'augmentation de l'utilisation des centres/services de santé ?
- Quelle est l'implication de la communauté dans le cadre de la mise en œuvre du PBF ? Avec la relation avec les bantus ?
- Comment la voix de la communauté est-elle prise en compte ? Existe-t-il des enquêtes communautaires sur la qualité des soins et sur l'appréciation des services de santé délivrés par les formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles et le choix de services offerts
- Comment l'approche genre (autonomie de la femme à accéder aux soins essentiels et son rôle dans la sélection des services) est-elle prise en compte ?

En définitive, cet audit social vise à faire l'état des lieux des populations autochtones (pygmées) dans la région de l'Est et du Sud Cameroun pour assurer leur meilleur ancrage dans le cadre de l'exécution du PAISS.

Le deuxième objectif porte sur l'évaluation du plan initial de structuration des populations autochtones minoritaires (pygmées) contenu dans le PAISS et de fournir des éléments à prendre en compte dans la nouvelle opération en cours de préparation avec la Banque Mondiale dans le cadre d'un Plan de Travail en faveur des Populations Autochtones minoritaires (pygmées), ainsi que le projet de budget y afférent.

Résultats attendus

Les travaux du consultants devront aboutir à la production d'un rapport qui mettra l'accent sur :

- Le dénombrement des populations Baka de la région de l'Est et du Sud ;
- Les déterminants de la santé des peuples Baka en matière d'offre et de demande de santé ;
- L'identification des ONG/partenaires présents sur le terrain et leur contribution dans l'accès des Baka aux services de santé et, si applicable, le rôle des services régionaux dans la fourniture de services de santé à ces populations ;
- Un plan de communication pour le changement des comportements et d'appropriation des actions de santé ;
- Une proposition d'indicateurs de suivi des actions proposées.
- Une population bien informe sur l'état du projet du PAISS et le nouveau projet.

Ce rapport comportera en annexe **:** le processus d'audit social, le périmètre occupé par les populations autochtones (EST et SUD) les procès-verbaux de réunions et de consultations avec les autochtones et les autres intervenants clés, un projet de budget et un plan de suivi des recommandations, et les grands axes du plan d'action pour les peuples autochtones.

Méthodologie

L'audit social n'est pas perçu dans le sens d'une enquête au regard du calendrier des opérations à réaliser dans le cadre du montage d'une nouvelle opération en appui à l'initiative GFF, une femme, un enfant. Aussi une place importante est accordée à l'exploitation de la documentation disponible sur le périmètre d'exécution du PAISS. La recherche documentaire permettra donc de mettre à disposition les informations utiles sur : les populations cibles, les caractéristiques socio-économiques, les différents recours aux soins de santé, les besoins des pygmées en matière de santé et l'identification des indicateurs clés à suivre pour évaluer les progrès atteints pour la santé des pygmées.

Pour y parvenir, des descentes seront effectuées sur le terrain, notamment à l'EST et au SUD du pays pour des échanges avec les responsables de la délégation régionale de la santé, du Fonds Régional Pour la Promotion de la Santé (FRPS), les responsables des Agences d'Achat de Performance de l'EST, les représentants des formations sanitaires, des communautés et les bénéficiaires des prestations du PAISS.

Qualifications et expérience du consultant

Entre autres exigences, le consultant de l'audit social doit avoir :

- formation en sciences sociales (telles que la sociologie ou l'anthropologie) ;
- l'expérience sur le terrain combinant à la fois les études qualitatives et quantitatives en sciences sociales avec expérience préalable en sante et sujet connexe ;
- expérience démontrée dans la conduite d'études sociales participatives qui répondent aux normes internationales de rigueur et professionnalisme ;
- aucun conflit d'intérêt à réaliser cet audit social ;
- la connaissance de l'approche du Financement Basé sur la Performance et les politiques opérationnelles de la Banque Mondiale sont un avantage important.

Supervision de l'audit social

Le travail du consultant sera coordonné par le Ministère de la santé publique à travers le PAISS et les directions techniques concernées. Le démarrage effectif est subordonné à la délivrance par le PAISS de l'ordre de service y afférent.

Durée de l'audit

Les travaux seront bouclés en cinq (5) semaines) ainsi qu'il suit :

- revue documentaire, une semaine
- mission sur le terrain, une semaine
- production rapport provisoire et amendements éventuels : deux semaines
- Adoption et publication rapport final : une semaine.

Dans tous les cas, le processus sera achevé le 15 janvier 2016.

Financement

L'audit social sera financé sur les ressources du PAISS. Le consultant fournira un projet de budget détaillé cohérent avec son projet de calendrier des travaux et mettant en relief les dépenses remboursables.

ANNEXE 2 : LISTE DES INDICATEURS PMA ET PCA VALIDES PAR L'AAP EST ENTRE 2012 ET 2014 POUR LES DISTRICTS DE SANTE A FORTE POPULATIONS BAKA

2.1. Liste des indicateurs PMA et PCA validés par l'AAP Est en 2012 pour les districts de santé à forte populations Baka

ANALYSE DES PERFORMANCES DES FORMATIONS SANITAIRES		HAUT NYONG					KADEY	BOUMBA et NGOKO	
		ABONG MBANG	LOMIE	NGUELEMENDOUKA	MESSAMENA	DOUME	MBANG	YOKADOUMA	MOULOUNDOU
A	**INDICATEURS PMA Validés**								
I -	**SERVICES CURATIFS**								
1.	Consultation Curative (nouveaux cas)	5173	1018	3080	771	1018	2940	6273	3173
2.	**Consultation Externe indigent (nouveaux cas)**	**4**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**64**	**116**
3.	Une journée d'Observation (hospitalisation)	239	22	268	86	56	422	1119	929
4.	Petite chirurgie	203	32	70	49	59	93	164	590
5.	Chirurgie dentaire	23	0	0	0	0	166	85	55
6.	Enfants complètement vaccinés de moins d'1an	159	90	47	101	115	130	85	55
7.	Enfants malnutri récupéré	19	0	2	1	0	3	9	16
8.	Patient grave référé	75	1	11	10	47	18	56	142
9.	Dépistage adéquat TBC/Lèpre positif	41	5	0	6	7	11	34	73
10.	TBC/Lèpre guérie	0	0	7	3	0	0	7	11
II -	**SERVICES VIH/SIDA**								
1.	Prise en charge des infections opportunistes SIDA	7	1	1	6	4	20	34	20

2.	Dépistage volontaire du VIH/SIDA : CDV personne testée	13	0	29	26	57	617	2017	978
3.	CDV : VIH + référée à l'hôpital	16	0	9	0	15	11	20	64
4.	PTME : Femme enceinte testée	236	69	42	42	111	125	516	140
5.	PTME Femme enceinte VIH + mise sous schéma national	32	0	4	1	2	10	0	3
6.	PTME nouveau-né d'une femme VIH + traité sous schéma national	19	0	0	0	2	4	5	2
7.	Test enfant né de mère P+	1	0	0	1	0	2	2	0
8.	Nombre de clients ARV suivi pendant 6 mois	35	0	0	0	1	0	2	0
III -	**SANTE DE REPRODUCTION**								
1.	Accouchement assisté dans FOSA	41	24	39	30	48	80	119	112
2.	PF : Pilule + Injection : 1 Nouvelle + 3 Anciennes Acceptations	13	37	25	26	17	10	16	2
3.	PF : Insertion d'implants ou DIU	6	0	0	0	1	0	6	0
4.	Consultation prénatale (CPN) 3e visite	142	24	17	20	30	68	17	122
5.	Femme enceinte complètement vaccinée	52	31	68	21	17	37	169	81
IV -	**RECAPITULATIF PAR DISTRICT POUR LES INDICATEURS PMA**								
V -	**RECAPITULATIF GENERAL POUR LES INDICATEURS PMA**								
B	**INDICATEURS PCA**								
I.	**SERVICES OFFERTS EN GENERAL**								
1.	Consultation médecin nouveaux cas	419	0	351	197	440	642	351	1466

2.	Journée d'hospitalisation (1 lit /1000)	1515	0	236	96	441	225	1123	4945
3.	Retro-Information arrivée au CS (=contre référence arrivée au CS)	15	0	0	3	5	1	9	165
4.	Actes chirurgie Majeures (population × 0,5 %)	19	0	19	2	28	16	26	99
5.	Actes chirurgie Mineures (population × 1 %)	14	0	0	17	0	4	75	261
6.	Prélèvement du sang donneur volontaire	111	0	3	0	4	0	51	77
7	Cas des IST Traités	13	0	24	7	32	25	27	90
8.	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	32	0	0	190	0	0	127	285
9.	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	14	0	0	3	0	0	0	9
10.	Femme enceinte sous protocole ARV prophylaxie	14	0	0	3	0	0	0	9
11.	Prise en charge d'un nouveau-né d'une femme VIH+	19	0	0	0	0	0	3	9
12.	Accouchement eutocique de l'air de santé	132	0	2	5	35	0	68	67
13.	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	26	0	1	2	5	5	6	8
14.	Autres accouchements dystociques (Césarienne exclue)	0	0	0	0	1	9	30	18
15.	FP : pilule + injection : 1Nouvelle + 3Anciennes Acceptantes	4	0	0	5	0	0	13	10
16.	PF : Implants et DIU	3	0	0	0	3	0	3	1
17.	PF : Ligature des trompes	5	0	1	1	0	0	4	0

2.2. Liste des indicateurs PMA et PCA validés par l'AAP Est entre 2013 et 2014 pour les districts de santé à forte populations Baka

ANALYSE DES PERFORMANCES DES FORMATIONS SANITAIRES		Haut Nyong										Kadey		Boumba et Ngoko				TOTAUX
		Abong Mbang		Lomié		Nguelemendouka		Messamena		Doume		Mbang		Yokadouma		Moloundou		
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
A	**INDICATEURS PMA Validés**																	
I -	**SERVICES CURATIFS**																	
1.	Nouvelle consultation curative - médecin (nvx cas)	303	871	329	0	0	4	33	0	1529	799	1119	0	113	198	577	476	**6351**
2.	Nouvelle Consultations curative - infirmier (nvx cas)	14579	14793	5062	7928	4945	4729	2752	2962	9306	10012	16311	13820	25412	25737	14369	16042	**188759**
3.	Nle Consultations curative infirmier/médecin-épidémie, gratuité	3	0	95	197	142	28	0	0	801	104	253	1277	157	2456	4899	2856	**13268**
4.	Journée d'hospitalisation	1384	1212	670	1414	676	893	178	329	1658	1942	3493	3493	8858	15980	2211	3884	**48275**
5.	Journée d'hospitalisation -épidémie, gratuité	6	0	0	2	15	6	1	0	74	18	40	586	42	730	3193	1731	**6444**
6.	Petite chirurgie	908	435	418	573	282	256	130	108	581	692	770	1349	882	1709	2657	1375	**13125**
7.	Références arrivées à l'hôpital	66	2	15	2	15	32	40	16	119	68	145	101	373	443	678	315	**2430**
8.	Dépistage des cas TBC positifs par mois	0	2	0	0	0	0	0	0	17	28	1	0	32	44	220	0	**344**
9.	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	3	33	6	0	**52**
10	Enfants complètement vaccinés	1120	970	529	535	394	234	306	232	870	1138	837	807	1320	2360	2362	1003	**15017**
11	VAT2 ou VAT3 ou VAT4 ou VAT5	1442	1437	806	1019	439	320	389	225	1724	1204	1981	2705	2577	2242	3003	2448	**23961**
12	Inspection des ménages :	2471	3652	4838	6344	2367	2599	179	169	1831	4697	6173	15813	8035	36529	10747	9591	**116035**
13	Distribution Vit A	7420	1952	4894	3047	4183	683	2132	1398	7040	2653	9212	5024	3747	5390	18422	6801	**83998**
II -	**SANTE REPRODUCTION**																	
1.	Accouchements eutocique	593	496	132	260	139	101	119	94	303	218	458	510	884	1151	740	613	**6811**
2.	PF : Nouvelles ou Ancienne acceptantes pilules ou injectables	629	643	341	540	153	186	144	191	279	298	201	447	182	2141	456	608	**7439**
3.	PF : Implants ou DIU	29	2	2	4	0	0	0	0	4	2	11	6	31	17	112	227	**447**

4.	Curetage après avortement spontané(ou indication médicale)	81	44	2	5	18	31	8	2	31	49	127	364	92	361	299	229	**1743**
5.	CPN 1ou CPN2 ou CPN3 ou CPN4	2787	2478	855	1287	507	482	339	387	1582	1402	1623	2357	4814	6273	3032	2473	**32678**
6.	TPI1 ou TPI2 ou TPI3	2275	1881	701	1147	459	427	485	512	1481	1327	1958	2759	4261	5608	3046	2302	**30629**
III -	**PMA VIH/SIDA**																	
1.	Cas IST traité selon protocole	867	837	133	518	324	380	114	155	506	1175	701	1383	413	982	1327	1236	**11051**
2.	Dépistage volontaire du VIH/SIDA y compris femmes enceintes	1127	1109	729	1570	482	761	188	306	1500	2769	8196	24158	14123	33331	12785	15724	**118858**
3.	Femme enceinte VIH + mise sous prophylaxie ARV	84	43	11	29	8	15	0	0	49	60	66	95	53	103	261	43	**920**
4.	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	76	28	3	21	3	14	1	0	41	22	28	52	18	41	8	23	**379**
IV -	**SANTE COMMUNAUTAIRE**																	
1	Prise en charge de cas de paludisme avec les kits	275	18	93	0	798	141	285	0	1805	137	1369	2280	1709	707	2589	208	**12414**
2	Nombre de latrines construites dans l'aire d'attraction du CS	12	46	379	300	21	9	0	18	152	106	439	318	532	612	950	236	**4130**
3	Référence communautaire (5% cons.ext.)	189	9	89	97	156	55	1	0	345	101	267	255	247	393	495	87	**2786**
4	Suivi de la croissance de l'enfant	9329	8162	8316	18762	4027	2941	99	230	11916	7517	36305	37611	27060	69562	20835	21950	**284622**
5.	Nouvelle utilisation moustiquaire imprégnée	29	367	69	356	28	76	22	75	853	524	3698	1050	553	1179	8403	7239	**24521**
6	PV réunion	18	12	31	36	18	19	24	12	87	48	39	23	46	37	84	11	**545**
7	**Liste annuelle des indigents**	**0**	**0**	**3**	**4**	**2**	**0**	**0**	**0**	**11**	**10**	**5**	**8**	**12**	**11**	**84**	**10**	**160**
IV -	**RECAPITULATIF PAR DISTRICT POUR LES INDICATEURS PMA**																	
V -	**RECAPITULATIF GENERAL POUR LES INDICATEURS PMA**																	
B	**INDICATEURS PCA**																	
I.	**SERVICES OFFERTS EN GENERAL**																	
1.	Nouvelles consultations curative par médecins	4713	3720	704	3550	1845	2953	1204	1880	2131	2151	2075	8020	1563	1174	4363	4552	**46598**
2.	Nouvelles consultations curative par médecins épidémie, gratuité	3	4	0	0	0	0	0	0	212	104	0	0	0	91	1046	294	**1754**

3.	Journées d'hospitalisation	7945	10765	1048	2108	2254	1994	968	2468	2939	2914	2027	10080	6771	3079	8651	9814	**75825**
4.	Journées d'hospitalisation épidémie, gratuité	30	255	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1296	781	3312	**5674**
5.	Contre référence arrive au CS	137	51	3	3	9	0	35	30	12	29	39	84	253	95	687	185	**1652**
6.	Cas IST traités selon protocole	139	155	5	46	97	41	86	60	176	127	73	173	96	40	303	376	**1993**
7	Dépistage des cas TBC positifs	82	93	45	34	1	0	14	10	43	41	10	11	72	60	87	60	**663**
8.	Cas TBC traité et guéris	29	80	11	16	0	0	6	19	0	0	4	4	46	64	46	54	**379**
9.	Actes Chirurgie Majeure en dehors des césariennes	278	338	44	30	97	67	51	21	80	55	39	126	96	91	187	178	**1778**
10.	Petite chirurgie	431	512	70	107	127	217	108	138	182	149	89	360	449	276	341	314	**3870**
11.	Transfusion Sanguine	342	520	74	61	48	151	11	25	38	71	15	22	194	124	230	183	**2109**
12.	Accouchement eutocique	292	541	69	63	31	85	25	51	39	131	0	62	319	210	59	141	**2118**
13.	césariennes	83	77	4	12	12	8	6	5	7	8	22	21	33	38	12	23	**371**
14.	Accouchement dystocique- ventouse, forceps	47	68	1	1	31	45	6	20	2	0	7	71	84	80	25	11	**499**
15.	PF : Implants ou DIU	79	28	8	3	0	0	6	2	93	7	98	2	100	14	0	1	**441**
16.	PF nouveaux ou anciennes acceptantes pilules ou injectables	134	165	28	24	113	133	136	33	29	77	2	4	41	32	0	0	**951**
17.	PF : méthode définitive –vasectomie ou ligature des trompes	17	14	0	0	4	2	1	2	2	0	2	8	4	2	1	0	**59**
18.	Curetage après avortement spontané(ou indication médicale)	80	84	8	6	41	80	15	1	9	26	5	99	56	52	19	26	**607**
19.	CPN1 ou CPN2 ou CPN3 ou CPN4	946	1030	196	18	121	81	137	176	371	419	89	372	575	456	246	521	**5754**
20.	TPI1 ou TPI2 ou TPI3	382	618	175	93	195	108	76	120	200	331	119	302	398	338	154	330	**3939**
21.	Dépistage volontaire du VIH/SIDA y compris femme enceinte	2319	2878	790	326	332	3646	131	317	640	1204	271	1697	3287	1219	1907	1995	**22959**
22.	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV prophylaxie	40	64	3	5	11	20	5	5	23	14	11	2	19	22	48	24	**316**
23.	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	71	97	2	5	12	19	13	10	7	11	3	6	21	15	48	34	**374**
24.	Nouveaux cas de VIH mis sous ARV	297	417	0	0	0	5	42	46	7	2	8	60	130	145	120	135	**1414**
25.	Patients sous ARV suivis semestriellement	218	118	0	0	0	2	400	171		0	14	133	702	277	488	165	**2688**

2.3. Liste des indigents collectés dans les FOSA enquêtées : Djouth, Koua, Mbala, Kagnol

Cf. fichiers scannée

ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME DE DEROULEMENT DE LA MISSION

Jours	Activités menées	Lieu où les activités ont été menées	Membres de l'équipe
Lundi 04 janvier 2016	Élaboration du guide de collecte des données	Yaoundé	CHEUMANI Charlotte CHEUKAK Jocelyne
Mardi 05 janvier 2016	Séance de travail avec le Coordonnateur du PAISS et le responsable du Suivi- évaluation du PAISS pour prise de contact et éclaircissements sur les activités à mener Récupération des documents à exploiter	Yaoundé	
Mercredi 06 janvier 2016	Finalisation du guide de collecte des données Exploitation de la documentation	Yaoundé	
Jeudi 07 Janvier 2016	Entretien avec l'Ex-Manager de CORDAID pour AAP Bertoua Exploitation de la documentation	Yaoundé	
Vendredi, 08 janvier 2016	Entretien avec le Responsable Suivi-évaluation du PAISS Mises au point avec le coordonnateur du PAISS sur la mission Exploitation de la documentation	Yaoundé	- CHEUMANI Charlotte - CHEUKAK Jocelyne - FOE ANDEGUE Bernard
Samedi, 09 janvier 2016	Rédaction des comptes rendus des rencontres	Yaoundé	
Dimanche, 10 janvier 2016	Voyage Yaoundé - Bertoua	/	
Lundi 11 janvier 2016	- Entretien avec les responsables régionaux santé-PAISS/PBF (DRSPE, FRPSE, AAP) - Rédaction des comptes rendus des rencontres	Bertoua	- CHEUMANI Charlotte - CHEUKAK Jocelyne - FOE ANDEGUE Bernard - ESSONO Steve Patrick - NGAGOUM Véronique
Mardi 12 janvier 2016	- Entretien avec les Chefs de DS (Doumé, Messamena, Mbang) - Rédaction des CR des rencontres	Bertoua	
	- Entretien avec le chef de FOSA Djouth	Djouth / Mbang	- CHEUKAK Jocelyne - FOE ANDEGUE Bernard
	- Entretien avec les chefs de FOSA Kagnol	Kagnol / Mbang	- ESSONO Steve Patrick - NGAGOUM Véronique
Mercredi 13 janvier 2016	Entretien avec le Chef de DS Abong-Mbang	Abong-Mbang	- CHEUMANI Charlotte - ESSONO Steve Patrick - NGAGOUM Véronique
	Entretien avec les responsables de mutuelles de santé Abong Mbang	Abong-Mbang	
	Entretien avec des responsables FAIRMED	Abong-Mbang	
	enquêtes auprès de la mutuelle de Djaposten	Abong Mbang	
	enquêtes auprès du relai communautaire de santé de Djaposten	Abong Mbang	
	Entretien avec le Chef de DS Nkolvolang	Nkolvolang / Abong Mbang	- ESSONO Steve Patrick - NGAGOUM Véronique
	Entretien avec le Chef de Centre de santé Mbala	Mbala / Doumé	
	Entretien avec les chefs de FOSA Mindourou	Mindourou	- CHEUKAK Jocelyne - FOE ANDEGUE Bernard
	Entretien avec les Chefs de DS Lomié	Lomié	
	Entretien avec les responsables de mutuelles de santé Lomié	Lomié	
Jeudi 14 janvier 2016	Voyage Abong Mbang - Messamena	/	- CHEUMANI Charlotte - CHEUKAK Jocelyne - FOE ANDEGUE Bernard - ESSONO Steve Patrick - NGAGOUM Véronique
	Entretien avec le Chef du CSI de Koua	Koua (Messamena)	
Vendredi 15 janvier 2016	Réunion de travail entre les membres de l'équipe de mission Organisation de la rédaction des synthèses des	Messamena	

	consultations publiques		
Samedi 16 janvier 2016	Synthèse des consultations publiques	Yaoundé	- Tous
Dimanche 17 janvier 2016	Synthèse des consultations publiques	Yaoundé	- Tous
Lundi 18 janvier 2016	Séance de briefing oral de la mission à l'UGP	Yaoundé	- CHEUMANI Charlotte - FOE ANDEGUE Bernard
	Synthèse des consultations publiques	Yaoundé	- Tous
Mardi 19 janvier 2016 au mardi 02 février 2016	Rédaction du rapport d'audit	Yaoundé	- CHEUMANI Charlotte - FOE ANDEGUE Bernard - ESSONO Steve Patrick - CHEUKAK Jocelyne

ANNEXE 4 : GUIDE DE CONDUITE DES CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES

Thématique	Préoccupations ou Questions sur lesquelles nous sollicitons votre avis	Parties prenantes sollicitées
Conception et mise en œuvre du sous-programme dédié aux populations autochtones	Comment était conçu le sous-programme dédié aux populations autochtones (PA) Baka	UGP PAISS AAP
	Quel a été le plan initial de structuration des PA minoritaires (pygmées) contenu dans le PAISS	
	Quel est le niveau de mise en œuvre de ce sous-programme ?	
	Quelles sont les difficultés / contraintes qui ont été rencontrées lors de sa mise en œuvre ?	
	Comment ces contraintes et difficultés ont-elles été levées ?	
Actions à mettre en œuvre en faveur des pygmées Baka et indigents dans la nouvelle phase du projet	Vos propositions pour une meilleure mise en œuvre de ce sous-programme dans la deuxième phase du projet	Toutes les parties prenantes
	Vos propositions sur les actions à mettre en œuvre pour une meilleure prise en compte des indigents et des Baka dans l'accès aux services de santé de qualité, sur la base des principes du PBF	
Communication	Vos propositions pour le meilleur canal et moyen de communication qui permettra d'informer et de sensibiliser les indigents en général et les pygmées Baka en particulier sur le changement des comportements et sur l'appropriation des actions de santé menées dans le cadre du PAISS	
Sur les Indigents	Catégories des indigents appuyés dans les 14 Districts de santé (DS)	AAP Représentants des Baka et des indigents Districts de santé PBF zone Baka UGP PAISS
	Liste des indigents retenus dans les 14 DS	
	Approche d'identification des indigents	
Sur les mutuelles de santé	Nombre et noms des mutuelles de santé créées sous l'impulsion du PAISS	AAP Mutuelles de santé UGP PAISS DR Santé Est Districts de santé PBF zone Baka Représentants des Baka et des indigents
	Formations sanitaires couvertes par chacune de ces mutuelles	
	Nombre et liste des indigents inscrits dans les mutuelles de santé	
	Difficultés rencontrées par les mutuelles	
	Formuler des propositions pour un meilleur fonctionnement et une meilleure implication des mutuelles pour assurer un meilleur accès aux soins de santé par les indigents et les pygmées Baka	
Impacts du projet en matière d'accès aux soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables et les Baka	À votre avis, quels changements (positifs et négatifs) le PBF a t il induit en matière d'accès aux soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables et les Baka dans la région de l'Est	AAP Mutuelles de santé UGP PAISS DR Santé Est Districts de santé PBF zone Baka Représentants des Baka
	À votre avis, quels sont les principaux problèmes/conditions de santé qui ont été notées chez les Baka pendant cette première phase du projet ?	
	À votre avis, quels sont les principaux problèmes/conditions de santé qui ont été notées chez les indigents en général pendant cette première phase du projet ?	
	À votre avis, Y at-il eu un changement dans l'accès ou l'utilisation de la médecine traditionnelle à la suite de l'augmentation de l'utilisation des centres/services de santé ?	UGP PAISS AAP Mutuelles de santé Districts de santé Représentants des Baka et des indigents
Thématique	**Préoccupations ou Questions sur lesquelles nous sollicitons votre avis**	**Parties prenantes sollicitées**

Niveau d'implication des populations locales notamment les indigents et les pygmées Baka dans la mise en œuvre du PBF	Votre avis sur le niveau d'implication de la communauté Baka dans le cadre de la mise en œuvre du PBF ?	AAP Mutuelles de santé PAISS DR Santé Est Districts de santé PBF zone Baka Représentants des Baka et des indigents
	Comment leur implication a-t-elle affectée leur relation avec les bantu ?	
	Comment la voix de la communauté est-elle prise en compte ?	
	Nous fournir les Rapports des enquêtes communautaires réalisés sur la qualité des soins : Comment ces enquêtes ont-elles été réalisées ? et par qui ?	
	Nous fournir les Rapports des enquêtes communautaires réalisés sur l'appréciation des services de santé délivrés par les formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles et le choix de services offerts : Comment ces enquêtes ont-elles été réalisées ? et par qui ?	
Aspect genre	Quel est le niveau d'implication de la femme Baka dans la prise de décision d'accéder aux soins essentiels ?	AAP DR Santé Est Districts de santé PBF zone Baka Représentants des Baka et des indigents
	Quel est son rôle dans la sélection des services de santé	
Déterminants de la santé	Quels sont les principaux déterminants de la santé chez les pygmées Baka en matière d'offre et de demande de santé	AAP Districts de santé PBF zone Baka PAISS DR Santé Est
Rôle des acteurs clés	Donner la liste des ONG et partenaires présents sur le terrain dans la région de l'Est et spécifier la contribution de chacune / chacun de ces ONG/partenaires dans l'accès des pygmées Baka aux services de santé ?	AAP PAISS DR Santé Est Districts de santé PBF zone Baka Représentants des Baka et des indigents
	Quel est le rôle des services régionaux dans la fourniture des services de santé aux pygmées Baka ?	DR Santé Est Districts de santé PBF zone Baka Représentants des Baka et des indigents

ANNEXE 5 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES RENCONTREES

N°	Noms Et Prénoms	Poste / Fonction	Institution	Date et Lieu de Rencontre	Département	Contact (Tél Et Email)
1.	ENANDJOUM BWANGA	Coordonnateur National	PAISS	06 janvier 2016 Yaoundé	/	699 90 41 31 enandjoumbwanga@yahoo.fr
2.	BONGUE Bernard	SSE	PAISS	06 janvier 2016 Yaoundé	/	674 84 50 5
3.	TSAFACK Jean Pierre	Ex Manager AAP Bertoua	CORDAID	07 janvier 2016	/	677 51 62 21 tsafackjp@yahoo.fr
4.	Dr MABOULI NKOMIM Floribert	Administrateur FRPS	FRPS-Est	11 janvier 2016 Bertoua	Lom et Djerem	671 68 76 55 / 699 95 07 Fnkomom@yahoo.fr
5.	BOYOGUENO Louis de Gonzaque	Point Focal PBF/EST	DRSPE	11 janvier 2016 Bertoua	Lom et Djerem	699 10 57 93 / 699 04 78 04 degonzague77@yahoo.fr
6.	Dr AMPOULIA	Manager AAP/Est	AAP-Est	11 janvier 2016 Bertoua	Lom et Djerem	699 04 78 04 nadibiwoul@yahoo.fr
7.	MOUSSOUME EKOUANGUE	Manager Adjoint	AAP/FRPSE	11 janvier 2016 AAP Bertoua	Lom et Djerem	677 55 91 80 ekouangue1@yahoo.fr
8.	DOUNYEM Etienne Robert	CBS DS MBANG	District de santé de Mbang	12 janvier 2016 Mbang	Kadey	694 778 215 etiennerobertdounyem@ymail.com
9.	ENGAMBA Gaspar Cerges	CBP DS MESSAMENA	DS Messamena	12 janvier 2016 Messamena	Haut-Nyong	694 280 907 engambage@gmail.com
10.	Dr Prince Eugène BASEBANE	CDS MESSAMENA	DS Messamena	12 janvier 2016 Messamena	Haut-Nyong	699 729 034 princeeugenebasebane@yahoo.fr
11.	NWELNDJE Adolphe Gustave	CBS DOUME	DS Doume	12 janvier 2016 Doume	Haut Nyong	670 314 191 / 662 71 81 81 Nwelndje1704@gmail.com
12.	Sc Zofere KRUPE	IDE C/CSC Djouth	CSCI Djouth	12 janvier 2016 Djouth	Kadey	/
13.	MOUAPOUGNE Sandrine	ASC CSIC Djouth	CSCI Djouth	12 janvier 2016 Djouth	Kadey	/
14.	MIMBAL Patrice	Relais –agent communautaire	CSI de Kangnol I	12 janvier 2016 Kagnole I	Kadey	680 267 058/666 01 32 17
15.	KOA Elie Gilles	CCSI Mbala	CSI Mbala	13 janvier 2016 Mbala	Haut-Nyong	677 54 67 00
16.	NOUPOUE Joseph	MCD	DS Abong-Mbang	13 janvier 2016 Abong-Mbant	Haut-Nyong	677 75 69 98 noupoue@yahoo.fr
17.	NGOA NGOA Ezéchiel	Président COSA / SG Mutuelle	DS Abong-Mbang	13 janvier 2016 Abong-	Haut-Nyong	691 04 71 51 / 664 968 747

				Mbant		
18.	NKOK SOTONG Simon	Coordonnateur FAIRMED	FAIRMED	13 janvier 2016 Abong-Mbant	Haut-Nyong	699 15 38 56
19.	SALLA Alexis Francis	Chef SAF	Hôpital EPC de Nkol-Volan	13 janvier 2016 Nkol-Volan	Haut-Nyong	678 77 37 96 / 691 71 73 38
20.	BIDJO BIEM Jule	IP	DS Lomié	13 janvier 2016 Lomié	Haut-Nyong	698 05 41 38
21.	Dr NGONO NDZENGUE Pierre-Alain	MCDS	DS Lomié	13 janvier 2016 Lomié	Haut-Nyong	675 82 18 67 / 690 03 21 14
22.	MOABOULE	CCSI	CSI Mindourou	13 janvier 2016 Mindourou	Haut-Nyong	696 14 10 49 / 673 60 95 61
23.	SEMBOUNG	Infirmier	CSI Mindourou	13 janvier 2016 Mindourou	Haut-Nyong	693 40 29 50 / 678 98 72 76
24.	OMGBA FOE Jean	CCSI	CSI Koua	14 janvier 2014 Koua	Haut-Nyong	697 87 59 57

ANNEXE 6 : COMPTES RENDUS DES CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

COOPERATION CAMEROUN-BANQUE MONDIALE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

UNITE D'APPUI AU SWAP

PROJET D'APPUI AUX INVESTISSEMENTS
EN FAVEUR DU SECTEUR DE LA SANTE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

CAMEROON-WORLD BANK COOPERATION

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT OF STATE FOR PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARIAT

SWAP SUPPORT UNIT

HEALTH SECTOR SUPPORT INVESTMENT PROJECT

Cf. Dossiers/fichiers ci-joints pour les CR de chaque focus group mené (à intégrer directement dans la version hard)

REALISATION DE L'AUDIT SOCIAL EN FAVEUR DES INDIGENTS ET DES POPULATIONS AUTOCHTONES

RAPPORT DE MISSION TERRAIN :
SYNTHESE DES CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES DU PROJET
Période : Du 06 au 15 janvier 2016

Réalisé par :
CHEUMANI NOUDJIEU Charlotte, Consultante principale

En collaboration avec :
- CHEUKAK NGANGOM Jocelyne, Médecin Généraliste
- FOE ANDEGUE Bernard, Socio-Environnementaliste spécialisé en santé et sécurité
- ESSONO Stève Patrick, Environnementaliste spécialisé en santé et sécurité
- NGAGOM Véronique, Socio-environnementaliste

Dimanche, le 17 janvier 2016

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification de la mission terrain

L'an deux mille seize, du six au quatorze du mois de janvier, se sont tenues quatorze réunions de consultations des parties prenantes concernées par le Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS) et par la thématique de la mission (cf. liste des personnes rencontrées ci-jointe).

1.2. Approche méthodologique utilisée pour réaliser les consultations publiques

La consultante et son équipe d'appui constituée de quatre experts juniors, ont rencontré tour à tour les parties prenantes aux niveaux national, régional et local. Chaque groupe de parties prenantes était rencontré dans leurs lieux de travail respectifs en ce qui concerne les responsables administratifs, et au niveau des villages pour les pygmées et les membres des comités de santé (COSA).

Les échanges se sont déroulés à bâton rompu sur la base d'un guide d'entretien (**annexe 3**) élaboré à cet effet et servant de protocole d'échanges. Chaque réunion débutait par la présentation des parties en présence (équipe de la consultante et partie prenante concernée), suivi de la présentation de l'objet de la mission par la consultante, puis des séances de questions –réponses conformément aux préoccupations des termes de référence de la mission.

Ces réunions étaient animées par la consultante et des photos étaient prises par les membres de son équipe pour immortaliser la séance. Un compte rendu était élaboré à la fin de chaque réunion par l'ensemble de l'équipe de la mission, puis renvoyé aux parties prenant disposant d'une adresse électronique pour validation.

1.2.1. Au niveau national

Les parties prenantes rencontrées à ce niveau à Yaoundé, étaient constituées des responsables de la coordination nationale du projet notamment le Coordonnateur National et le Responsable Suivi-Évaluation. La rencontre avec ce groupe a permis :

- de faire la mise au point sur l'enjeu de la mission d'audit social ;
- de finaliser l'organisation de la mission terrain (programme des investigations, liste des parties prenantes à rencontrer). Sur ce point, la consultante a requis l'appui de quatre experts junior devant l'assister dans la réalisation des enquêtes sur le terrain ;
- de présenter les outils de collecte des données (guides d'entretien, équipements) ;
- de recueillir l'avis des responsables nationaux du projet sur sa mise en œuvre et sur les différentes préoccupations soulevées dans les termes de référence de la mission.

1.2.2. Au niveau régional

La consultante et son équipe se sont entretenus à Bertoua avec les responsables régionaux du secteur de la santé, impliqués ou concernés par le PAISS/PBF et donc par la mission d'audit. Les séances de travail se sont tenues tour à tour, au niveau de la Délégation régionale de la santé publique de l'Est (DRSPE), du Fonds régional pour la promotion de la santé de l'Est (FRPSE) et de l'Agence d'achat de performance (AAP).

Outre la présentation de l'équipe et des objectifs visés par la mission, les différentes rencontres ont permis de recueillir les avis des responsables susmentionnés sur les préoccupations relevées dans les termes de référence et récapitulées dans un guide d'entretien.

1.2.3. Au niveau local

L'équipe de la mission a recueilli les avis des chefs de districts, des chefs de centres de santé, des représentants des Baka et des autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PAISS/PBF dans les localités d'Abong Mbang, Nkol Mvolan, Mindourou, Lomié, Messamena, Koua, Doumé, Mbala, Mbang, Djouth et Kagnol.

Les formations sanitaires des localités susmentionnées ont été visitées au cours de la mission et la liste des indigents disponibles y ont été collectées et présentées à la fin du compte rendu de chaque rencontre (**annexe 2**).

Les informations collectées et les données recueillies lors de tous les échanges sont résumées par thématique dans le présent rapport.

2. SYNTHÈSE DES INFORMATIONS ET DONNEES RECUEILLIS

2.1. Enjeux et organisation de la mission

Le Coordonnateur du PAISS a situé le contexte du projet ainsi que ses enjeux. Il a rappelé une fois de plus à l'équipe, l'importance de la mission et du projet mais également, la nécessité de produire un travail de qualité. L'importance de la mission étant déterminante pour l'avancement du processus de formulation de la deuxième phase de financement du projet. Dans cette optique, Monsieur le Coordonnateur, tout comme le Responsable Suivi-Évaluation, ont insisté sur la qualité des informations à recueillir lors des investigations sur le terrain. À cet effet, ils ont recommandé à l'équipe de mettre un accent sur la collecte des informations fiables et sur la consultation de toutes les parties prenantes du projet.

Par ailleurs, il a été recommandé que chaque équipe d'enquêteurs collecte toutes les pièces justificatives liées à la mise en œuvre du projet et au déroulement de la mission notamment : la liste des indigents retenus, les rapports d'activités, les registres des consultations au niveau des formations sanitaires enquêtées, les photos des séances d'échanges avec les différentes parties prenantes, la liste des personnes rencontrées. Après avoir présenté l'approche qui sera utilisée lors des consultations publiques, ainsi que le programme de descente sur le terrain, la consultante a tenu à attirer l'attention des responsables nationaux du projet sur l'appui que devront apporter les responsables régionaux du projet dans la réussite des investigations.

En effet, il devrait revenir au Délégué Régional de la Santé Publique pour l'Est d'informer les autres parties prenantes locales sur la mission d'audit. Par ailleurs, les parties prenantes devraient faire montre de leur disponibilité à fournir toutes les informations nécessaires requises par l'équipe d'enquêtes. Sur la base de la liste des parties prenantes à rencontrer, la Coordination du projet a envoyé la lettre d'information accompagnée du programme des investigations au Délégué Régional de la Santé Publique de la région de l'Est, pour information de toutes les autres parties prenantes sur le terrain.

2.2. Conception et mise en œuvre du sous-programme dédié aux populations autochtones Baka

2.2.1. Brève présentation du PBF

Le programme de financement basé sur la performance (PBF) est entré au Cameroun par le Projet REDSEC, financé par l'ONG Néerlandaise CORDAID pendant plus de 10 ans (jusqu'en 2006) mais sans réels résultats. Pour ne pas perdre son financement, CORDAID a développé le projet REDSEC1 couvrant la période 2006 -2007. C'est dans le cadre de ce projet qu'a été développé le concept de PBF, financé par l'Église catholique. Le PBF a donc commencé par le Diocèse de Batouri et s'est progressivement étendu dans d'autres Diocèses. Le Projet REDSEC et le concept PBF ont donc été présentés à la Banque Mondiale qui a apprécié et adopté le concept ; d'où son intégration dans le PAISS.

Le concept PBF est basé sur le 5ème percentile car le bien-être se mesure à 5 niveaux comme suit : Plus Riche, Riche, Moyen, Pauvre et Plus Pauvre (ce niveau correspond au 5ème percentile). C'est dans le 5ème percentile c'est-à-dire chez les plus pauvres que se classe la catégorie sociale dite « Indigents ». À l'Est, ils regroupent prioritairement les Baka, les Bororos, les Réfugiés et certains Bantu à très faible revenu.

2.2.2. Conception et structuration du sous-programme

Le PAISS est parti sur le principe que les infrastructures sanitaires sont déjà réalisées sur le terrain et mobilisent les ressources humaines nécessaires pour la fourniture des services de santé aux populations. Fort de cet atout, le PAISS a axé son intervention principalement sur la couverture sanitaire des populations en général et des couches vulnérables en particulier. Ce dernier groupe intègre les indigents parmi lesquels les populations autochtones Baka, en vue de leur faciliter l'accès aux soins de santé. La prise en compte des populations Baka lors de la conception du projet, a été orientée par leur mode de vie basé sur la forêt, le nomadisme et l'habitat précaire. À cet effet, l'approche retenue a été celle fondée sur la stratégie avancée consistant à se rapprocher des Baka et de leur environnement propre pour faciliter leur accès aux soins de santé.

Dans son plan initial de structuration des populations autochtones Baka, le PAISS est parti sur le principe qu'un Baka consulté coûte un peu plus cher en termes de compensation que d'autres malades ; ces derniers étant totalement pris en charge. Cette prise en charge constitue d'ailleurs une composante essentielle du PBF. Par ailleurs, le PBF est basé sur les résultats, lesquels sont exprimés en termes de couverture des populations indigentes/Baka en soins de santé.

2.2.3. Mise en œuvre du sous-programme

Pendant la mise en œuvre, pour assurer une prise en charge effective des Baka, le PAISS a développé trois approches résumées comme suit :

- **La première approche consistait en la sensibilisation des Baka** sur l'importance des soins de santé modernes et sur la nécessité de se rendre dans les formations sanitaires ;

- **La deuxième approche était basée sur la prise en charge économique** des soins administrés aux indigents et aux populations autochtones Baka ; consistant en la prise en charge gratuite des patients et la double compensation des formations sanitaires (FOSA) prenant gratuitement en charge ces groupes. En effet, le PBF est basé sur cette approche d'encourager les FOSA respectant les indicateurs PMA, PCA et communautaires. Les FOSA ayant soigné gratuitement les indigents/Baka reçoivent des bonus (en valeur financière) de la part du projet, mais ce bonus est doublé lorsque la FOSA prend en charge les indigents et les Baka. À cet effet, un taux est fixé pour chaque type de soin ou service médical (vaccin, CPA, etc.) et le bonus reçu par une FOSA correspond à la somme totale des frais liés aux soins administrés gratuitement aux patients pris en charge de manière général et aux indigents/Baka en particulier. Il est à noter que les indigents en général et les Baka en particulier ne disposent pas toujours de moyens financiers suffisants pour assurer leur accès aux soins de santé modernes ; ce qui renforce leur éloignement de ce mode de traitement.
- **La troisième approche était basée sur la prise en charge géographique**, privilégiant autant possible les aires de santé ou les FOSA abritant les Baka. C'est ainsi que tous les districts de santé (14 au total) dans lesquels les Baka vivent ont été retenus dans la région de l'Est.

Pour les FOSA enrôlés dans le projet, la gratuité des soins pour les populations indigents (Baka, Bororo) était l'élément central pris en compte. Les FOSA prenant en charge ces groupes recevaient le double de la prestation. Des mécanismes de déclarations des résultats de performances ont été mis en place (vérification10 mensuelle auprès des FOSA) pour s'assurer de l'effectivité de la fourniture des soins gratuits déclarés par les FOSA. Ainsi, le PBF est mis en œuvre depuis 2012 dans la région de l'Est et, l'atteinte des résultats est vérifiée par des indicateurs à la fois quantitatifs (nombre de FOSA appuyées dans les districts ayant les communautés des PA, liste des indigents et des populations autochtones dans les FOSA, statistiques des FOSA) et qualitatifs (qualité des soins et de la prise en charge des indigents/Baka dans les FOSA).

2.2.4. Difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du sous-programme et mesures prises

Les difficultés rencontrées tel que relevées par les différents acteurs impliqués dans la première phase de mise en œuvre du PAISS/PBF sont de plusieurs ordres et ci-après résumées.

2.2.4.1. Difficulté d'identification des critères et de définition de la notion d'indigent

Le problème lié à la définition de la notion d'indigent et l'établissement des critères devant permettre de le faire s'est présenté comme un obstacle majeur selon tous les groupes d'acteurs rencontrés par la mission (régulateurs, prestataires, vérificateurs, payeur des performances). En effet, l'approche PBF repose principalement sur le principe de la fourniture de soins gratuits aux personnes indigentes. Cela présente beaucoup d'avantages pour les personnes réellement en situation de précarité.

Cependant, tout le monde désirait bénéficier de ces avantages au niveau des villages ; entrainant ainsi l'inscription de tous sur les listes des indigents, y compris les personnes peu nécessiteuses : c'est le cas de l'inscription par les chefs de certains villages des membres de leurs familles comme personnes indigentes ou encore le cas de certains Baka bénéficiant d'un niveau de vie appréciable (propriétaire de motos, des échoppes, etc.). Cette situation a entrainé quelques cas de conflits entre certains chefs de villages et leurs populations suite à la non validation des listes des indigents établies dans ce contexte.

Dans la pratique, l'absence de critères de choix ou de définition des indigents a rendu difficile l'établissement des listes des indigents fiables au niveau des FOSA devant assurer la prise en charge de ceux-ci.

Pour lever cette contrainte, diverses mesures ont été prises et à différents niveaux :

- ✓ Au niveau central et conceptuel : Deux approches de définition des indigents ont été établies :
  - Approche sociologique et quantitative basée sur les critères économiques et les revenus des individus ;
  - Approche interactive, recommandant une vérification de l'incapacité effective de la personne déclarée indigente à payer ses soins. La vérification se faisait lors des échanges avec la personne ou lorsqu'elle est dans une formation sanitaire et se trouve effectivement incapable de se prendre en charge.

- ✓ Au niveau régional : Les structures de dialogue (COSA, COSADI, FRPS) du secteur de la santé ont été mises à contribution dans l'établissement de la liste des indigents, et ce avec l'appui de la GIZ dans la région de l'Est. En effet, les membres de ces structures comprennent entre autres les représentants des populations à la

base. En plus, ces membres ont été sensibilisés sur le choix des indigents au sein des différentes communautés.

- ✓ Au niveau local/opérationnel : Les FOSA confrontées au problème d'établissement de leurs listes d'indigents ont adopté différentes mesures de contournement. Certaines FOSA laissaient le soin aux communautés Bantu et Baka, la charge de dresser les listes respectives de leurs indigents étant donné que ces personnes sont certainement connues. Toutefois, en cas d'absence de consensus sur une liste, le chef de centre de chaque aire de santé avait le dernier mot sur le choix des indigents présentés.

2.2.4.2. Faible adhésion des Baka au PBF et faible fréquentation des FOSA

Le PBF garantit des soins gratuits aux indigents et surtout aux Baka. Malgré cette gratuité, tous les acteurs ont relevé une faible adhésion de ces groupes aux PBF et donc aux FOSA. Cette faible adhésion et fréquentation résulte de plusieurs facteurs :

- ✓ **Le fort attachement des Baka à la médecine traditionnelle**. En effet, lorsqu'un Baka a un problème de santé, il recourt d'abord à la médecine traditionnelle en laquelle il croit fortement. C'est seulement lorsqu'il ne trouve pas de solution à son problème de santé qu'il se rend vers la formation sanitaire.
- ✓ **Les moyens financiers limités et la stigmatisation des Baka par le personnel de santé**. D'une part, de nombreux Baka ont peur de se rendre dans les FOSA lorsqu'ils font face à un problème de santé, principalement, parce qu'ils n'ont pas d'argent pour payer les soins qui leur seront administrés. D'autre part, ils redoutent de se faire refouler par le personnel des FOSA à cause de leur hygiène corporelle.
- ✓ **L'éloignement de certaines FOSA par rapport aux zones d'habitation des Baka** (campements pygmées) participent également à leur faible fréquentation des FOSA. En effet, les distances entre les centres de santé et les domiciles des Baka sont parfois très grandes (plus d'une dizaine de kilomètres). Pour s'y rendre, ils doivent soit parcourir ces distances à pied, soit emprunter des motos ce qui, génère des coûts de transport élevés pour eux.
- ✓ **L'enclavement des aires de santé dans la région de l'Est en général et des pistes d'accès aux campements Baka en particulier**, contribue à cette faible fréquentation des FOSA et à la faible sensibilisation des indigents/Baka sur les mécanismes du PBF par le personnel de santé.

Face à ces difficultés, différentes mesures ont été mises en œuvre par les FOSA et ci-après résumées.

- ✓ **Recrutement et formation de relais communautaires**

Dans le système de santé dans la région de l'Est, les FOSA sont appuyées dans leur mission par des relais communautaires recrutés au sein des villages riverains et formés sur les problèmes sanitaires. Ils sont généralement au nombre de deux relais par village. Dans le cadre du PAISS, les FOSA s'assuraient que les relais recrutés appartiennent et vivent avec les communautés concernées, y compris les Baka.

Ces relais (Baka, Bantu) étaient employés dans le cadre du projet pour sensibiliser les indigents/Baka sur l'approche PBF et surtout, sur le facteur gratuité des soins mis à leur disposition, afin de les inciter à fréquenter les FOSA. L'intérêt de faire appel à des relais appartenant à chaque communauté était de briser la méfiance que les Baka (en particulier) ont de la médicine moderne et de faciliter l'appropriation et la diffusion des messages véhiculés. Ces relais communautaires ont également pour mission de suivre les Baka dans leurs domiciles (y compris en forêt), et pendant leurs mouvements (ces derniers étant très mobiles) pour leur sensibilisation. Ils aident à rapporter au niveau des FOSA les informations sur les cas graves observés dans les villages.

Certaines FOSA ont également formé des accoucheuses traditionnelles dans le but de limiter les accouchements à risque chez les femmes Baka. Les accoucheuses traditionnelles ont été encouragées à faire venir des femmes indigentes/Baka dans les FOSA pour accoucher. Ces accoucheuses traditionnelles pratiquaient les accouchements et recevaient en retour, une partie des subsides versées aux FOSA (volet accouchement). Elles étaient utilisées pour sensibiliser les femmes Baka sur l'accès aux soins fournis par le PBF. Ces mesures ont ainsi permis aux FOSA d'attirer plus d'indigents/Baka vers leurs structures et donc, de leur administrer les soins gratuitement.

- ✓ **Mise en place de stratégies avancées**

Dans le cadre du PBF, les FOSA ont utilisé les stratégies avancées pour atteindre un plus grand nombre de Baka à travers les relais communautaires. Généralement, lors des campagnes de santé (polio, vaccin, etc.), les relais communautaires de chaque FOSA sont associés aux équipes des campagnes dans le but de sensibiliser les Baka sur les activités du PBF. Lorsque les stratégies avancées ne permettaient pas à faire sortir les Baka de la forêt pour se rendre dans les FOSA, des équipes de relais communautaires associées au personnel des FOSA se rendent dans la forêt pour administrer les soins à domicile.

- ✓ **Organisation de réunions de sensibilisation**

Pour étendre leur zone de couverture en termes de sensibilisation, les FOSA organisent des réunions avec les structures communautaires (COSA, COGE) pour sensibiliser les indigents/Baka.

2.2.4.3. Retard des virements des subsides par le payeur

De nombreux chefs de centre de santé ont déploré le virement tardif des subsides par le payeur. En effet, ces virements destinés à compenser la prise en charge gratuite des soins administrés aux indigents/Baka, n'arrivaient pas au niveau des FOSA dans les délais requis. Par ailleurs, ces payements des subsides n'était pas fait de façon régulière avec pour conséquence la rupture des stocks des médicaments et la démotivation du personnel. Face à cette situation, certains chefs de centre ont pensé plusieurs fois à annuler l'administration gratuite des soins aux indigents/Baka. D'autres FOSA ont opté pour le préfinancement des soins administrés aux indigents/Baka afin de continuer à assurer leur prise en charge.

2.2.4.4. Non-adhésion de la province ecclésiastique de l'Est au PBF

Les Évêques des 5 Districts Ecclésiastiques de l'Est ont refusé le PBF du PAISS dans leurs FOSA. Pourtant, certaines de leurs FOSA sont installées à proximité des communautés Baka par rapport aux autres FOSA. En conséquence, les indigents et les Baka désireux de bénéficier des soins gratuits sont contraints de parcourir de grandes distances pour se rendre dans les autres FOSA enrôlées dans le PBF.

2.2.4.5. Augmentation continue du nombre d'indigents

D'après le Responsable Suivi-Évaluation, le PAISS/PBF a été confronté à une augmentation continue du nombre d'indigents au fil des ans, avec pour conséquence la fragilisation de la capacité d'accueil des FOSA concernées et des moyens mis à leur disposition par le PAISS. Cette situation s'est accentuée avec notamment l'arrivée massive des refugiés centrafricains dans la région de l'Est. Cette situation ne permettait plus aux FOSA de continuer à fournir les soins gratuits à tous les indigents, étant donné que le budget alloué à ces soins gratuits est limité.
Pour résoudre ce problème, le PAISS a dû revoir à la baisse, le coût total des indicateurs afin de mieux filtrer la liste et le nombre des indigents.

2.2.4.6. Appropriation difficile de la notion de gratuité

Si le projet permet aux indigents de bénéficier gratuitement des soins de santé dans les FOSA, il ne précise pas, d'après le point-focal PBF à la DRSPE, la mesure de la gratuité. Par exemple, si l'accouchement est pris en compte dans une FOSA, est-ce que les produits qui seront utilisés lors de l'accouchement le sont aussi ? En résumé, tous les soins administrés aux indigents/Baka ne peuvent pas être totalement gratuits. Ce point de vue est partagé par de nombreux responsables de FOSA rencontrés.

2.2.4.7. Intégration encore insuffisante de l'idéologie du projet par le personnel de santé

De l'avis du Point-focal PBF, l'approche PBF considère le malade comme un client, une source de revenus pour les FOSA et donc du personnel soignant. Pour cette raison, ce personnel devrait développer des stratégies pour accroitre la fréquentation de leurs FOSA par les indigents et les Baka. Or, la passivité observée jusque-là chez le personnel, a un impact négatif sur la production des FOSA en termes de performance. Elle a aussi pour conséquence, une mauvaise prise en charge des indigents/Baka dans certaines FOSA concernées par le PBF (qualité de l'accueil par exemple). Face à ce problème, des mécanismes de vérification ont été mis en place pour s'assurer de la qualité de la prise en charge des indigents/Baka dans les FOSA.

2.2.4.8. Insuffisance des ressources

Toutes les FOSA enquêtées font face à une insuffisance de ressources pour assurer réellement la prise charge des indigents/Baka : ressources humaines insuffisantes, absence de plateaux techniques (adaptés), manque de moyens de locomotion (motos, tricycles), notamment pour suivre les Baka dans leurs communautés, etc.

2.3. CARACTÉRISATION DES INDIGENTS

2.3.1. Catégories des indigents pris en charge par le PBF

D'après les responsables nationaux (UGP-PAISS), régionaux (Délégation régionale de la santé) et départementaux (Hôpitaux de district), les indigents regroupent les Baka, les Bororos, les Réfugiés centrafricains et les Bantu démunis.

Dans les conditions actuelles et dans toute la région de l'Est, tous les critères permettant de définir les indigents bien que connus, ne sont pas appliqués ; du fait du manque d'assistants sociaux qui joueraient ce rôle. Autrement dit, c'est le clinicien qui fait le jugement dans certains cas.

2.3.2. Approche utilisée pour établir les listes des indigents retenus dans le cadre du PBF

La liste des indigents est dressée globalement suivant une approche sociologique quantitative et interactive. Les indigents relèvent institutionnellement du MINAS. Il existe une liste de critères d'indigence disponible au niveau de la délégation régionale, des hôpitaux de district, du MINSANTE, dont se servent les relais communautaires pour faire le recensement de cette catégorie sociale. À propos des Baka, tous sont considérés comme indigents.

Toutefois, dans le cadre du projet, ce sont les structures de dialogue (COSA, COSADI et FSRP) qui ont la charge d'établir la liste des indigents qui a démarré en 2013. De manière pragmatique, cette liste pour chaque aire de santé est dressée par chaque COSA en chaque début d'année. Ces COSA s'appuient sur les spécialistes du service des affaires sociales du HCR, de la Croix Rouge Suisse, de Catholic Relief Services pour un choix des indigents reflétant autant que possible la réalité. Cette liste permet à l'AAP de mieux orienter ses vérifications.

Pour l'identification des Baka, le PBF s'est inspiré des critères utilisés par le Catholic Relief Services pour créer ses propres critères. Quelques-uns d'entre eux sont l'orphelinat, la précarité des parents, le handicap, etc. Les chefs de villages et les FOSA travaillaient aussi ensemble pour l'établissement de la liste des indigents. Cependant, cette approche a montré des limites parce que, notamment, de nombreux chefs de villages voulaient insérer leurs proches dans la liste des indigents. Dans ce genre de cas, le chef de centre avait le dernier mot pour le choix d'un indigent. La première approche utilisée par les affaires sociales considérait uniquement les Baka comme indigents. C'est seulement plus tard que les bantu ont été pris en compte.

2.4. CARACTÉRISATION DES MUTUELLES DE SANTE

2.4.1. Mutuelles de santé et mutualistes

À l'issu des entretiens avec les diverses parties prenantes rencontrées (DRSPE, DS, FRPS, AAP), il ressort que sept mutuelles de santé ont été créées sous l'impulsion du PBF dans la région de l'Est. Ces mutuelles de santé présentent de nombreux avantages pour les mutualistes en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Elles ont comme principaux adhérants les indigents et les Baka. L'exploitation des rapports annuels fournis par les mutuelles de santé de la Région de l'Est au cours des années 2013 et 2014, montrent que le nombre d'adhérants est sans cesse croissant. Le tableau suivant présente le nombre de mutualistes selon les catégories : non indigents et indigents.

Tableau 6 : Liste des indigents inscrits dans les mutuelles de santé bénéficiaires du PBF

N°	Mutuelles	Nouveaux Inscrits 2013			Nouveaux Inscrits 2014		
		Non Indigents	Indigents	Total	Non Indigents	Indigents	Total
1	Mutuelle C. de santé de Bertoua	459	53	**512**	1 551	6	**1 557**
2	Mutuelle de santé de Mindourou	1 088	1 017	**2 105**	2 544	1 330	**3 874**
3	Mutuelle de santé de Djaposten	331	279	**610**	877	954	**1 831**
4	Mutuelle de santé de Nkouak	168	252	**420**	628	864	**1 492**
5	Mutuelle de santé de Kwoamb	103	13	**116**	197	70	**267**
6	Mutuelle de santé de Doumé	-	-	**-**	889	0	**889**
7	Mutuelle C. de santé de Lomié	-	-	**-**	65	2 199	**2 264**
TOTAL		*2 149*	*1 614*	**3 763**	*6 751*	*5 423*	**12 174**

2.4.2. Difficultés rencontrées par les mutuelles

Les mutuelles de santé recensées dans la Région de l'Est font face à de nombreuses difficultés qui entravent leur fonctionnement et leur efficacité en matière de prise en charge des soins dont bénéficient les mutualistes. Ces difficultés sont selon les différentes parties prenantes rencontrées :

- ✓ **Régulateurs (DRSPE, Districts de santé)**
- la mauvaise organisation des mutuelles de santé, couplée à la mal gouvernance de ces dernières ;
- l'insuffisance du personnel qualifié dans le bureau exécutif de ces mutuelles ;
- la faible communication au sein des mutuelles et avec leurs partenaires et la faible sensibilisation au sujet des mutuelles ; ce qui entravent la circulation des informations au sujet du bien-fondé des mutuelles ;
- la limitation des périmètres d'intervention de certaines mutuelles comme celle de Doumé qui ne couvre actuellement que la ville de Doumé délaissant de fait les zones éloignées et reculées. En effet, le District de santé de Doumé couvre trois arrondissements (Doumé, Dimako, Ndoumaitom)

- ✓ **Vérificateurs (FRSP, AAP) :** Selon le groupe des vérificateurs, les contraintes auxquelles font face les mutuelles de santé de la Région de l'Est sont les suivantes :
- Le manque de personnel compétent en ce qui concerne la gestion de la mutuelle ;
- La mauvaise gestion des finances générées à l'intérieur de ces mutuelles ;
- L'incapacité de certains mutualistes à cotiser ou à adhérer aux mutuelles du fait notamment des faibles revenus dont ils disposent ;
- L'absence d'organisation des mutuelles de santé qui ne disposent pas dans la plupart des cas de statut et cadre réglementaire ou une absence de textes organisationnels ;
- L'absence d'un plan de communication intégré au niveau de la Région ;
- Le manque de suivi-évaluation des mutuelles par le Ministère de la Santé Publique ;
- Les problèmes liés au partenariat entre les mutuelles et les FOSA ;
- La surfacturation des soins administrés aux mutualistes par les FOSA ;
- Le refus de certains agents de santé de servir les mutualistes.

- ✓ **Prestataires (FOSA, mutuelle de santé) :** Les problèmes qui affectent les mutuelles de santé sont les suivants :
- la faible adhésion des indigents/Baka à la mutuelle malgré le fait que les frais d'adhésion à certaines mutuelles s'élèvent à 100 F CFA ;
- le retard de virement des cotisations des mutualistes par les instances du projet ; ce qui cause un réel problème au niveau de la mutuelle, étant donné qu'ils ne permettent pas de garantir l'accès aux soins pour les indigents/Baka ;
- l'absence de médecin conseil à disposition des mutuelles chargé de faire la contre-expertise des soins prescrits par les FOSA notamment en ce qui concerne les coûts des prestations.

2.5. IMPACTS DU PROJET EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES ET LES BAKA

Les impacts du projet ne sont pas encore suffisamment ressentis compte tenu de la période des investigations liées à la présente mission (par rapport à la fin du projet) et du fait de la réticence des Baka dans certaines localités (Mbang et Messamena). Toutefois, les parties prenantes ont relevé plus d'effets positifs que négatifs du projet dans cette première phase de mise en œuvre.

2.5.1. Changement positifs

- ✓ **Régulateurs (DRSPE, DS)**
- Le PAISS a eu un changement positif sur les populations autochtones Baka. En effet, grâce au projet et avec le système PBF, les populations autochtones Baka sont de plus en plus ouvertes à la médecine moderne ; ce qui a conduit à une augmentation de la fréquentation des FOSA par ces dernières. Ce nombre augmente au fil des ans.
- La mise en place des mécanismes de vérification des déclarations des FOSA (validation qualitative surtout) ont permis une amélioration importante de la qualité des soins administrés par les FOSA-PBF aux indigents/BAKA. En effet, les subsides versés aux FOSA sont constitués par la somme des validations quantitatives et des validations qualitatives.
- De manière indirecte, le PBF a permis une augmentation des revenus du personnel de santé des FOSA bénéficiaires ; ce qui constitue un facteur de motivation du personnel sanitaire.
- La mise en œuvre du PBF a contribué à l'amélioration de la qualité de services dans les FOSA à tous les niveaux. Elle a conduit les Baka à s'intéresser à d'autres problèmes de santé notamment, la vaccination.

- Le PBF a conduit dans certains villages, au choix et à la formation d'agents/relais communautaires Baka. Cela a permis leur plus grande considération au sein des communautés/villages et dont, de combattre ou limiter leur marginalisation ;
- Augmentation de la fréquentation des FOSA par les indigents et les Baka (changement des mentalités).

✓ **Vérificateurs (FRPS, AAP)**
- Avec les subsides reversés aux mutuelles, il y a plus de moyens financiers pour s'occuper des mutualistes ;
- Tous les indigents ont été pris en charge pour des pathologies pour lesquelles les médicaments étaient gratuits et disponibles (PEC en fonction des intrants de santé) ;
- La mortalité n'est pas plus élevée chez les indigents que chez les non-indigents (décès sur fistule obstétricales, décès maternelle ou néonatale, etc.) ;
- Le PBF a permis d'améliorer la stratégie avancée ;
- Avec le PBF, les femmes ont commencé à utiliser les latrines (cas de Salapoumbe). Les cas de diarrhées sont passés de 32% à 5% ;
- Certains Baka sont actuellement sous ARV, d'autres se sont fait opérés de la hernie notamment dans le district de santé de Massea, où il y avait beaucoup de Baka souffrant de cette maladie ;
- Les femmes suivent de plus en plus les consultations prénatales et veillent de plus en plus à la vaccination régulière de leurs enfants ;
- La médecine traditionnelle perdure malgré la croissance de la fréquentation des mutuelles par les Baka.

✓ **Prestataires (FOSA, mutuelle de santé)**
- Les Baka se rendent de manière plus régulière dans les FOSA, prennent les médicaments tel que recommandé et s'engagent dans l'amélioration de l'hygiène et la salubrité dans leurs campements ;
- La fourniture de soins de gratuits aux indigents/Baka a contribué à une plus grande fréquentation des FOSA par les indigents/Baka ;
- Les Baka se comportent de plus en plus comme des « hommes du village ». Ils ont une plus grande confiance à la médecine moderne, par exemple en ce qui concerne la vaccination des enfants ;
- La mise en œuvre du PBF a contribué à l'augmentation de l'adhésion des indigents/Bakas a la mutuelle de santé ;
- La mise en œuvre de l'approche PBF dans les FOSA a permis aux Baka de prendre conscience de l'importance de conduire leurs malades dans les délais vers les FOSA ;
- La mise en œuvre du PBF a aussi permis de réduire le taux de morbidité dans les villages, et cela est ressenti au niveau de la grille de validation, ligne « malades indigents » ;
- Avec la gratuité de prise en charge, les femmes Baka acceptent d'accoucher dans les FOSA ;
- Les subsides du PBF ont permis l'amélioration de l'état des bureaux, ameublement, équipement en logistique, paperasse ;
- La mise en œuvre du PBF a facilité l'implication des Baka et des indigents dans les activités de santé communautaires (sensibilisation, campagne, etc.) ;
- L'augmentation de la fréquentation des FOSA par les indigents et les Baka (changement des mentalités) ;
- Les Baka ont d'abord recours à la médecine traditionnelle lorsqu'ils ont un problème de santé. C'est uniquement lorsqu'ils ne trouvent pas la guérison qu'ils se rendent dans les FOSA.

✓ **Payeur de performances (MINSANTE/PAISS)**
- Le PAISS a eu un changement positif sur les Baka. En effet, grâce au projet et avec le système PBF, les Baka sont de plus en plus ouverts à la médecine moderne ; ce qui a conduit à une augmentation de la fréquentation des FOSA par ceux-ci dans la zone du projet. Ce nombre augmente au fil des ans. Par ailleurs, les résultats des enquêtes communautaires permettent d'affirmer que le PAISS a un impact positif sur le terrain.

2.5.2. Changements négatifs

Le PBF aurait très peu d'impacts négatifs au regard des avis des parties prenantes rencontrées. Les quelques changements négatifs qu'auraient apporté le PBF sont les suivants :
- La dépendance de nombreux prestataires de santé vis-à-vis du PBF, délaissant les autres activités du MINSANTE ;
- Les populations bénéficiaires ont développé une mentalité qui les rend de plus en plus exigeante vis-à-vis de la gratuité des soins. Par ailleurs, elles se montrent de plus en plus agressives lorsque leur prise en charge ne peut pas être assurée notamment en cas de rupture de stocks de médicaments.

2.6. Principaux problèmes/conditions de santé chez les indigents et les Baka pendant cette première phase du projet

Les problèmes de santé observés chez les Baka sont généralement ceux observés chez l'ensemble des populations de la région de l'Est.

- **Vérificateurs (FRPS, AAP) :** Paludisme, maladie de pian, gastroentérites.
- **Prestataires (FOSA, mutuelle de santé) :** Pian, Diarrhée, Paludisme, Malnutrition, Complications lors des accouchements à domicile, Infections pulmonaires, Maladies diarrhéiques, Rhumatismes, Dermatoses cutanées.

2.7. Implication de la communauté Baka dans le cadre de la mise en œuvre du PBF

2.7.1. Niveau d'implication

Dans le cadre de la mise en œuvre du PBF, l'implication des Baka s'est manifestée tel que décrit ci-après par les différentes parties prenantes rencontrées.

✓ **Régulateurs (DRSPE, DS)**

- Les Baka sont membres des structures de dialogue (COSA, COSADI…)
- Visites de sensibilisation des agents de santé dans les domiciles des Baka ;
- Prise en charge gratuite des patients Baka ;

✓ **Vérificateurs (FRPS, AAP) et Payeur de performances (MINSANTE, PAISS)**

- Les Baka sont bénéficiaires du programme ;
- Les Agents de Santé Communautaires (ASC) regroupent aussi bien les Baka que les autres groupes indigents ;
- Les Associations Locales (ASLO) Baka sont beaucoup plus privilégiées dans les enquêtes communautaires. Il existe au moins une ASLO par FOSA.

✓ **Prestataires (FOSA, mutuelle de santé)**

- Le choix et la formation des relais communautaires Baka
- Visites de sensibilisation des agents de santé dans les domiciles des Baka ;
- La formation des accoucheuses traditionnelles Baka qui par ailleurs, jouent un très grand rôle dans la sensibilisation des communautés Baka, notamment les femmes.

✓ **Payeur de performances (MINSANTE/PAISS)**

- Le choix et la formation des relais communautaires Baka et leur participation dans la sensibilisation des communautés sur la mutuelle.
- Les Baka sont désormais membre des comités exécutifs des mutuelles et comités de santé, notamment des postes de président du comité de santé à Kwoam, et vice-président de la mutuelle de santé de Mindourou.

2.7.2. Relations Baka – Bantu suite à l'intervention du PBF

- **Régulateurs (DRSPE, DS) :** Leurs relations sont restées au beau fixe car, autant les Baka que les Bantu ont bénéficié de la prise en charge octroyée par le projet et des possibilités de travail offertes, en termes de recrutement des locaux dans la mise en œuvre des activités du projet.
- **Vérificateurs (FRPS, AAP) :** Il a été observé quelques frustrations chez les Bantu qui reprochent par exemple le fait que FAIRMED ne s'occupe que des Baka.
- **Prestataires (FOSA, mutuelle de santé) :** Ces relations n'ont pas été affectées, elles sont restées les mêmes.
- **Payeur de performances (MINSANTE, PAISS) :** Leur relation est restée au beau fixe car autant les Baka que les Bantu étaient recrutés dans la mise en œuvre des activités du projet (ASLO pour les enquêtes communautaires, relais communautaires, etc.).

2.7.3. Enquêtes communautaires

Les enquêtes communautaires visent à apprécier la satisfaction des services de santé offerts par les FOSA bénéficiaires du PBF. Ces enquêtes sont menées par les OCB, sous la supervision de l'AAP.

2.8. PRISE EN COMPTE DE L'ASPECT GENRE DANS LE PROJET

2.8.1. Implication de la femme Baka dans la prise de décision d'accéder aux soins essentiels

Les différents acteurs rencontrés dans le cadre de l'audit social ont donné leurs avis sur l'implication de la femme Baka dans la prise de décision en matière d'accès aux soins essentiels.

✓ **Régulateurs :** Pour les régulateurs, la femme est totalement impliquée dans la prise de décisions en ce qui concerne l'accès aux soins. Le projet a lors de sa formulation, prévu la prise en compte de la femme dans la mise en œuvre du PBF. D'une part, l'un des objectifs spécifiques du PAISS est d'améliorer la santé de la

mère et de l'enfant et, la grande majorité des indicateurs couvrent ce critère. D'autre part, le PBF est basé sur le principe de non-discrimination et de promotion de l'approche genre.

- ✓ **Vérificateurs et payeur de performance :** Du point de vue des vérificateurs et du payeur de performances, chez les Baka, le couple se concerte pour la prise de décisions, y compris en ce qui concerne l'accès aux soins de santé.
- ✓ **Prestataires des services :** Les prestataires de services affirment qu'en matière de santé, les femmes Baka sont toujours au-devant de la scène, qu'il s'agisse de leur mari ou de leurs enfants, parfois sans l'autorisation du mari. Ces femmes sont considérablement engagées quand il s'agit de la santé. L'on retrouve parmi elles, des accoucheuses traditionnelles qui, en plus de ce rôle, sensibilisent d'autres femmes sur divers problèmes liés à la santé (importance de la vaccination, accouchement dans les conditions de sécurité, etc.). Au-delà, les relais communautaires encouragent les hommes à accompagner leurs femmes, surtout celles qui sont enceintes dans les FOSA.
- ✓ **Selon les Partenaires externes : S**elon FAIRMED, la femme Baka jouit d'une liberté de décision en matière d'accès aux formations sanitaires.

2.8.2. Rôle de la femme Baka dans la sélection des services de santé

Les acteurs interviewés se sont prononcés sur le rôle de la femme Baka dans la sélection des services de santé.

- ✓ **Selon les Régulateurs :** Chez les Baka, ce sont très souvent les femmes qui se rendent dans les FOSA. Elles sont particulièrement vigilantes quand il s'agit de la santé de leurs enfants .Elles fréquentent les services de santé les plus proches.
- ✓ **Selon les Prestataires :** Pour les prestataires de services dans le cadre du PBF, la femme Baka joue un rôle capital dans la sélection des services de santé. En règle générale, la devise de l'homme Baka est « *boire et dormir* » alors que celle de la femme est de « *préparer et veiller sur l'état de santé de la famille en général* ».

2.9. DETERMINANTS DE LA SANTE

Les acteurs rencontrés ont identifié les principaux facteurs qui interviennent dans l'offre et le demande de santé chez les Baka.

- ✓ **Selon les Régulateurs :** Les régulateurs distinguent deux groupes de facteurs : les facteurs qui éloignent les Baka des centres de santé et ceux qui les y rapprochent.

Les facteurs qui éloignent les Baka des FOSA comprennent entre autres :

- les croyances et les mentalités. Les Baka sont fortement enracinées à leur forêt. Lorsqu'un Baka a un problème de santé, il recourt en premier lieu à la médecine traditionnelle. Le recours à la médicine moderne/FOSA intervient uniquement lorsque le traitement indigène n'a pas donné de résultats satisfaisants ou lorsque la guérison souhaitée ou recherchée n'est pas obtenue ;
- la très grande mobilité des Baka liée à leur mode de vie centré essentiellement sur l'accès à la forêt ;
- l'éloignement des campements Baka des FOSA. Les distances qui séparent les campements des FOSA sont souvent très grandes pour être parcourues à pied et de façon permanente et régulière ;
- l'insuffisance des moyens financiers et même l'insuffisance des moyens de transport en commun ; ce qui ne facilite pas toujours les déplacements ;
- la stigmatisation dont sont victimes les Baka de la part des Bantu voire du personnel sanitaire.

Les facteurs qui rapprochent les Baka des FOSA ou les motivent à s'y rendre intègrent :

- la recherche de la guérison en cas d'inefficacité de la médecine traditionnelle ;
- la gratuité des soins offerts par le PBF ; la survenue de cas de complication ;
- la qualité de l'accueil dans les FOSA appuyées par le PBF.

- ✓ **Selon les Vérificateurs :** D'après les vérificateurs, différents facteurs conditionnent la demande et l'offre de santé chez les Baka. Il s'agit notamment :

- des problèmes de stigmatisation et de marginalisation dont les Baka sont régulièrement victimes ;
- de l'éloignement des FOSA par rapport aux communautés Baka ou leurs lieux de résidence ;
- du manque de moyens logistiques au niveau des FOSA, pour permettre au personnel de santé (y compris les relais communautaires) de se rentre dans les domiciles des Baka.

- ✓ **Selon le Payeur de performances :** Pour le payeur de performances, différents facteurs encouragent les Baka à fréquenter les FOSA, notamment :

- l'amélioration et la gratuité des soins.et des médicaments ;
- la considération des Baka au sein de leurs communautés. Du fait de leur implication/prise en compte (relais communautaire par exemple, accès aux soins), les Baka se sentent moins marginalisés, ce qui les pousse à recourir davantage à la médecine moderne.

Selon le payeur de performances, les facteurs qui peuvent décourager les Baka à recourir et/ou avoir accès à la médecine moderne regroupent :

- l'éloignement des FOSA enrôlées dans le PBF des campements Baka ;
- la marginalisation et la stigmatisation dont sont victimes les Baka ;
- la précarité financière incluant une incapacité à payer les soins de santé ;
- la faible intégration de la notion de prévention des maladies chez les Baka, se traduisant par exemple par le manque d'hygiène corporelle, la faible demande des soins de santé, etc. ;
- les croyances et les mentalités.

2.10. RÔLE DES ACTEURS CLÉS

2.10.1. ONG et partenaires impliqués dans la fourniture des services de santé aux Baka dans la région de l'Est

Les acteurs ont présenté les différents les partenaires externes au PBF dans la région de l'Est, intervenant sur le terrain pour faciliter l'accès des pygmées Baka aux services de santé.

- ✓ **Selon les Régulateurs :** Les régulateurs ont recensé plusieurs acteurs intervenant dans le secteur de la santé dans la région de l'Est :
- **Plan Cameroon,** qui mène différentes actions en faveur des pygmées Baka, notamment, la promotion du droit des indigents y compris le droit à la santé. Leurs interventions ont permis aux Baka de prendre conscience du fait qu'ils avaient le droit de se faire soigner, de faire soigner leurs enfants gratuitement ;
- **Points focaux des communautés des aires de santé**, participent à l'élaboration des business plan des mutuelles de santé, avec les chefs de CSI. Ils sont signataires de l'ouverture des comptes et des décaissements des fonds des mutualistes au quotidien ;
- **Relais communautaires**, interviennent dans diverses activités sur le terrain (pesées, visites communautaires, stratégie avancée, campagnes de vaccination, sensibilisation, etc.) ;
- **Service d'action sociale en faveur des peuples Baka** : Ils servent de pont entre la mairie et les FOSA pour payer les soins ;
- **FAIRMED** : Elle appuie les districts dans la mise en œuvre du projet « santé pygmée », la mise en place et l'encadrement des mutuelles de santé, des structures de dialogue, la construction des latrines, des puits. L'ONG apporte également un appui logistique aux FOSA avec par exemple la dotation en motos pour le déplacement des agents, ou encore du matériel de soin ;
- **PNDP** dont les interventions sont généralement axées sur la fourniture de stocks de médicaments aux FOSA. Toutefois, les régulateurs soulignent le fait que ces médicaments sont généralement pour les premiers soins et, ne permettent pas toujours de traiter les pathologies locales. Par ailleurs, le PNDP est aussi impliqué dans la formation des relais communautaires, etc.

- **Selon les Vérificateurs :** Les vérificateurs ont relevé la présence de cinq principaux acteurs œuvrant sur le terrain pour faciliter l'accès des Baka aux soins de santé. : PNDP avec la fourniture de médicaments aux FOSA pour la prise en charge des Baka, Mairies qui, dans certaines localités approvisionnent les FOSA en médicaments, Programme MTN (maladie tropicale négligées), une ONG qui ravitaille certaines FOSA en médicaments (chaque début d'année), FAIRMED qui intervient déjà pour le compte du PBF, Plan Cameroun, avec de nombreuses actions menées pour améliorer le cadre de vie des pygmées Baka (Ex : construction des latrines).
- **Selon le Payeur de performances :** Du point de vue du payeur de performances, les acteurs présents sur le terrain sont principalement : les Organisations Communautaires de Base (OCB) qui, mènent les enquêtes communautaires notamment pour le compte du PBF, des ONG comme Médecins Sans Frontière (MSF) ; les confessions religieuses, notamment l'Église catholique qui est impliquée dans la fourniture des soins indigents/Baka dans la zone du projet.
- **Selon les Prestataires :** Les différents acteurs intervenant sur le terrain pour faciliter l'accès des Baka aux services de santé comprennent : le PNDP, les mutuelles de santé qui, assurent la couverture des soins de santé administrés aux Baka par les FOSA, l'ONG FAIRMED dont les actions contribuent à la sensibilisation des Baka et des indigents sur les questions de santé. Cet organisme aide également dans la mise en place et la structuration des mutuelles, la construction de forages, l'appui à la création de GIC (agriculture).

2.10.2. Rôle des services régionaux dans la fourniture des services de santé aux pygmées Baka

Selon les responsables des services régionaux, le rôle principal de leurs services est de veiller au respect des normes des interventions dans le secteur de la santé en général, et des normes du PAISS/PBF en particulier sur le terrain. Ces services assument la fonction de superviseur et de régulateur ; ce qui leur confère un pouvoir de sanction en cas de violation des normes par tous les autres acteurs intervenant sur le terrain (vérificateurs, prestataires).