

# ÉVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

## RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Rapport de mission :  
25–29 septembre, 2017





# **ÉVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI**

de la  
**RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN**

Rapport de mission :  
**25–29 septembre, 2017**

WHO/WHE/CPI/REP/2017.60

**© Organisation mondiale de la Santé 2017**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République du Cameroun. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

# REMERCIEMENTS

Le Secrétariat de l'OMS pour l'évaluation externe conjointe (EEC) tient à remercier les personnes suivantes, dont le soutien et l'engagement envers les principes du Règlement sanitaire international (2005) ont permis de conduire avec succès cette mission d'EEC :

- Le gouvernement et les experts nationaux du Cameroun pour leur soutien et leur travail dans la préparation de cette mission.
- Les gouvernements du Bénin, des Etats-Unis d'Amérique, de France, de Mauritanie, du Royaume-Uni et du Sénégal pour la mise à disposition d'experts techniques dans ce processus d'examen par les pairs.
- L'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), pour la participation de leurs experts et leur contribution technique.
- Les gouvernement d'Allemagne pour leur appui financier à cette mission.
- Le Bureau de l'OMS Sierra Leone et le Bureau régional OMS pour l'Afrique.
- L'Initiative du programme mondial de sécurité sanitaire pour sa collaboration et son soutien.



# Table des matières

Liste des acronymes -----	vi
Résumé analytique - Conclusions de l'évaluation externe conjointe -----	1
Scores de la République du Cameroun -----	5
<b>PRÉVENIR</b> -----	<b>7</b>
Législation, Politique et financement nationaux -----	7
Coordination, communication et promotion du RSI -----	9
Résistance aux antimicrobiens-----	11
Zoonoses-----	14
Sécurité sanitaire des aliments -----	17
Sécurité et sûreté biologiques -----	19
Vaccination -----	22
<b>DÉTECTER</b> -----	<b>24</b>
Système national de laboratoires-----	24
Surveillance en temps réel-----	28
Notification-----	31
Développement du personnel-----	33
<b>RIPOSTER</b> -----	<b>35</b>
Préparation -----	35
Interventions d'urgence-----	37
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité-----	40
Moyens médicaux et déploiement de personnel-----	42
Communication sur les risques -----	44
<b>AUTRES</b> -----	<b>47</b>
Points d'entrée -----	47
Événements d'origine chimique -----	50
Situations d'urgence radiologique -----	53
Annexe 1 Contexte de l'évaluation externe conjointe -----	55

## Liste des acronymes

<b>AIEA</b>	Agence Internationale de l'Energie Atomique
<b>ANPR</b>	Agence Nationale de Radio Protection
<b>ARIS</b>	Animal Ressources Information System
<b>CDC</b>	United States Centers for Disease Control and Prevention
<b>COUSP</b>	Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
<b>CPC</b>	Centre Pasteur du Cameroun
<b>CRESAR</b>	Centre de Recherche et de Santé des Armées
<b>DHIS2</b>	District Health Information System 2
<b>DLMEP</b>	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
<b>EEC</b>	Evaluation Externe Conjointe
<b>EIR</b>	Equipe d'Intervention Rapide
<b>EPI</b>	Equipement de Protection Individuelle
<b>FAO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
<b>FETP</b>	Field Epidemiology Training Program
<b>Gavi</b>	Global Alliance for Vaccines and Immunizations
<b>GHSA</b>	Global Health Security Agenda
<b>LANACOME</b>	Laboratoire National de Contrôle qualité des Médicaments et d'Expertise
<b>LANAVET</b>	Laboratoire national vétérinaire
<b>LNSP</b>	Laboratoire National de Santé Publique
<b>MINEPDED</b>	Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable
<b>MINEPIA</b>	Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales
<b>MINFOF</b>	Ministère des Forêts et de la Faune
<b>MINRESI</b>	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
<b>MINSANTE</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>OIE</b>	Organisation mondiale de la Santé animale
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORSEC</b>	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
<b>PBF</b>	Performance-Based Financing
<b>PSF</b>	Poste de Santé aux Frontières
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PFN</b>	Point Focal National
<b>POCT</b>	Point-Of-Care and Testing
<b>POS</b>	Procédures Opératoires Standardisées

<b>PPAC</b>	Plan pluri Annuel Complet
<b>RAM</b>	Résistance aux antimicrobiens
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>RSI</b>	Règlement Sanitaire International
<b>SIMR</b>	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
<b>SLIPTA</b>	Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation
<b>SLMTA</b>	Strengthening Laboratory Management Towards Accreditation
<b>SSA</b>	Sécurité Sanitaire des Aliments
<b>TIC</b>	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>USP</b>	Urgence de Santé publique
<b>USPPI</b>	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Résumé

## Introduction

Le Règlement sanitaire international (2005), adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé le 23 mai 2005, est entré en vigueur le 15 juin 2007. Il s'agit d'un instrument international juridiquement contraignant visant à « Prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, les maîtriser et y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elles présentent pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». Il définit ainsi les obligations des Etats Parties à développer des capacités de détection et de riposte aux événements de nature biologiques, chimiques ou radiologiques et à rapporter annuellement à l'Assemblée mondiale de la Santé leurs progrès dans sa mise en œuvre.

La mission d'Evaluation Externe Conjointe (EEC) est l'une des quatre composantes du cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005) : rapports annuels, EEC, revue après action (RAA) et exercices de simulation.

A cette fin, le secrétariat du RSI à l'OMS a développé un outil EEC qui mesure les aptitudes du pays à prévenir, détecter et répondre rapidement aux menaces de santé publique, conformément aux exigences du RSI (2005). C'est ce même outil qui est utilisé pour l'exercice d'auto-évaluation réalisé par le pays, préalablement à la mission EEC.

Les résultats ainsi obtenus permettent de développer un plan d'action national multisectoriel destiné à renforcer la mise en œuvre du RSI (2005).

## Déroulement de l'EEC au Cameroun

La mission d'évaluation externe conjointe des principales capacités RSI (2005) du Cameroun s'est déroulée à Yaoundé, du 25 au 29 septembre 2017, sous la conduite de douze évaluateurs externes, en présence d'une centaine de représentants nationaux des différentes disciplines et secteurs, et des principaux partenaires.

Conformément à l'outil EEC, 48 indicateurs couvrant 19 domaines techniques ont été examinés pour mesurer les capacités du pays à prévenir, détecter et riposter aux urgences de santé publique qu'elles soient naturelles, d'origine délibérée ou accidentelle. Cet examen a permis d'identifier des atouts, des bonnes pratiques, des volets à renforcer et des points faibles, d'attribuer des scores et de formuler trois à cinq actions prioritaires pour chaque domaine technique qui permettront de faire progresser de façon réaliste les capacités nationales à mettre en œuvre le RSI (2005).

La méthodologie adoptée s'est conformée aux directives de l'outil d'EEC : présentations en séance en plénière suivies de discussions approfondies, s'appuyant sur la documentation fournie et des visites sur site.

L'équipe EEC a reconnu la qualité du travail des experts nationaux, marquée par une transparence et une crédibilité affirmées tout au long de l'exercice d'auto-évaluation et de l'EEC. Elle est particulièrement reconnaissante aux membres de cette équipe nationale pour leur assiduité et leur participation active. Le réalisme des scores proposés par le pays a facilité le consensus sur les quelques indicateurs pour lesquels les avis étaient partagés entre évaluateurs externes et experts nationaux. De cette façon, nous avons pu nous consacrer essentiellement à ajuster les actions prioritaires.

## Principaux constats

Il ressort de cette EEC les principaux points suivants :

- La République du Cameroun dispose d'un ensemble de textes législatifs et réglementaires encadrant la surveillance et la riposte aux événements de santé publique et d'une stratégie nationale « Une seule santé ».
- Le système national des laboratoires (santé animale et humaine) dispose de structures de référence capables de détecter les agents pathogènes prioritaires.
- Il existe des mécanismes de collaboration intersectorielle pour la détection et la réponse aux événements de santé publique, notamment les zoonoses, mais ils sont activés uniquement en période de crise.
- Le Programme élargi de vaccination est appliqué de façon efficace et permet une bonne couverture vaccinale de routine, notamment pour la rougeole.
- Les ressources humaines en santé humaine et animale sont disponibles au niveau central et régional. Toutefois, les effectifs restent insuffisants dans la plupart des secteurs. Un plan de développement des ressources humaines de santé 2013-2017 existe, mais sa mise en œuvre reste limitée.
- Enfin, la République du Cameroun a mis en place un dispositif de Gestion des Risques et des Catastrophes s'appuyant sur un plan ORSEC et un plan national de contingence multirisques.

**Malgré les efforts considérables réalisés par le Cameroun afin d'améliorer la sécurité sanitaire et la réponse aux situations d'urgence, il lui reste d'importants défis à relever pour renforcer les capacités requises pour prévenir, détecter et riposter aux événements de santé publique.**

Au niveau législatif, les textes de lois et les réglementations devraient être révisés pour s'adapter pleinement aux dispositions du RSI (2005). Il faudrait également établir une stratégie de plaidoyer en faveur d'une mobilisation des ressources et du financement pérenne nécessaires au renforcement des capacités requises pour la mise en œuvre du RSI (2005).

L'absence d'un cadre formel de coordination avec les autres secteurs et le manque de procédures opératoires standardisées entravent le bon fonctionnement du PFNRSI. L'insuffisance de la coordination multisectorielle et le manque de documentation et procédures écrites pour un grand nombre d'activités limitent la mise en œuvre du RSI (2005). Les capacités de détection et de riposte aux événements de santé publique, y compris la coordination entre les secteurs, gagneraient en promptitude et en efficacité avec des procédures clarifiant les rôles et responsabilités de chacun, et précisant les actions à entreprendre. A cette fin, il serait nécessaire de renforcer la SIMR et le réseau d'épidémio-surveillance de la santé animale, d'améliorer les capacités d'analyse et les échanges d'information. La mise en place de procédures opératoires précisant les mécanismes de coordination entre secteurs devrait améliorer les modalités de notifications à l'OMS et à l'OIE.

Le renforcement des laboratoires pour améliorer et maintenir les capacités de détecter des événements de santé publique liés aux épidémies, aux zoonoses, à la sécurité sanitaire des aliments et aux risques chimiques, reste aussi limité. Une stratégie nationale multisectorielle de renforcement des capacités des laboratoires et la mise en place d'un réseau intersectoriel des laboratoires s'avèrent donc indispensables.

Il serait également nécessaire d'établir un système de transport et de transfert des échantillons harmonisé et sécurisé pour la confirmation rapide des flambées épidémiques.

Concernant la surveillance, la détection et la riposte aux événements liés à la sécurité sanitaire des aliments ou d'origine chimique, la coordination entre les structures concernées est insuffisante en dépit de la

législation et de la réglementation en place. Il conviendrait d'établir des plans de riposte spécifiques aux événements.

En matière de gestion de la résistance aux antimicrobiens, il serait souhaitable que le pays mette en place un groupe technique multidisciplinaire et multisectoriel, chargé d'élaborer un plan national pour la détection et la notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, ainsi qu'un plan national de prévention et de lutte contre les infections.

Aux Points d'entrée, de façon générale, les principales capacités requises conformément au RSI (2005) ne sont pas remplies. Pour pouvoir élaborer un plan de renforcement de ces capacités, il est important de désigner un nombre limité de Points d'entrée.

Il convient de noter que le Cameroun dispose d'un Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUPSP) dont le texte réglementaire de création, d'organisation et de fonctionnement n'a pas encore été adopté. L'adoption d'un cadre réglementaire et la mise en oeuvre d'une stratégie de développement devraient améliorer sa fonctionnalité.

Enfin, le volet des urgences de santé publique restant peu développé dans le Plan national de contingence pour la gestion des risques de catastrophes, il convient d'élaborer un Plan national opérationnel multi-dangers en cas d'urgence de santé publique. Il serait également nécessaire d'élaborer un plan multisectoriel de communication sur les risques, de mettre en oeuvre le plan d'envoi et de réception de moyens médicaux, de développer un plan de déploiement du personnel et d'établir des partenariats avec d'autres états et des organismes internationaux.

## Prochaines étapes

A l'issue des cinq jours de discussion avec les experts nationaux, les membres de l'équipe EEC proposent les actions suivantes au Gouvernement du Cameroun pour la mise en œuvre de toutes les mesures prioritaires identifiées par domaine technique :

- Maintenir la dynamique de la dimension intersectorielle développée au cours du processus d'EEC. A cet effet, le pays devra mettre en œuvre sa stratégie nationale « Une seule santé ».
- Il est aussi important de prendre en considération d'autres cadres tels que le GHSA pour accélérer le processus de la mise en œuvre du RSI (2005).
- Dès à présent, et de façon générale, il convient d'insister sur l'importance d'élaborer des plans d'urgence et les procédures associées pour les domaines qui n'en disposent pas encore.
- L'élaboration du plan national d'action qui prend en compte les résultats de l'EEC et d'autres évaluations récentes des secteurs clés, devra être finalisée au plus tard le premier trimestre 2018.
- Pour renforcer la sécurité sanitaire et la mise en œuvre des capacités essentielles du RSI (2005), le pays devra continuer à promouvoir l'application du nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005) (rapports annuels, EEC, revue après action et exercices de simulation).

## Conclusion

L'équipe EEC félicite le Gouvernement du Cameroun pour la parfaite organisation et la participation active et transparente des experts nationaux à ce processus d'évaluation sans complaisance.

Cet atelier a permis de réunir les membres de l'équipe EEC et les experts nationaux pour identifier les points à améliorer et les actions prioritaires. La mise en œuvre des recommandations issues de cette mission contribuera à l'amélioration de la sécurité sanitaire mondiale.

# Scores et actions prioritaires pour le Cameroun

Capacités	Indicateurs	Scores
<b>Législation, Politique et financement nationaux</b>	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI.	1
	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et harmonisé la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).	1
<b>Coordination, communication et promotion du RSI</b>	P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI.	2
<b>Résistance aux antimicrobiens</b>	P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens.	1
	P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.	1
	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé.	1
	P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens.	1
<b>Zoonoses</b>	P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires.	3
	P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale.	3
	P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.	2
<b>Sécurité sanitaire des aliments</b>	P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments.	2
<b>Sécurité et sûreté biologiques</b>	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	2
	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.	1
<b>Vaccination</b>	P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national.	3
	P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national.	3
<b>Système national de laboratoires</b>	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	4
	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	1
	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	2
	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.	2
<b>Surveillance en temps réel</b>	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	3
	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	2
	D.2.3 Analyse des données de surveillance.	3
	D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique.	4
<b>Notification</b>	D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE.	3
	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.	1
<b>Développement du personnel</b>	D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI.	3
	D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type FETP).	4
	D.4.3 Stratégie pour les personnels.	3

Capacités	Indicateurs	Scores
<b>Préparation</b>	R.1.1 Un plan national multirisques de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué.	1
	R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités.	2
<b>Interventions d'urgence</b>	R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence.	1
	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence.	1
	R.2.3 Programme d'interventions d'urgence.	3
	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.	2
<b>Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité</b>	R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé.	2
<b>Moyens médicaux et déploiement de personnel</b>	R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.	2
	R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.	1
<b>Communication sur les risques</b>	R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.).	1
	R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires.	2
	R.5.3 Communication publique.	3
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	2
	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.	2
<b>Points d'entrée</b>	PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée.	1
	PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée.	1
<b>Événements d'origine chimique</b>	CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique.	1
	CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique.	1
<b>Situations d'urgence radiologique</b>	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire.	2
	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique	2

# PRÉVENIR

## Législation, politique et financements nationaux

### Introduction

Le RSI (2005) s'accompagne de droits et d'obligations pour les États parties. Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) nécessite parfois une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Même si ce n'est pas nécessaire, un État Partie peut choisir de réviser une partie de la réglementation ou d'autres instruments afin de faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficace. L'application des lois permet d'institutionnaliser et de renforcer le rôle du RSI (2005) ainsi que les opérations au sein de l'État Partie. Elle est également propre à faciliter la coordination entre les différentes entités intervenant pour leur application. Voir conseils détaillés relatifs à l'application du RSI (2005) dans la législation nationale à ([Http ://www.who.int/ihr/legal\\_issues/legislation/en/index.html](http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html)). En outre, les politiques définissant les structures et les responsabilités nationales, ainsi que l'affectation de ressources financières suffisantes, sont essentielles.

### Cible

*Les États Parties doivent disposer d'un cadre juridique adéquat pour les soutenir, leur permettre de s'acquitter de leurs obligations et faire valoir leurs droits, afin de respecter et d'appliquer le RSI (2005). Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) peut nécessiter une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Même si ce n'est pas nécessaire, un État Partie, peut choisir de réviser une partie de la législation, de la réglementation ou d'autres instruments, afin de faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficace, efficace et bénéfique.*

*Les États Parties doivent garantir la mise à disposition de financements suffisants pour mettre en œuvre le RSI (2005), qu'ils proviennent du budget national ou d'un autre mécanisme.*

### Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun dispose dans la plupart des secteurs d'une législation, d'une réglementation, de prescriptions administratives et autres instruments gouvernementaux pertinents pour l'application du RSI (2005). Grâce aux efforts considérables du pays, 43 textes, dont 17 lois et 26 règlements, ont été promulgués.

Cependant, leur examen amorcé au cours l'auto-évaluation n'a pu être entièrement réalisé. Toutefois, même s'il n'est que partiel, il a permis de détecter des lacunes et des contradictions dans l'arsenal juridique. Il est donc nécessaire de procéder à un examen systématique multisectoriel de la législation et de la réglementation relative à la mise en œuvre du RSI (2005) selon l'approche « Une seule santé », afin de pouvoir formuler des recommandations à l'endroit du gouvernement et permettre les adaptations nécessaires. En conclusion, à l'heure actuelle, le Cameroun ne dispose pas d'une législation, d'une réglementation, de prescriptions administratives et autres instruments gouvernementaux pertinents et suffisants pour l'application du RSI (2005).

### Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un comité intersectoriel intégrant les services juridiques des départements ministériels concernés par la mise en oeuvre du RSI (2005) pour procéder à une analyse systématique de la législation/réglementation nationale en relation avec la mise en oeuvre du RSI (2005) afin d'identifier les manquements à corriger.

- Adapter si nécessaire par voie réglementaire et/ou législative des textes pour faciliter la mise en œuvre du RSI (2005) en vue des résultats de l'examen.
- Conduire un plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires techniques et financiers pour appuyer techniquement et financièrement la mise en œuvre du RSI (2005).
- Plaider auprès du gouvernement pour une source pérenne de financement du RSI (2005).

## Indicateurs et scores

### P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI - Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Recensement dans tous les secteurs des textes relatifs au RSI (2005), doublé d'un examen partiel des textes eux-mêmes pendant l'auto évaluation.
- Analyse exploratoire des textes nationaux relatifs à la mise en œuvre du RSI (2005) pendant l'autoévaluation par les responsables juridiques du ministère de la santé publique.
- Signature d'accords avec les pays frontaliers dans le cadre de la mise en œuvre du RSI (2005).

#### *Volets à renforcer/défis*

- Examen complet de la législation, des lois, de la réglementation, des prescriptions administratives, des politiques ou autres instruments gouvernementaux.
- Renforcement de l'implication effective et de la responsabilisation des services en charge des affaires juridiques de tous les ministères concernés par le RSI (2005) pour conduire le processus d'examen et de mise en conformité des textes.
- Documentation du processus d'examen des textes.

### P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005) – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Prise en compte dans le recensement des textes de tous les secteurs concernés par le RSI (2005).

#### *Volets à renforcer/défis*

- Textes élaborés après le RSI (2005) incomplets et contradictoires ne favorisant pas l'application du RSI (2005).
- Identification, après examen, des adaptations nécessaires de la législation, de la réglementation, des prescriptions administratives et autres instruments gouvernementaux pertinents pour l'application du RSI (2005).
- Nécessité d'aligner la législation, la réglementation, les prescriptions administratives et autres instruments gouvernementaux pertinents pour l'application du RSI (2005).

# Coordination, communication et promotion du RSI

## Introduction

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application réelle du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, y compris le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI, faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), est une exigence clé de l'application du RSI (2005).

### Cible

*Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent mettre à jour continuellement et confirmer tous les ans.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Il existe plusieurs mécanismes de coordination entre les ministères concernés par le RSI (2005), surtout en période de crise, avec notamment la formation de Comités sectoriels fonctionnels. Chaque année, le pays actualise et communique à l'OMS le Point Focal National (PFN) RSI(2005) : équipe multidisciplinaire composée de membres appartenant pour la plupart au Ministère de la Santé. Seule la nomination du Représentant de la santé au sein du PFN RSI est formalisée par voie réglementaire, ce qui n'est pas le cas pour les autres membres, en dehors des courriers de désignation et de mise à jour du PFN RSI transmis à l'OMS. Dans un effort de coordination, un Point contact RSI a été désigné par l'OMS et un Expert RSI 2005 a été nommé par le pays.

Il est toutefois important de noter que la composition du PFNRSI ne tient pas compte de l'approche « Une santé » dans la mesure où il n'existe pas de Point contact OIE officiellement nommé. Par ailleurs, on note l'absence de procédures opératoires standardisées pour le PFNRSI. Ces éléments ne facilitent pas la coordination, la mobilisation et la promotion du RSI (2005) dans le cadre de l'approche « Une seule santé ».

## Mesures prioritaires recommandées

- Formaliser par voie réglementaire la nomination du Point Focal National RSI en tenant compte pour sa composition des différents domaines du RSI (2005) (santé, agriculture, élevage, commerce industrie, sécurité et transport).
- Former les membres du Point Focal National RSI et autres autorités impliquées dans la mise en oeuvre du RSI (2005) à l'exécution de leurs fonctions.
- Elaborer des procédures opératoires standardisées avec la participation de tous les secteurs concernés pour faciliter la coordination, la communication et la promotion du RSI (2005).
- Mettre en place une plateforme d'échange et de communication entre les membres du Point Focal National RSI.

## Indicateurs et scores

### P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- PFNRSI(2005) régulièrement actualisé et transmis à l'OMS.
- Observatoire national de la santé publique (ONSP) veillant à la mise en œuvre du RSI (2005).
- Coordination au sein des ministères concernés lors d'événements susceptibles de constituer un risque ou une urgence de santé publique (USP) de portée nationale ou internationale.
- Mécanismes fonctionnels de collaboration intersectorielle impliquant les laboratoires et les unités de surveillance en santé animale et humaine, surtout en période de crise.
- Bonnes pratiques d'échange d'information systématique et en temps utile entre les unités de surveillance en santé animale et humaine, les laboratoires et autres secteurs concernés en matière de risques ou d'urgences liés aux zoonoses.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Amélioration de la composition et de la procédure de nomination du PFNRSI en tenant compte du concept « Une seule santé ».
- Elaboration de procédures opératoires standardisées (POS) ou de lignes directrices pour la coordination entre le PFNRSI et les autres secteurs concernés, afin de faciliter la coordination, la mobilisation et la promotion du RSI (2005) même en dehors des crises.
- Renforcement du fonctionnement des plates-formes d'échange entre les différents secteurs pour une meilleure mise en œuvre du RSI (2005).
- Identification et allocation de ressources précises et pérennes pour améliorer les capacités de coordination et de fonctionnement du PFNRSI (soutien financier et matériel).

# Résistance aux antimicrobiens

## Introduction

Les bactéries et autres agents microbiens évoluent en réaction à leur environnement et conçoivent inévitablement des mécanismes pour se défendre et éviter d'être éliminés par les antimicrobiens. Pendant de nombreuses décennies, le problème est resté gérable car la résistance augmentait lentement et l'industrie pharmaceutique n'a cessé de créer de nouveaux antibiotiques.

Toutefois, ce problème s'est mué en crise au cours de la dernière décennie. La résistance aux antimicrobiens (RAM) croît en effet à un rythme alarmant au point de surpasser la mise au point de nouveaux moyens de lutte contre les infections. Cette situation menace les soins aux patients, la croissance économique, la santé publique, l'agriculture, la sécurité économique et la sécurité nationale.

## Cible

*Appuyer le travail coordonné par l'OMS, la FAO et l'OIE visant à préparer un ensemble intégré d'activités à l'échelle mondiale pour combattre la résistance aux antimicrobiens, couvrant à la fois la santé humaine et animale, l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (approche « Une seule santé ») avec notamment : a) la mise en œuvre, dans chaque pays, d'un plan national global pour combattre la résistance aux antimicrobiens ; b) le renforcement de la surveillance et des capacités des laboratoires aux niveaux national et international en suivant les normes internationales convenues, élaborées dans le cadre du plan d'action mondial et en tenant compte des normes existantes ; et c) l'amélioration de la conservation des traitements existants et de la collaboration pour soutenir le développement durable de nouveaux antibiotiques, de traitements alternatifs, de mesures préventives, de tests diagnostiques rapides sur le lieu des soins, y compris de systèmes pour conserver les nouveaux antibiotiques.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun ne dispose d'aucun plan national pour la détection en laboratoire des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens. Cependant, 13 laboratoires en santé publique, 1 laboratoire en santé animale et les laboratoires de recherche sont en mesure de les détecter et de les notifier. Deux d'entre eux, le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) et le Laboratoire national de santé publique (LNSP), ont été désignés laboratoires nationaux de référence pour la détection et la notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.

On note également au Cameroun : une commission pour la protection phytosanitaire qui se tient deux fois par an et fournit une liste des produits phytosanitaires autorisés ; un laboratoire national chargé d'évaluer tous les médicaments importés au Cameroun avant leur mise sur le marché ; un laboratoire national de contrôle qualité des médicaments et d'expertise (LANACOME) ; ainsi qu'une unité de contrôle de la qualité des médicaments vétérinaires au Laboratoire national vétérinaire (LANAVET) à Garoua.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser, valider et diffuser le plan national pour la détection et la notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens en y intégrant le secteur privé.
- Elaborer, valider et diffuser un plan national pour les programmes de lutte contre les infections nosocomiales. Mettre en place un groupe technique multidisciplinaire et multisectoriel pour mettre en œuvre ce plan selon l'approche « Une seule santé ».

- Renforcer les plateaux techniques des laboratoires pour la détection de la résistance aux antimicrobiens.

## Indicateurs et scores

### P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de laboratoires nationaux de diagnostic et de recherche, dont 2 de référence pour la détection des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens (CPC, LNSP).
- Elaboration en cours d'un plan national pour tester en laboratoire les agents pathogènes prioritaires recensés par l'OMS avec le soutien du programme Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) de l'OMS dont le LNSP est point focal pour le Cameroun.
- Existence de Commissions nationales du médicament qui approuvent les Autorisations de Mise sur le Marché des médicaments en santé humaine et animale.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Amélioration de la formation des personnels de laboratoire à la détection des RAM en santé humaine, vétérinaire et dans l'agriculture.
- Renforcement de la participation au système mondial de surveillance de la RAM mis en place par l'OMS.

### P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de 2765 formations sanitaires fonctionnelles.
- Implantation en cours d'un système de surveillance des infections causées par les pathogènes résistants aux antimicrobiens.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Elaboration et diffusion de Procédures Opératoires Standardisées (POS) pour la surveillance des infections/épidémies causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.
- Mise en place de systèmes de collecte des données permettant la constitution d'une base de données sur les infections associées aux agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.
- Implémentation d'un système de surveillance sentinelle des infections en santé humaine et animale causées par les agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.

### P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une Sous-direction de l'hygiène et de l'assainissement au Ministère de la Santé chargée de la gestion de l'hygiène en milieu hospitalier.
- Existence de protocoles pour la protection du personnel de santé dans le cadre de la gestion des maladies.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Elaboration, validation et diffusion de plans de promotion de l'hygiène en milieu hospitalier.
- Renforcement des capacités des établissements de santé en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

- Mise à jour et diffusion de lignes directrices pour la protection des agents de santé contre les infections nosocomiales.

#### P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens – Score 1

##### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une loi sur l'organisation et l'exercice de la profession de pharmacien et textes d'application.
- Existence d'une loi portant réglementation de la pharmacie vétérinaire.

##### *Volets à renforcer/défis*

- Sensibilisation des professionnels de la santé et des populations sur l'utilisation judicieuse des antimicrobiens en santé humaine, animale et environnementale.

# Zoonoses

## Introduction

Les zoonoses sont des maladies ou des infections transmissibles qui se propagent aux populations animales et humaines. Ces maladies sont causées par des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, véhiculés par des animaux et des insectes, ou par le biais de vecteurs inanimés nécessaires à la transmission du microbe. Environ 75 % des maladies infectieuses émergentes affectant l'homme sont d'origine animale ; environ 60 % de l'ensemble des agents pathogènes chez l'homme ont une origine zoonotique.

### Cible

*Adoption de comportements, de politiques et/ou de pratiques mesurables susceptibles de minimiser la transmission des maladies zoonotiques des animaux aux populations humaines.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun a identifié cinq zoonoses prioritaires : rage, anthrax, grippe aviaire, Ebola/Marburg et tuberculose bovine. Des plans d'action en termes de surveillance et de contingence sont en cours d'élaboration selon l'approche « Une seule santé » qui se traduit par une réelle collaboration entre les différentes administrations. Le pays est ainsi capable de riposter à plus de 80% des zoonoses dans un délai d'action de deux semaines. Il est doté d'un réseau de surveillance dont l'organigramme est bien établi. Trois laboratoires assurent la surveillance des zoonoses : le Laboratoire national vétérinaire (LANAVET) ; le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) notamment pour la rage canine, et le Centre de Recherche pour la Santé des Armées (CRESAR) plus spécifiquement pour la surveillance de la faune sauvage.

Des personnels de santé animale sont présents au sein du système national de santé publique, de même qu'aux niveaux infranationaux. Une équipe de santé animale travaille ainsi à l'aéroport international de Douala en collaboration avec les secteurs de la santé humaine, l'inspection phytosanitaire et l'inspection de la faune sauvage. Trois écoles au Cameroun assurent une formation académique vétérinaire. Des ateliers sont également organisés en matière de santé animale et le « Field Epidemiology Training Programme » (FETP) inclue des vétérinaires (trois par cohorte à ce jour). Par ailleurs, la FAO s'est engagée à former 25 vétérinaires à l'épidémiologie de base.

Enfin, le pays s'est doté d'une législation pour la prévention et la lutte contre les zoonoses et d'un programme de prévention. L'OIE a conduit une évaluation des services vétérinaires au Cameroun : « Performance of Veterinary Services » (PVS) en 2006, et Analyses des écarts en 2011. Une législation spécifique aux services vétérinaires est en cours d'élaboration.

Toutefois, le Cameroun a besoin d'un soutien technique et financier. Il doit en effet renforcer la surveillance de la faune sauvage et la collaboration entre les secteurs. On note ainsi qu'il n'existe pas de mécanisme automatisé de partage d'information et de POS pour constituer des équipes pluridisciplinaires. Par ailleurs, on constate une faible capacité de riposte sectorielle et multisectorielle aux niveaux départemental et régional, ainsi qu'une offre locale limitée de formation en santé animale. De plus, malgré l'existence d'un système d'estimation du cheptel sur l'ensemble de son territoire, le pays n'a pas procédé à un véritable recensement depuis 1976. Un tel recensement permettrait d'évaluer l'utilisation d'antibiotiques et d'affecter de façon plus appropriée des ressources humaines en santé animale. Il convient également de souligner la complexité du processus d'indemnisation qui n'incite pas les propriétaires de bétail à signaler les animaux malades. Enfin, le manque de formation du personnel de laboratoire pour la faune sauvage

et la santé animale et le non renouvellement de la certification IATA relative au transport des matières dangereuses constituent des freins à la réponse aux zoonoses.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre des directives nationales de surveillance des zoonoses émergentes selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Elaborer et diffuser des procédures de collaboration et de partage d'information entre les systèmes de surveillance en santé animale, humaine et environnementale, y compris en dehors des épisodes de crise.
- Elaborer, valider et mettre en œuvre les différents plans de lutte contre les zoonoses (contingence, surveillance, éradication, gestion).
- Intégrer aux programmes de formation des personnels en santé humaine, animale et environnementale, des formations en épidémiologie de terrain et à la lutte contre les zoonoses.
- Réaliser le recensement des animaux domestiques d'une part pour fournir à l'OIE les données requises permettant d'évaluer l'utilisation d'antibiotiques, d'autre part pour permettre l'affectation adéquate des ressources humaines.

## Indicateurs et scores

### P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Mise en œuvre de l'approche « Une seule santé ».
- Mise en place du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-emergentes par l'arrêté N°28/CAB/PM du 04 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement dudit programme qui assure la promotion ou l'appropriation du concept « Une seule santé » à travers une approche multisectorielle et multi acteurs.
- Identification et priorisation de cinq zoonoses : rage, anthrax, grippe aviaire, Ebola/Marburg et tuberculose bovine.
- Existence de systèmes de surveillance des zoonoses prioritaires (santé humaine, santé animale), d'une collaboration entre les administrations, d'un cadre de riposte multisectorielle au niveau régional et de laboratoires assurant la surveillance épidémiologique et diagnostique.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Manque de financement et d'assistance technique.
- Insuffisance des plans intégrés visant à réduire la transmission des zoonoses prioritaires aux humains.
- Collaboration insuffisante entre les laboratoires vétérinaires et les laboratoires de santé humaine.
- Faible capacité de réponse sectorielle et multisectorielle au niveau régional et départemental.
- Insuffisance des plans stratégiques multisectoriels de réponse contre les zoonoses prioritaires.
- Surveillance insuffisante de la santé de la faune sauvage.
- Absence de POS multisectorielles.

#### P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale – Score 3

##### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une formation spécifique académique vétérinaire et d'un programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP).
- Disponibilité de personnels en santé animale à tous les niveaux.

##### *Volets à renforcer/défis*

- Manque de financement et d'assistance technique.
- Offre locale limitée de formation en santé animale.

#### P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles – Score 2

##### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une législation pour la prévention, le contrôle et la lutte contre les maladies y compris les zoonoses.
- Plans de contingence, de surveillance, de lutte et de prévention de certaines zoonoses (Ebola, Grippe Aviaire).
- Données sur l'estimation de la population animale.
- Initiatives pilotes de surveillance de la santé de la faune sauvage (Ebola, Filovirus, etc.).

##### *Volets à renforcer/défis*

- Manque de financement et d'assistance technique.
- Insuffisance des plans intégrés visant à réduire la transmission des zoonoses prioritaires aux humains.
- Collaboration insuffisante entre les laboratoires vétérinaires et les laboratoires de santé humaine.
- Faible capacité de réponse sectorielle et multisectorielle au niveau régional et départemental.
- Insuffisance des plans stratégiques multisectoriels de réponse contre les zoonoses prioritaires.
- Surveillance insuffisante de la santé de la faune sauvage.
- Absence de POS multisectorielles.

# Sécurité sanitaire des aliments

## Introduction

Les maladies diarrhéiques d'origine hydrique et alimentaire sont les principales causes de morbidité et de mortalité, en particulier dans les pays moins développés. La rapide mondialisation de la production et du commerce alimentaires a multiplié les probabilités de risque d'incidents internationaux dus aux aliments contaminés. L'identification de l'origine d'une flambée de toxi-infections alimentaires et son confinement sont essentiels à son contrôle. La capacité de gestion du risque en matière de contrôle tout au long du continuum de la chaîne alimentaire doit être développée. Si l'analyse épidémiologique d'un événement indique une origine alimentaire, il convient, en se fondant sur une évaluation des risques, de mettre en place des mesures adéquates de gestion des risques afin de prévenir les cas humains (ou d'autres cas).

## Cible

*Les États Parties doivent disposer des capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques de maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Ceci exige une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité de l'eau et de l'assainissement.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun dispose de normes nationales rendues d'application obligatoire sur les produits alimentaires (technologie alimentaire, environnement protection de la santé, agriculture). Il participe au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) et au CODEX Alimentarius. On constate cependant une coordination insuffisante (absence de missions conjointes) entre les parties prenantes ou secteurs concernés lors d'évènements liés à la Sécurité Sanitaire des Aliments (SSA). Par ailleurs, le pays ne procède pas à l'évaluation des ripostes menées.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et diffuser des Procédures Opératoires Standardisées (POS) de collaboration et de partage d'information entre les parties prenantes impliquées dans la sécurité sanitaire des aliments en attendant la création d'une Agence de sécurité sanitaire des aliments.
- Elaborer un plan multisectoriel de détection et de riposte aux évènements liés à la sécurité sanitaire des aliments.
- Finaliser le processus d'adoption du projet de loi-cadre sur la sécurité sanitaire des aliments.
- Renforcer les capacités analytiques des laboratoires nationaux de contrôle de la qualité des denrées alimentaires.

## Indicateurs et scores

### P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments – Score 2

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de mécanismes de contrôle de la qualité des aliments et de l'eau produits localement ou importés (Administrations spécialisées, Agence des normes et de la qualité : ANOR).
- Existence de normes nationales.

- Participation du pays au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) et au CODEX Alimentarius.
- Collecte des données sur les intoxications alimentaires et les maladies d'origine alimentaire par le Système national de surveillance épidémiologique.
- Désignation des membres des équipes de riposte aux flambées épidémiques.
- Utilisation de questionnaires standards pour l'investigation d'évènements suspects liés à la SSA.

***Volets à renforcer/défis***

- Renforcement et redynamisation du cadre existant de collaboration et de coordination des acteurs de la SSA et affectation des ressources nécessaires à son fonctionnement.
- Renforcement du mécanisme de surveillance des évènements susceptibles de constituer un risque en matière de SSA.
- Sensibilisation aux risques en matière de SSA des importateurs, distributeurs, transformateurs, consommateurs, agriculteurs, éleveurs, et autres intervenants dans la chaîne de production/distribution/ transformation/consommation des aliments et de l'eau.

# Sécurité et sûreté biologiques

## Introduction

La manipulation d'agents pathogènes en laboratoire est vitale pour veiller à ce que la communauté mondiale dispose d'un ensemble robuste d'outils (médicaments, produits diagnostics et vaccins) pour contrer la menace en perpétuelle évolution que représentent les maladies infectieuses.

La recherche sur les agents infectieux est cruciale pour développer et mettre à disposition les outils médicaux et de santé publique indispensables à la détection, au diagnostic, à l'identification et à la riposte aux flambées de maladies infectieuses d'origine naturelle, accidentelle ou intentionnelle. Dans le même temps, afin de protéger les chercheurs et la population, la multiplication des infrastructures et des ressources dédiées au stockage et à la manipulation des agents infectieux ne doit pas rendre plus aisés leur accès à des personnes non habilitées à le faire ou éventuellement mal intentionnées.

## Cible

*Mise en place d'un système national de sécurité et sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement, qui soit en mesure d'identifier, de stocker, de sécuriser et de surveiller les agents pathogènes particulièrement dangereux dans un nombre réduit de structures conformément aux pratiques exemplaires ; offre de formations et campagnes de sensibilisation par la pédagogie à la gestion des risques biologiques afin de promouvoir une culture partagée de la responsabilité, de réduire les risques de double usage, de limiter la prolifération biologique et les menaces liées à un usage délibéré, et d'assurer le transfert des agents biologiques en toute sécurité ; mise en place d'une législation sur la sécurité et la sûreté biologiques propre à chaque pays, de l'homologation des laboratoires, et de mesures de lutte contre les agents pathogènes*

## Niveau de capacités du Cameroun

En matière de sécurité et sûreté biologique au Cameroun, il convient de noter un certain nombre d'actions menées notamment au niveau des laboratoires de référence (CPC, CRESAR, LANAVET) qui évaluent les risques liés à la biosécurité et biosûreté avec le soutien expert de l'OMS, de l'OIE, de la FAO et de l'AIEA. Ces laboratoires de référence ont ainsi mis en place un registre des agents pathogènes ainsi que des mesures de conservation et d'accès. Le CPC est un Centre régional collaborateur de l'OMS pour certaines maladies et un Centre inter-pays pour la poliomyélite. Le CRESAR dispose d'un laboratoire de santé humaine et d'un laboratoire de santé animale P2 plus. Par ailleurs, le Cameroun a créé le LNSP qui assure la coordination des politiques relatives à la Qualité et aux Risques en laboratoire.

Dans le cadre de la préparation à la pandémie d'Ebola, plus de 1000 personnels de laboratoire et professionnels de santé ont été formés à la biosécurité et biosûreté à travers différents partenariats (CDC/GHSA, CPC/OMS et LANAVET/AIEA, CRESAR/METABIOTA).

Toutefois, le Cameroun ne dispose pas d'un système global, intégré de gestion de la biosûreté et de la biosécurité des pathogènes dans les laboratoires, ni de programme de formation dans ce domaine.

Enfin, malgré l'existence de textes réglementaires relatifs à la gestion des déchets, le pays est confronté au problème de la gestion des déchets issus des soins.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser et adopter la loi nationale sur la sécurité et la sûreté biologique.
- Elaborer et diffuser des outils pour la documentation, la notification, l'investigation et la réponse aux accidents/incidents biologiques et inciter les structures qui manipulent ou stockent les agents biologiques à élaborer, mettre en œuvre et évaluer leurs plans opérationnels en matière de sécurité et sûreté biologiques.
- Mettre en place des mécanismes d'évaluation de la sécurité et sûreté biologiques et des procédures de classification officielle des laboratoires en fonction de leurs capacités de confinement biologique.
- Elaborer et mettre en œuvre un programme national de formation à la sécurité et sûreté biologiques à destination des personnels de laboratoire et de tous ceux qui manipulent les agents biologiques.
- Mettre à jour le plan de gestion des déchets en impliquant plusieurs secteurs concernés.

## Indicateurs et scores

### P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Révision en cours de la loi nationale sur la sécurité et la sûreté biologique (coordination du MINEPDED).
- Création et opérationnalisation du LNSP.
- Existence d'un laboratoire accrédité ISO 17025 (CPC).
- Existence de référents nationaux pour l'expédition des pathogènes dangereux.
- Vaccinations obligatoires ; suivi et traitements post-exposition accidentelle pour les personnels manipulant des agents pathogènes dangereux dans certaines structures.
- Existence d'une politique de vaccination spécifique (hépatite B, fièvre jaune, etc.) pour le personnel et visites médicales systématiques dans certains laboratoires.
- Evaluation du niveau de formation des personnels par des tests écrits et organisation d'exercices pratiques dans certains domaines pour compléter la formation.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Absence de classification officielle des laboratoires en fonction de leur niveau de confinement biologique.
- Absence de législation et de réglementation en matière de sécurité et sûreté biologique des agents pathogènes dans les laboratoires selon l'approche « Une seule santé ».
- Absence de normes et directives dans le domaine de la biosûreté et la biosécurité, notamment en matière d'utilisation, d'inventaire, de stockage et d'élimination des agents pathogènes au laboratoire, ainsi qu'en matière de gestion des accidents et incidents biologiques.
- Insuffisance des Equipements de Protection Individuelle (EPI) pour le personnel des laboratoires dans certaines régions à risque.

## P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques – Score 1

### ***Atouts/pratiques exemplaires***

- Formation ponctuelles de plus de 1000 personnels de laboratoire à la biosécurité et bio-sûreté à travers différents partenariats (CDC/GHSA, CPC/OMS et LANAVET/AIEA, CRESAR/METABIOTA).
- Formation de personnels spécialisés dans l'hygiène et la gestion des déchets à risque infectieux dans les formations sanitaires.
- Procédures de formation et d'habilitation des personnels travaillant dans les laboratoires de confinement biologique BSL-2+ et BSL-3 (CPC, LANAVET, CRESAR).
- Formation de techniciens et de logisticiens à l'expédition internationale des matières infectieuses conformément à la réglementation internationale (Formation WHO-IATA).
- Formation de formateurs dans certains laboratoires participant au programme SLMTA (Strengthening Laboratory Management Toward Accreditation) du Ministère de la Santé qui prépare à l'accréditation ISO-15189.

### ***Volets à renforcer/défis***

- Identification complète des besoins nationaux en termes de formation à la biosécurité et biosûreté.
- Mise en œuvre du programme national de formation continue à la biosécurité et biosûreté dans toutes les structures.
- Pérennisation du programme de formation en biosécurité et biosûreté.

# Vaccination

## Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé les plus performantes dans le monde et l'un des moyens les plus économiques de sauver des vies et de prévenir les maladies. D'après les estimations, la vaccination permet de prévenir plus de deux millions de décès par an dans le monde.

### Cible

*Un système national performant de délivrance de vaccins – envergure nationale, distribution efficace, accès des populations marginalisées, chaîne du froid adaptée et contrôle systématique de la qualité – en mesure de répondre aux nouvelles menaces de maladie.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le pays dispose d'un programme et d'un plan de vaccination au niveau national, aligné sur le Plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS qui couvre 12 maladies ou groupes de maladies évitables par la vaccination. Il met en œuvre la plupart des stratégies recommandées pour améliorer la couverture vaccinale. D'après les données d'enquête (EMICOV), la couverture vaccinale de routine contre la rougeole chez les enfants de 0 à 12 mois atteint 80%. Il n'existe pas de différence significative entre les données d'enquête et les données administratives.

Par ailleurs, le Cameroun a mis en place plusieurs mesures incitatives à l'adresse du personnel chargé de la vaccination de routine et des parents qui respectent les protocoles de vaccination infantile : partenariat avec plusieurs ministères (Ministère de la promotion de la femme et de la famille, Ministère de la communication pour la diffusion de messages en faveur de la vaccination de routine) ; sensibilisation des mères à travers les réseaux de femmes ; recherche des perdus de vue ; réseaux d'associations au niveau national également mis à contribution dans le cadre de la mobilisation et de la sensibilisation ; mise en œuvre du PBF (financement basé sur la performance) qui motive à la fois le bénéficiaire et le prestataire ; cartes produites par le Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires au développement pour féliciter les parents ayant complété la vaccination de leurs enfants. Bien d'autres stratégies sont développées au niveau local avec l'appui de partenaires locaux (collectivités locales décentralisées, mécènes, entreprises).

Toutefois, la collaboration entre les acteurs de la santé animale et de la santé humaine est limitée dans la mesure où le programme de vaccination humaine ne prend pas en compte les zoonoses, même si les vétérinaires assurent la vaccination contre certaines d'entre elles.

Enfin, en raison de difficultés financières et de problèmes logistiques (approvisionnement limité en énergie, disponibilité et maintenance curative insuffisantes des équipements de la chaîne du froid liés au manque de financement et de personnels formés), les districts de santé et formations sanitaires connaissent des ruptures de stocks de vaccins, malgré un approvisionnement normal au niveau central.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser, valider et mettre en œuvre à 80% au moins le plan d'amélioration de la qualité des données d'ici trois ans.
- Etendre l'offre des vaccins aux zoonoses en impliquant systématiquement les autorités de santé animale dans l'élaboration des divers plans de vaccination (Plan pluriannuel complet, Plan de Travail Annuel du PEV, Plan de Maintenance, Plan logistique, etc.).

- Poursuivre le renforcement des capacités des différents acteurs (compétence en logistiques, gestion des vaccins, utilisation des outils y afférents) afin d'éviter les ruptures et pertes de vaccin, et faire passer la couverture vaccinale de routine anti-rougeole chez les enfants de 0 à 12 mois de 80% à 90% d'ici trois ans.
- Etablir une stratégie de plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers pour doter les districts en matériels de la chaîne du froid à énergie solaire, en assurer la maintenance (préventive et curative), et atteindre ainsi une disponibilité en vaccins d'au moins 90% au niveau opérationnel, d'ici trois ans.

## Indicateurs et scores

### P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Plan Pluri Annuel complet (PPAC) et plan de travail annuel régulièrement élaborés et alignés sur le Plan d'Action Mondiale pour les Vaccins.
- PPAC incluant des mesures d'amélioration de la couverture vaccinale de routine et l'agenda des campagnes de vaccination.
- Nombreuses mesures incitatives tant au niveau du personnel de vaccination qu'au niveau de la communauté (plateforme de travail, d'échange ; partenariats ; récompense des parents) pour améliorer la couverture vaccinale.
- Contrôle régulier de la couverture vaccinale anti-rougeole, enquête de couverture vaccinale du PEV de routine, analyse et exploitation des résultats d'enquête pour mobiliser et sensibiliser sur les déterminants de la couverture vaccinale.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Mise en œuvre insuffisante des plans de travail annuels par le personnel chargé de la vaccination.
- Financement insuffisant du programme de vaccination.
- Ressources humaines insuffisantes pour la mise en œuvre du PEV.
- Faible collaboration des acteurs de la santé humaine et de la santé animale.

### P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Achat des vaccins à Copenhague via la chaîne d'approvisionnement de l'UNICEF.
- Cofinancement de l'achat des vaccins par le pays et les partenaires techniques et financiers (GAVI, UNICEF).
- Disponibilité d'un système d'approvisionnement des vaccins.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Rupture des stocks de vaccins au niveau des districts et des formations sanitaires (pas au niveau central) due à une gestion et un suivi insuffisants des stocks.
- Disponibilité insuffisante de la chaîne du froid en raison de l'approvisionnement limité en énergie électrique et de défaillances des matériels.
- Faible capacité du personnel à réaliser la maintenance curative de la chaîne du froid.

# DÉTECTOR

## Système national de laboratoires

### Introduction

Les laboratoires de santé publique offrent des services essentiels englobant la détection des maladies et des épidémies, les interventions d'urgence, la surveillance des maladies et la surveillance de l'environnement. Au niveau local ou national, les laboratoires de santé publique peuvent faire office de point focal d'un système national de laboratoires pour assurer la sécurité humaine, vétérinaire et sanitaire des aliments, à travers leurs principales fonctions incluant la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies ; la gestion des données intégrées ; les analyses spécialisées et de référence ; la supervision des laboratoires ; les interventions d'urgence ; la recherche en santé publique; la formation et l'éducation; les partenariats et la communication.

### Cible

*Surveillance biologique en temps réel avec un système national de laboratoires et des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.*

### Niveau de capacités du Cameroun

Au Cameroun, le système national des laboratoires est composé des laboratoires de santé publique, des laboratoires de santé animale, de laboratoires privés et de laboratoires de recherche.

Le système sanitaire au Cameroun est organisé selon une structure pyramidale avec au sommet le niveau central, suivi du niveau intermédiaire (régions) et du niveau périphérique (district). Il en est de même pour les laboratoires de santé publique, avec au sommet de la pyramide, les laboratoires des hôpitaux généraux et centraux ainsi que le CPC, suivis des laboratoires des hôpitaux régionaux, puis des hôpitaux de district, des centres médicaux d'arrondissement et des centres de santé intégrés. Il existe également des laboratoires privés aux niveaux de performance variés.

Les laboratoires sont classés selon leur capacité technique et leur niveau d'équipement. Quatre catégories ont ainsi été définies : 3000 laboratoires de niveau 1 (labo périphérique), 250 de niveau 2, 15 de niveau 3 et 12 de niveau 4. Dix d'entre eux constituent des laboratoires de références dotés de plateaux techniques de diagnostic modernes. Tous ces laboratoires sont coordonnés par le LNSP.

En ce qui concerne le secteur de la santé animale, le Cameroun dispose du LANAVET basé à Douala avec une antenne à Yaoundé, et du laboratoire de santé animale du CRESAR, tous trois de niveau P2+.

Le système national des laboratoires du Cameroun est capable de détecter les agents pathogènes prioritaires pouvant provoquer une épidémie ou une épizootie. Par ailleurs, le pays a établi des collaborations avec des institutions extérieures pour le diagnostic des agents pathogènes inhabituels.

Enfin, le Cameroun dispose d'organismes nationaux chargés de l'homologation et de l'inspection des laboratoires. Il existe également un plan stratégique de développement des laboratoires, validé et en cours d'adoption, qui vise de façon générale à établir un système national des laboratoires pour appuyer la prévention, le diagnostic, le traitement et la surveillance des maladies humaines et animales selon les dispositions internationales en vigueur.

Notons que les laboratoires du volet agroalimentaire n'ont pas été pris en compte pour l'évaluation des capacités de ce domaine technique. Cet aspect est traité dans le domaine concernant la sécurité sanitaire des aliments.

## Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place le réseau intersectoriel de laboratoires de santé humaine, animale et environnementale, y compris la sécurité sanitaire des aliments.
- Renforcer le plateau technique des laboratoires en termes de ressources humaines, d'équipements et consommables de laboratoire, d'approvisionnement régulier en réactifs et kits de diagnostics, mais aussi en termes de formation à la maintenance des équipements.
- Mettre en place un système de transport/transfert des échantillons harmonisé et sécurisé à tous les niveaux avec des procédures opératoires standardisées.
- Mettre en place un programme national d'assurance qualité et d'évaluation externe de la qualité pour tous les laboratoires des différents secteurs.
- Adopter et diffuser les différents documents du plan stratégique national de développement des laboratoires.

## Indicateurs et scores

### D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires – Score 4

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de documents (plan stratégique, politique nationale, organisation des laboratoires par niveau) validés et en cours d'adoption.
- Existence d'un laboratoire d'analyse accrédité SANAS (South African National Accreditation System), de laboratoires centraux et de référence.
- Capacité du pays à confirmer les pathogènes prioritaires dans les secteurs de la santé humaine et de la santé animale en utilisant les principaux tests recommandés.
- Existence d'un réseau national des laboratoires pour la surveillance intégrée de la maladie et la confirmation rapide des épidémies.
- Identification de laboratoires internationaux avec des accords officiels pour la confirmation de certains agents pathogènes ou la réalisation de tests spécialisés non disponibles dans le pays.
- Existence d'une centrale d'achat nationale pour l'approvisionnement en matériels essentiels, dont les réactifs de laboratoires.
- Existence de procédures d'homologation des réactifs et d'une commission spécialisée pour les réactifs de laboratoire (VIH, paludisme).
- Existence d'un cadre d'échanges des données de laboratoire relatives aux zoonoses entre les laboratoires de santé humaine et animale.
- Stratégie d'extension du LANAVET avec l'ouverture de 3 antennes (Bafoussam, N'Gaoundéré, Douala) pour une couverture nationale.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Elaboration et mise en œuvre du cadre et des mécanismes de collaboration et de coordination entre les laboratoires des différents secteurs.

- Renforcement de l'approvisionnement en matériels, intrants et RH au niveau des laboratoires des niveaux intermédiaire et périphérique pour satisfaire le Paquet Minimum d'Activité.
- Mise en place d'un système d'approvisionnement régulier des laboratoires en réactifs et consommables.
- Elaboration d'une stratégie ou d'un plan de maintenance des équipements de laboratoire.

#### **D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons – Score 1**

##### ***Atouts/pratiques exemplaires***

- Existence d'un système de transport documenté pour les échantillons suspects de maladie à virus Ebola.
- Existence d'un système de transport documenté pour les échantillons des maladies sous surveillance du PEV (polio, rougeole, fièvre jaune).
- Existence de procédures pour le transport des échantillons de programmes verticaux (VIH, tuberculose).

##### ***Volets à renforcer/défis***

- Renforcement du système national d'acheminement des prélèvements à partir des zones périphériques et intermédiaires vers les laboratoires centraux et de référence.
- Renforcement des mesures de biosûreté et de biosécurité pour l'acheminement des échantillons.

#### **D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire – Score 2**

##### ***Atouts/pratiques exemplaires***

- Existence de tests de diagnostic rapides des maladies prioritaires (paludisme, VIH).
- Existence de lignes directrices nationales à l'adresse des cliniciens concernant les tests microbiologiques pour les maladies prioritaires.
- Existence d'un ensemble d'algorithme nationaux pour le diagnostic de certaines pathologies (grippe, VIH, polio, méningite, tuberculose, rage, etc.).

##### ***Volets à renforcer/défis***

- Elaboration d'une cartographie des laboratoires.
- Amélioration de l'organisation du système national de laboratoires, avec notamment l'identification ou la nomination de laboratoires aux niveaux local, intermédiaire et national, et la définition d'une stratégie de tests diagnostiques spécifiques selon les différents niveaux.
- Renforcement et modernisation du plateau diagnostic au niveau des laboratoires hospitaliers.
- Organisation de la maintenance préventive et curative des équipements de laboratoires.

#### **D.1.4 Système de qualité des laboratoires – Score 2**

##### ***Atouts/pratiques exemplaires***

- Mise en place du programme SLMTA/SIPTA (Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation) pour accompagner les laboratoires vers l'accréditation avec un point focal national SIPTA désigné.
- Validation du Guide National de certification des POCT (Point-Of-Care and Testing).
- Mise à disposition du personnel de laboratoire d'Equipements de Protection Individuelle (EPI) par la structure sanitaire.

### **Volets à renforcer/défis**

- Davantage de textes normatifs et réglementaires pour encadrer les laboratoires.
- D'avantage de laboratoires nationaux accrédités aux normes ISO 15189 : 2012.
- Adhésion systématique au programme d'évaluation externe de la qualité (EEQ) pour tous les laboratoires.
- Etablissement dans tous les laboratoires de contrats de maintenance pour les matériels essentiels.
- Amélioration du système de communication et de gestion des données de laboratoire.
- Formalisation du réseau des laboratoires selon l'approche « Une seule santé ».
- Mise en place d'un programme national d'assurance qualité et d'évaluation externe de la qualité pour tous les laboratoires des différents secteurs.

# Surveillance en temps réel

## Introduction

La surveillance en temps réel vise à faire progresser la sûreté, la sécurité et la résilience du pays en conduisant une démarche de surveillance biologique intégrée qui favorise l'alerte précoce et une bonne connaissance de la situation des évènements biologiques.

### Cible

*Renforcement des systèmes de surveillance basés sur les indicateurs et sur les évènements pour qu'ils soient en mesure de détecter des événements affectant la santé publique, animale et environnementale ; amélioration de la communication et de la collaboration entre les secteurs et les autorités aux niveaux sous-national, national et international dans le domaine de la surveillance des événements présentant un risque pour de la santé publique ; amélioration des capacités aux niveaux national et régional pour l'analyse et le croisement des données (épidémiologiques, cliniques, de laboratoire, d'analyses environnementales, de sécurité et de qualité des produits, et bio-informatiques) provenant de systèmes renforcés de surveillance en temps réel, notamment de systèmes de notification électronique interopérables et interconnectés. Enfin, poursuite du développement des principales capacités pour répondre aux exigences en matière de surveillance conformément aux normes établies par le RSI (2005) et l'OIE.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le pays dispose d'une liste des maladies à déclaration obligatoire (guide SIMR : Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte : système de surveillance basé sur les indicateurs) et de formulaires standardisés pour la collecte des données de la surveillance tant au niveau national qu'infranational. Il existe des Procédures Opératoires Standardisées (POS) de validation et d'assurance qualité des données collectées (réunions d'harmonisation, supervisions, réunions de coordination).

En santé humaine, le logiciel District Health Information System (DHIS 2), installé dans tous les districts de santé, assure la collecte et la transmission des données de surveillance. En santé animale, c'est le logiciel ARIS 2, installé jusqu'au niveau des délégations départementales du ministère de l'élevage, qui permet de collecter les données sur les zoonoses sous surveillance. Cependant, il n'existe pas de mécanisme de partage de données entre les secteurs de la santé humaine et de la santé animale.

La rétro-information se fait par téléphone/email au niveau local/intermédiaire/régional, et par présentation hebdomadaire au niveau central. Il existe un mécanisme de communication ponctuelle lors des crises. Un bulletin épidémiologique trimestriel est également diffusé.

Taux de complétude des rapports à plus de 80% avec une promptitude atteignant les 90%. En revanche au niveau des districts, la complétude et la promptitude des rapports ne dépassent pas 50%.

En dépit d'insuffisances, la surveillance en temps réel dans le pays est bien effective.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre des procédures opératoires standardisées pour l'intégration des activités de surveillance conformément aux dispositions de la SIMR tout en tenant compte de l'approche « Une seule santé ».
- Renforcer les capacités des personnels de santé en SIMR à travers notamment la formation, des cours de recyclage et la supervision formative, après analyse situationnelle des besoins.

- Adapter et mettre en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les directives techniques de la surveillance à base communautaire de l'OMS AFRO.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des données ainsi qu'un plan de suivi et d'évaluation de la SIMR.
- Développer une plateforme de partage des données et d'information sur la surveillance entre les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale dans le cadre de l'approche « Une Santé ».

## Indicateurs et scores

### D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Guide technique SIMR adaptée selon le guide SIMR d'AFRO 2010.
- Existence d'un système de surveillance basée sur les indicateurs qui s'appuie sur le Guide SIMR.
- Etude pilote en cours pour la mise en place de la surveillance à base communautaire.
- Existence d'un mécanisme fonctionnel de validation et d'assurance qualité des données à travers les réunions d'harmonisation des données au niveau central, les supervisions, la retro-information post réunion de coordination de la surveillance épidémiologique, ainsi qu'à travers une réunion semestrielle de revue des données.

#### *Valeurs à renforcer/points faibles*

- Faible participation des communautés dans le système de surveillance.
- Mécanisme de validation et d'assurance qualité des données quasi inexistant aux niveaux intermédiaire et périphérique.

### D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- En santé humaine, collecte des données de la surveillance grâce au logiciel DHIS 2 installé dans tous les districts de santé.
- En santé animale, collecte des données sur les zoonoses sous surveillance grâce au logiciel ARIS 2 installé jusqu'au niveau des délégations départementales du ministère de l'élevage.
- Mécanisme de retro information par téléphone ou par mail au niveau district, régional et des centres de santé.

#### *Valeurs à renforcer/défis*

- Absence d'interconnexion entre les systèmes de notification électronique en santé humaine et en santé animale.
- Modes limités de communication et d'information à l'attention du public.

### D.2.3 Analyse des données de surveillance – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de formulaires standardisés (électroniques ou autres) pour le recueil des données de surveillance.

### **Volets à renforcer/défis**

- Faible capacité d'analyse des données chez les personnels de santé des niveaux district et régional.
- Mise en place d'un mécanisme de recueil permanent/en temps réel des données de laboratoire par le système de surveillance.
- Mise en place de POS pour le partage des données de laboratoire entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères.
- Mise en place d'un mécanisme centralisé d'intégration des données issues de la notification des cas cliniques et des données de laboratoire.

### **D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique – Score 4**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Existence d'un mécanisme fonctionnel de validation et d'assurance qualité des données à travers les réunions d'harmonisation des données au niveau central, les supervisions, la retro-information post réunion de coordination de la surveillance épidémiologique, ainsi qu'à travers une réunion semestrielle de revue des données.
- Production de Situational Reports (SITREPS) et de Spot Reports (SPOTREPS) par le Ministère de la Santé lors des périodes de crise (épidémies).
- Surveillance basée sur les indicateurs et surveillance basée sur les évènements étroitement liées, utilisant les mêmes ressources et le même circuit de transmission de données.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Renforcement des connaissances et diffusion des définitions de cas des maladies sous surveillance auprès de tous les acteurs de la surveillance.

# Notification

## Introduction

Du fait de l'évolution permanente des agents pathogènes et de leur adaptation à de nouveaux hôtes et environnements, les menaces sanitaires à l'interface humain-animal-écosystème se sont multipliées au cours des dernières décennies, imposant un fardeau supplémentaire aux systèmes de santé humaine et animale. Les notifications multidisciplinaires et collaboratives liées à la santé humaine, animale et des écosystèmes, réduisent le risque de maladies à l'interface entre ces trois composantes.

### Cible

*Notification précise et en temps utile des maladies, conformément aux exigences de l'OMS, et coordination systématique avec la FAO et l'OIE.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun dispose d'un PFN RSI opérationnel constitué de cinq structures, dont l'ONSP qui coordonne la mise en œuvre des capacités du RSI et notifie à l'OMS tout événement pouvant constituer une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). La plupart des secteurs relevant du RSI jouent un rôle dans le processus de notification à l'OMS des événements susceptibles de constituer une USPPI.

Le Ministère de l'élevage, des Pêches et des Industries Animales notifie à l'OIE et à la FAO les événements d'origine animale, et au Codex Alimentarius les événements concernant la sécurité sanitaire des aliments.

On note cependant une collaboration insuffisante entre le PFN RSI et le point de contact OIE, ce qui entraîne des retards de notification par rapport aux délais requis par le RSI (2005). Il convient également de noter l'absence de POS et la faible participation des secteurs autres que la santé animale lors des exercices de simulation conjointe, multidisciplinaire et multisectorielle sur la notification à l'OMS des événements pouvant constituer une USPPI.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et diffuser à tous les acteurs du Point Focal National RSI, des modes opératoires normalisés pour l'approbation et la notification à l'OMS, à l'OIE ou à la FAO des événements susceptibles de constituer une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USSPI) dans le cadre de l'approche « Une seule santé ».
- Renforcer les capacités du Point Focal National RSI à travers la formation, l'appui financier et logistique pour améliorer ses performances, notamment la notification à l'OMS dans les 24 heures
- Organiser des exercices de simulation pour tester la collaboration et la coordination des acteurs impliqués dans la notification des événements susceptibles de constituer une USPPI.

## Indicateurs et scores

### D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE – Score 3

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un point Focal National du RSI opérationnel, constitué de cinq structures désignées par le Ministère de la Santé : Observatoire national de la Santé publique (ONSP), Direction de la lutte contre

la maladie, les épidémies et les pandémies (DLMEP), Cellule des Informations sanitaires (CIS), Direction de la promotion de la santé (DPS) et le Centre Pasteur du Cameroun (CPC). L'ONSP est la structure désignée pour veiller à la mise en œuvre du RSI (2005).

- Existence d'un point de contact OIE opérationnel : Direction de la Santé Vétérinaire du Ministère de l'élevage, des pêches et industries animales.
- Existence d'un programme de formation annuelle offert par l'OIE pour les personnes impliquées dans la chaîne de notification des incidents de santé animale.
- Etablissement d'accords bilatéraux et multilatéraux en matière de collaboration pour la surveillance transfrontalière entre le Cameroun et ses pays voisins.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Mise en place d'un mécanisme permettant au PFN RSI et au point de contact OIE d'échanger des informations si nécessaire.
- Renforcement de la formation en matière de notification pour les responsables du PFN RSI.

### **D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays – Score 1**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Conduite de plusieurs exercices de simulation pour la notification à l'OMS d'événement pouvant constituer une USSPI.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Absence de législation ou autres politiques liées aux procédures et/ou à l'approbation de la notification à l'OMS d'une potentielle USPPI.
- Absence de POS pour l'approbation et la notification à l'OMS d'une potentielle USPPI.

# Développement du personnel

## Introduction

Le développement des ressources humaines est important pour bâtir un système de santé publique pérenne grâce au perfectionnement et au maintien d'un personnel de santé publique hautement qualifié, doté d'une formation technique, de compétences scientifiques et d'une expertise spécialisée adéquates.

### Cible

*Pour assurer durablement et efficacement les activités de surveillance et de riposte en matière de santé publique, à tous les niveaux du système de santé, et la mise en œuvre effective du RSI (2005), les États Parties doivent disposer de personnels de santé formés et compétents : médecins, agents de santé animale, vétérinaires, biostatisticiens, personnels de laboratoire, professionnels de l'agriculture et de l'élevage, et idéalement un épidémiologiste de terrain formé (ou équivalent) pour 200 000 personnes, coopérant régulièrement pour assurer les compétences essentielles relevant du RSI (2005) et des performances des services vétérinaires.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun dispose de médecins, de vétérinaires/techniciens vétérinaires, de biostatisticiens, de spécialistes en techniques de laboratoire, sciences sociales et systèmes d'information, ainsi que d'épidémiologues de terrain. Ces professionnels constituent un ensemble de ressources humaines (RH) pluridisciplinaires, présentes aux différents niveaux du système de santé. Le pays dispose également de plusieurs programmes de formation professionnelle, universitaires et pratiques (Enseignement Supérieur et Formation Scientifique, Facultés de Pharmacie, de Médecine et Vétérinaire, CAFETP, FETP). Ces programmes sont organisés par le gouvernement, des structures privées ou des partenaires locaux et internationaux. Enfin, le pays dispose d'un plan national de développement des RH 2013-2017 et a également mis en place des mesures de fidélisation du personnel dans les zones d'accès difficiles.

Toutefois, en dépit de ces atouts, les RH, malgré leur disponibilité sur l'ensemble du territoire, restent en quantité et qualité limitées.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre un plan national de développement des ressources humaines en tenant compte de l'évaluation des plans existants et de l'approche « Une seule santé », et en y intégrant une stratégie de capitalisation.
- Cartographier les ressources humaines selon l'approche « Une seule santé » et mettre en place un mécanisme de déploiement territorial du personnel.
- Renforcer la formation des acteurs de la surveillance aux différents niveaux (central, intermédiaire et périphérique) en épidémiologie de terrain type FETP.
- Poursuivre et étendre le projet de fidélisation des personnels de santé spécialisés participant à la mise en œuvre du RSI (2005) dans les zones d'accès difficile.

## Indicateurs et scores

### D.5.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de différents profils (épidémiologistes, biostatisticiens, vétérinaires, spécialistes de laboratoire, etc.).
- Existence d'un programme FETP sous la tutelle des Ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur.
- Existence de masters et de cycles de spécialisation des médecins en santé publique.

#### *Volets à renforcer/ défis*

- Développement d'un plan de formation pour disposer d'un plus grand nombre de personnes qualifiées affectées à la mise en œuvre du RSI (2005).
- Mise en place d'une stratégie de capitalisation des épidémiologistes de terrain formés.

### D.5.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place – Score 4

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un programme FETP sous la tutelle des Ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Renforcement de la formation des acteurs de la surveillance de niveau intermédiaire et périphérique en épidémiologie de terrain.

### D.5.3 Stratégie pour les personnels – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Plan de développement des RH.
- Plan de fidélisation des effectifs.
- Stratégie PBF (Performance Based Financing), chèque santé pour le personnel.
- Primes pour motiver le personnel.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Elaboration d'un plan stratégique pour assurer la formation continue, fidéliser et promouvoir des personnels de santé qualifiés au sein du système national.

# RIPOSTER

## Préparation

### Introduction

La préparation consiste à élaborer et mettre à jour aux niveaux national, intermédiaire et communautaire/primaire, des plans pertinents de réponse aux urgences de santé publique couvrant les risques biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires. La préparation englobe également la cartographie des risques, l'identification et la mobilisation des ressources disponibles, notamment des stocks nationaux, et la capacité à appuyer des interventions aux niveaux intermédiaire et communautaire/primaire lors d'une urgence de santé publique.

#### Cible

*Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application effective du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, avec notamment, le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), constitue une exigence clé de l'application du RSI (2005). Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent continuellement mettre à jour et confirmer tous les ans.*

### Niveau de capacités du Cameroun

Pour faire face aux Urgences de Santé Publique (USP), le pays dispose de plans sectoriels tels que le plan ORSEC, les plans de contingence nationaux Ebola, Polio et Choléra, entre autres. En revanche, il ne dispose pas d'un plan multi-risques validé et testé.

Dans le cadre du renforcement de la préparation aux USP, le Cameroun a réalisé avec l'appui de l'OMS une cartographie des risques concernant la santé humaine. La cartographie des ressources est en cours et des exercices de simulation sont organisés.

S'agissant du financement global, le pays dispose d'une ligne budgétaire uniquement pour la gestion des épidémies (préparation et réponse aux USP). La mobilisation des ressources est difficile et la plupart des plans sectoriels ne sont pas suffisamment mises en œuvre.

### Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer un plan national multi-risques multisectoriel de préparation et de riposte aux situations d'urgence de santé publique en tenant compte des plans existants et des cartographies déjà réalisées.
- Finaliser la cartographie complète de toutes les ressources nationales afin d'élaborer un plan de gestion et de distribution des ressources nécessaires à la mise en œuvre du RSI (2005).
- Poursuivre les exercices de simulation concernant les risques cartographiés afin de tester les plans de préparation élaborés.
- Plaider pour un renforcement de la ligne budgétaire affectée à la préparation et à la gestion des urgences de santé publique.

## Indicateurs et scores

### R.1.1 Un plan national multi dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un plan ORSEC (plan d'organisation des secours destiné à la préparation des mesures de sauvegarde et à la mise en œuvre des moyens de secours nécessaires pour faire face aux accidents, sinistres et catastrophes d'une certaine gravité) et de plusieurs plans de contingence.
- Existence d'équipes d'intervention rapide multirisques au niveau national.
- Organisation d'exercices de simulation concernant les risques sanitaires.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Renforcement de la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » dans toutes les actions de préparation aux USP.
- Plaidoyer en faveur d'un financement durable pour la préparation aux épidémies et autres risques sanitaires.

### R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités – Score 1

**Score 2 - Capacité limitée** « *Une évaluation des risques au niveau national a été réalisée pour identifier les urgences de santé publique potentielles, et les ressources ont été cartographiées* »

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une cartographie des risques pour la santé humaine.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Evaluation régulière des ressources nationales multisectorielles en santé humaine et santé animale pour la mise à jour périodique du plan de préparation et de riposte aux USP.
- Distribution équitable des ressources pour la mise en œuvre du RSI (2005).

# Interventions d'urgence

## Introduction

Le centre des opérations d'urgence de santé publique est un site central permettant la coordination des informations et des ressources opérationnelles pour la gestion stratégique des urgences de santé publique et les exercices de simulation d'urgence. Ces centres mettent à disposition des outils, des services de communication et d'information, ainsi qu'un système de gestion lors de la riposte à une situation d'urgence ou d'un exercice. Ils assurent également d'autres fonctions essentielles pour la prise de décision, la mise en œuvre des interventions, la coordination et la collaboration.

### Cible

*Dans chaque pays, existence d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique fonctionnant selon des normes communes minimales ; disposant d'équipes d'intervention d'urgence multisectorielles formées et fonctionnelles, de réseaux de laboratoires pour la surveillance biologique, de systèmes d'information en temps réel et d'un personnel en mesure d'activer une intervention d'urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l'identification d'une situation d'urgence de santé publique.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le dispositif de prévention et de gestion des évènements et urgences sanitaires est en cours de redéfinition et s'intègre au dispositif national de réduction des risques et des catastrophes décrit dans le Plan National de contingence et qui bénéficie d'un important dispositif juridique.

Il est organisé comme suit :

- au niveau national avec le centre opérationnel des urgences de santé publique (COUSP), la plateforme nationale pour la réduction des risques de catastrophe, les centres opérationnels et les observatoires des différents ministères ;
- au niveau régional avec les cellules de veille sécuritaire et les délégations de santé régionales des comités régionaux qui fonctionnent sous l'autorité des gouverneurs et des préfets ;
- au niveau des districts avec les cellules de veille sécuritaire et les délégations départementales.

La prise en charge médicale des patients est assurée au niveau pré hospitalier par les équipes de la Croix Rouge et le SAMU, par les centres de soins, ainsi que par de nouvelles structures telles que le centre des urgences de Yaoundé (CURY).

Dans l'attente de sa création réglementaire et de la construction d'un bâtiment dédié, le COUSP est actuellement fonctionnel au niveau de la Direction de la lutte contre les épidémies et pandémies (DLMEP). Il fonctionne sur le principe de la veille et il existe un dispositif de détection des évènements et de notification.

L'analyse et la gestion des évènements s'appuient sur la Commission nationale de réponse aux épidémies et urgences de santé publique (CNREUSP) créée en 2014, sur des procédures opérationnelles et, au niveau régional, sur les plans ORSEC régionaux. Elle repose sur des équipes d'intervention rapide (EIR) pluridisciplinaires et composée de 8 à 11 professionnels (épidémiologistes, clinicien, vétérinaire, environnementaliste, etc.) chargés d'investigations, de mobilisation sociale, etc. Des formations sont en cours et, à ce jour, des EIR sont présentes au niveau central et dans la moitié des régions.

Le COUSP a été activé à plusieurs reprises au cours de l'année dernière pour répondre à des urgences sanitaires : déraillement d'un train à Eseka, l'épidémie de grippe aviaire et la CAN féminine de 2016. Des exercices ont également été réalisés.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser et diffuser les textes réglementaires régissant la création, les missions, le fonctionnement et l'activation du COUSP en précisant les modalités de communication avec les échelons locaux et régionaux ainsi que les partenaires nationaux (information et rétro information).
- Rendre opérationnel le COUSP 24h/24 et 7jours/7 avec notamment l'attribution de moyens conséquents en termes de personnel, de logistique et de financement.
- Valider et mettre en œuvre les plans et procédures opérationnels pour les interventions d'urgence.
- Elaborer et partager un plan stratégique du COUSP en prenant en compte les plans existants et les documents nécessaires à son fonctionnement : gestion des incidents, commandement, planification, financement, prise en charge de cas appliquée pour les dangers relevant du RSI (2005).

## Indicateurs et scores

### R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Importance des travaux préparatoires menés pour organiser le fonctionnement et l'activation du COUSP, dans la perspective de sa création.
- Existence d'un COUSP fonctionnel ayant déjà été activé malgré son inexistence réglementaire.
- Existence d'un comité national de réponse aux épidémies et urgences de santé publique mobilisant des experts.
- Existence de réunions destinées au partage des données scientifiques et des recommandations avec les décideurs et les dirigeants.
- Gestion intersectorielle des urgences de santé publique.
- Permanence téléphonique (numéros verts) et dispositif de notification au niveau des régions.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Textes réglementaires régissant la création et le fonctionnement du COUSP.
- Disponibilité du point de contact unique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, organisé et pérenne.
- Ressources humaines : effectifs, compétences et programmes de formation.
- Interopérabilité des nombreux plans pour disposer d'une coordination efficace et multisectorielle.

### R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de procédures opérationnelles standardisées (POS)

#### *Volets à renforcer/défis*

- Absence de validation des POS, dans l'attente de la création juridique du COUSP

### R.2.3 Programme d'interventions d'urgence – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Expériences d'activation du COUSP en situations réelles et aux cours d'exercices.
- Réalisation d'exercices grandeur nature et théoriques.
- COUSP fonctionnel depuis un an malgré l'absence de textes réglementaires.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Actualisation des plans afin de les rendre interopérables et organisation d'exercices de simulation pour tester cette interopérabilité.
- Documentation relative aux activités du COUSP qui doit être finalisée et validée.
- Moyens de fonctionnement.

### R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Directives de prise en charge existantes et diffusées.
- POS existantes pour la prise en charge et le transport des patients potentiellement infectieux.
- Disponibilité de ressources humaines adéquates pour la prise en charge des cas.

#### *Volets à renforcer/défis*

- Mécanismes d'orientation des patients et de leur transport.

# Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

## Introduction

Les urgences de santé publique qu'elles soient d'origine naturelle (par exemple, pandémie de grippe) ou délibérées (par exemple, attaques terroristes à l'anthrax) posent des problèmes particuliers au maintien de l'ordre. Il est donc essentiel que les autorités chargées de la sécurité nationale coordonnent rapidement leur riposte avec celle des autorités médicales et de santé publique.

### Cible

*En cas d'événement biologique, chimique ou radiologique, suspecté ou confirmé, d'origine naturelle ou délibérée, le pays sera capable de mener une action rapide et multisectorielle, notamment en établissant le lien entre la santé publique et la sécurité nationale. Il devra également être en mesure de fournir et/ou demander une assistance internationale efficace en temps utile, notamment pour mener des investigations sur les évènements liés à l'usage présumé détourné.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le pays n'a pas rédigé de mémorandum d'accord mais, s'appuyant sur les éléments inscrits dans le Plan National de contingence et sur la réglementation en vigueur, la Direction de la protection civile au MINATD assure la coordination multisectorielle en cas de d'évènement impliquant plusieurs secteurs. A chaque niveau, la gestion de l'évènement se fait sous la coordination de l'autorité administrative compétente et à l'aide des outils tels que les plans d'organisation des secours (ORSEC) et du plan national de contingence.

Des expériences d'actions conjointes existent, notamment au niveau des points d'entrées (Aéroports de Douala et de Yaoundé) et dans ce cadre, des exercices ont été réalisés.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre un mémorandum d'accord entre la santé publique et les autorités en charge de la sécurité pour la gestion des urgences de santé publique, conformément au RSI (2005)
- Elaborer et mettre en œuvre des modes opératoires normalisés pour la coordination d'une action conjointe et le partage d'information entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité, en cas de situation d'urgence.
- Renforcer les capacités des personnels de santé publique et ceux en charge de la sécurité, notamment par la mise en place d'un programme de formations conjointe et des exercices de simulation.

## Indicateurs et scores

**R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé – Score 2**

### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de plans de contingence au niveau national établissant et définissant les rôles des différentes parties prenantes.

- Existence de plans ORSEC au niveau régional.
- Existence d'actions conjointe menées dans certains secteurs.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Capacités techniques de la détection des événements biologiques potentiels.
- Cadre formel de collaboration et de partage d'informations entre les institutions impliquées dans la gestion des interventions d'urgence.
- Programme de formation conjointe entre les professionnels de la santé et ceux en charge de la sécurité.

# Moyens médicaux et déploiement de personnel

## Introduction

Les moyens médicaux sont indispensables pour assurer la sécurité nationale et protéger les pays des menaces de maladies infectieuses potentiellement graves. Par ailleurs, investir dans les moyens médicaux permet d'améliorer la santé publique en général. Enfin, il est important de disposer de personnels formés qui puissent être déployés pour riposter en cas d'urgence de santé publique.

### Cible

*Un cadre national pour le transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et de personnels de santé publique et médical parmi les partenaires internationaux lors d'urgences de santé publique.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun ne dispose pas d'un plan national relatif au transfert de moyens médicaux et de déploiement du personnel de santé en cas d'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). Toutefois, il dispose d'un plan d'approvisionnement en moyens médicaux validé et testé qui permet aux autorités de prendre des décisions pour faciliter leur envoi et leur réception en cas d'urgence. En revanche, un tel plan n'existe pas pour ce qui est de l'envoi et de la réception de personnels de santé lors d'une USPPI.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser, valider, simuler, diffuser et mettre en œuvre le plan national de la chaîne d'approvisionnement médicale, intégrant les procédures d'envoi et de réception des moyens médicaux, et de déploiement des personnels pour la réponse aux urgences.
- Mettre en place un système d'information pour une gestion efficace des moyens médicaux tout au long de la chaîne d'approvisionnement.
- Développer un partenariat international pour appuyer l'envoi et la réception des moyens médicaux, et le déploiement des personnels pour la réponse aux urgences sur la base de critères objectifs.
- Elaborer un plan pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.

## Indicateurs et scores

### R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique – Score 2

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Elaboration et évaluation d'un plan national de la chaîne d'approvisionnement des stocks de moyens médicaux.
- Constitution d'un groupe de travail pour l'élaboration du plan national d'approvisionnement en moyens médicaux pour la riposte aux USP.
- Pré-positionnement de stocks de moyens médicaux aux niveaux central et intermédiaire.

### **Volets à renforcer/défis**

- Absence de procédures de prise de décisions pour l'envoi et la réception de moyens médicaux et de personnels en cas d'urgence.
- Insuffisance des stocks d'urgence pour la riposte à tous les niveaux.
- Méconnaissance des mécanismes de constitution et de mobilisation des stocks d'urgence.
- Absence d'accords avec les fabricants de moyens médicaux.
- Faible capacité de production locale des moyens médicaux.

### **R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique – Score 1**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Formation des personnels à l'élaboration d'un plan national de déploiement des ressources humaines (collaboration avec le CDC).
- Constitution d'un groupe de travail pour élaborer ce plan.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Absence de cadre réglementaire justifiant le déploiement de personnel.

# Communication sur les risques

## Introduction

La communication sur les risques doit être un processus multi-niveaux et multiformes ayant vocation à aider les parties prenantes à définir les risques, à identifier les dangers, à évaluer les vulnérabilités et à favoriser la résilience des collectivités, rehaussant ainsi leur capacité à faire face à la survenue d'une urgence de santé publique. Un volet essentiel de la communication des risques consiste à diffuser de façon méthodique et scientifique à la population des informations de qualité sur les événements et risques pour la santé tels que les flambées de maladies. Pour que la communication sur les risques causés par un événement spécifique soit efficace, il convient de prendre en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, ainsi que l'avis permanent des populations touchées (avant, pendant et après l'événement). Les communications de ce type favorisent la mise en place de mesures de prévention et de contrôle appropriées par le biais d'interventions communautaires intégrées aux niveaux individuel, familial et communautaire tout en identifiant les trois niveaux des cibles : primaire, secondaire et tertiaire. La diffusion de l'information par le biais de canaux et supports appropriés est essentielle. Il y a lieu de recenser les partenaires, acteurs et intervenants liés à la communication dans le pays, et de mettre sur pied des mécanismes fonctionnels de coordination et de communication. En outre, la diffusion en temps opportun de l'information et la transparence dans la prise de décision et diffusion des informations sont essentiels pour instaurer une relation de confiance entre les autorités, les populations et les partenaires. Les plans de communication d'urgence doivent être testés et mis à jour au besoin.

## Cible

*Les États Parties doivent avoir une capacité de communication sur les risques qui soit multiniveaux et multiformes, un échange d'informations, de conseils et d'avis en temps réel entre experts et représentants/ personnes faisant face à une menace ou un danger pour leur survie, un bien-être économique et social de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées pour limiter les effets de la menace ou du danger et adopter des mesures de protection et de prévention. Cela implique un ensemble de stratégies de communication et de collaboration, comme la communication dans les médias et les médias sociaux, les campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la collaboration des parties prenantes et de la population.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun dispose de structures gouvernementales (directions, services, porte-parole, et acteurs communautaires) qui répondent aux besoins d'informations du public pendant les situations d'urgence. Il existe également un cadre de Communication qui gagnerait cependant à être renforcé par tous les intervenants dans le domaine de la communication, notamment les partenaires techniques et financiers.

La diffusion des informations ou messages s'effectuent en temps réel à travers des stratégies utilisant la mobilisation sociale, les canaux médiatiques dont les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), les langues locales, tout en s'appuyant sur les leaders d'opinion.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre un plan national de communication sur les risques en tenant compte des plans de communication sectoriels existants.
- Mettre en place officiellement un cadre multisectoriel de concertation et d'harmonisation pour la communication en situation d'urgence.

- Elaborer et diffuser des procédures opératoires standardisées pour la communication en situation d'urgence.
- Élaborer, diffuser et mettre en œuvre un plan national de collecte et de gestion des rumeurs.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités de tous les acteurs en matière de communication sur les risques en tenant compte de l'esprit « Une seule santé ».

## Indicateurs et scores

### R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.) – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de structures gouvernementales (Direction de la Promotion de la Santé) qui suppléent aux besoins d'informations du public pendant les situations d'urgence.
- Existence d'un volet communication de risques dans le projet pilote de surveillance à base des signaux et événements de santé publique dans les districts de santé de Bétaré Oya et de Deido.
- Existence d'axes de collaboration avec les médias nationaux, communautaires et la presse écrite.
- Existence de plans de communication sectoriels programmatiques.
- Existence de supports de communication (dépliants, affiches).

#### *Volets à renforcer/défis*

- Absence de plan national multisectoriel de communication sur les risques.

### R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Mise en place de la Task Force Communication par décision du Ministère de la Santé.
- Partage d'informations et collaboration avec les partenaires lors de réunions périodiques non systématiques.
- Mise en place d'un cadre multisectoriel de la communication par le Ministère de la communication.
- Diffusion des informations en temps réel en situation d'urgence (à l'aide du SITREP).

#### *Volets à renforcer/défis*

- Absence des partenaires dans le cadre multisectoriel du Ministère de la communication.
- Absence de procédures et de modes opératoires normalisés en matière de communication sur les risques.
- Absence de mécanisme de coordination de la communication entre parties prenantes (secteur public, société civile, secteur privé, hôpitaux) en situation d'urgence.

### R.5.3 Communication publique – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une équipe de communication publique au Ministère de la santé et dans les autres secteurs.
- Existence d'un porte-parole du gouvernement désigné.
- Utilisation des plateformes médias nationaux et communautaires pour diffuser les messages.
- Participation des leaders d'opinion (religieux, coutumiers, etc.) à la diffusion des messages.

- Utilisation des TIC notamment les « SMS » pour diffuser des messages.
- Utilisation de langues locales pour communiquer avec le public.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Absence de mécanisme d'évaluation de l'effet des messages diffusés sur la cible.
- Absence d'utilisation de données de la recherche et d'enquêtes pour l'élaboration des stratégies de communication.
- Insuffisance de formation des communicateurs et personnels de santé à la communication sur les risques.
- Absence d'un cadre collaboratif avec les médias.

### **R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées - Score 2**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Existence de structures chargées de la mobilisation sociale, de la promotion de la santé ou de la participation communautaire qui peuvent intervenir en situation d'urgence.
- Existence d'un réseau d'agents de santé communautaire.
- Existence de radios communautaires impliquées dans la diffusion des messages.
- Implication communautaire des leaders coutumiers, des religieux.
- Vérification des supports de communication avant leur diffusion.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Insuffisance de ressources humaines formées pour développer des stratégies de participation communautaire, susceptibles d'être déployées lors de situations d'urgence.
- Absence de mécanisme de retour d'informations venant des communautés après diffusion des messages.

### **R5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs – Score 2**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Existence des agents de santé communautaire et d'activités à base communautaire qui contribuent fortement à la collecte et à la gestion des rumeurs et fausses informations.
- Modification circonstancielle des messages diffusés pour corriger la rumeur, mais non systématique.
- Existence d'une permanence téléphonique de la santé publique rattachée à la Direction de la lutte contre la Maladie les Epidémies et les Pandémies.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Analyse insuffisante des publics cibles, des sources d'informations fiables et de préférence des canaux d'information.
- Absence d'évaluation des stratégies de communication ou des messages utilisés.
- Absence de mécanisme de surveillance et de gestion des rumeurs et fausses informations.
- Faible utilisation des méthodes ad hoc pour la surveillance des rumeurs (informations issues de la permanence téléphonique, acteurs communautaires, leaders d'opinion).
- Absence de procédures de surveillance, de collecte et de gestion des rumeurs.

# AUTRES

## Points d'entrée

### Introduction

Les Points d'Entrée étant directement concernés par les dangers potentiels, les principales capacités doivent s'y appliquer pour permettre la mise en œuvre effective de mesures sanitaires et prévenir ainsi la propagation internationale des maladies. A cette fin, les États Parties doivent maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et les postes frontières désignés par l'Etat lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique) afin qu'ils soient en mesure d'appliquer les mesures permettant la gestion des différentes menaces pour la santé publique.

### Cible

*Les États Parties doivent désigner et maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les port internationaux (et lorsque la situation l'exige pour des raison de santé publique, un État Partie peu désigner des postes-frontières) chargés d'appliquer des mesures de santé publique nécessaires pour gérer divers risques pour la santé publique.*

### Niveau de capacités du Cameroun

De façon générale, le niveau de capacités du Cameroun aux Points d'Entrée évalués reste faible au regard des exigences du RSI (2005). Toutefois, un Plan National d'Intervention pour les Urgences de Santé Publique (USP) est en cours d'élaboration. Par ailleurs, des plans sectoriels de réponse sanitaire aux USP, à l'instar de ceux des aéroports internationaux Yaoundé-Nsimalen et Douala, sont en cours de finalisation ou de validation.

Dans un réel souci d'amélioration, le pays a reçu la visite de l'Organisation de l'aviation civile internationale dans le cadre du programme d'Accord de Collaboration pour la Prévention et la Gestion des Cas menaçant la Santé Publique dans le secteur de l'Aviation Civile (CAPSCA). Cette visite, à l'aéroport de Yaoundé-Nsimalen du 19 au 20 octobre 2015, a donné lieu à des recommandations qui sont en cours de mise en œuvre. Des ateliers ont également été organisés pour autoévaluer les Points d'Entrée du Cameroun (mai 2017) conformément à l'annexe 1B du RSI (2005). Les départements de l'agriculture et de l'environnement y participaient également.

Certaines Points d'Entrée (par exemple, l'aéroport International de Douala) disposent de services de santé qui, en dépit de capacités limitées, peuvent détecter, évaluer et notifier des USP de portée internationale (USPPI). L'aéroport est également à même de contrôler les marchandises et les animaux/produits d'origine animale. En présence de cas suspects de maladie, il dispose d'un système de transfert des malades vers les hôpitaux. Précisons ici que la construction d'un nouveau terminal à l'aéroport de Douala, en 2018, devrait sensiblement améliorer les capacités de cet aéroport international. Toujours à Douala, le Poste de Santé aux Frontières (PSF) du Port Autonome de Douala est autorisé à délivrer des certificats de contrôle sanitaire des navires ainsi que des certificats d'exemption de contrôles sanitaires.

Il existe également au Cameroun un contrôle des mouvements transfrontaliers de produits chimiques et déchets dangereux.

Les 35 points d'entrée désignés par le Cameroun ne disposent pas tous de services médicaux ayant les moyens de diagnostiquer et prendre en charge rapidement les voyageurs malades.

Par ailleurs, il n'existe aucune ligne électronique (District Health Information System 2 [DHIS2]) entre les Points d'entrée et les Ministères de la Santé et autres. Les Points d'entrée ne disposent pas non plus de programme d'hygiène et d'assainissement, ni de programme pour le contrôle et la lutte antivectorielle, ni de POS pour l'inspection des moyens de transport.

Enfin, l'absence de plans d'intervention et de POS, ne permet pas d'organiser des exercices de simulation appropriés aux Points d'entrée.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser, valider, diffuser à toutes les parties prenantes le Plan Stratégique de la Surveillance Transfrontalière au Cameroun intégré à d'autres plans d'action de santé publique.
- Organiser des exercices de simulation réguliers et intersectoriels.
- Réviser et désigner officiellement des points d'entrée par rapport au RSI (2005) et rendre opérationnel à tous les points d'entrée désignés les services médicaux appropriés, y compris personnel, matériels, locaux adéquats et moyens diagnostiques pour l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades.
- Tester et actualiser les outils de collecte de données (notamment le District Health Information Software DHIS2) aux points d'entrée.
- Elaborer des procédures opératoires standardisées pour l'inspection des moyens de transport et pour l'identification et le transfert des patients vers des structures médicales spécialisées.

## Indicateurs et scores

### PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Autoévaluation des Points d'Entrée du Cameroun en mai 2017 conformément à l'annexe 1B du RSI (2005).
- Arrêté N° 1745/MINSANTE du 27 juin 2006 portant création, organisation et fonctionnement des PSF.
- Décision N°0130/D/MINSANTE/SESP/SG/DAJC du 25 Février 2013 portant organigramme des PSF.
- Elaboration des Directives Nationales de la Surveillance Transfrontalière au Cameroun.
- Elaboration et validation des outils de collecte de données aux points d'entrée et du circuit de l'information sanitaire.
- Elaboration d'un plan de réponse à l'aéroport international de Yaoundé Nsimalen.

#### *Volets à renforcer/défis*

- PSF non opérationnels à 100% pour la plupart.
- Inadéquation du plateau technique des PSF.
- Non validation du Plan Stratégique de la Surveillance Transfrontalière.
- Non diffusion des outils de collecte des données au Points d'entrée.
- Absence aux Points d'entrée de programme d'hygiène et d'assainissement, de programme de contrôle et de lutte anti-vectorielle, de POS pour l'inspection des moyens de transport.

## PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée – Score 1

### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Autoévaluation des Points d'Entrée du Cameroun en mai 2017 conformément à l'annexe 1B du RSI (2005).
- Elaboration et mise en œuvre de plans de contingence pour certaines maladies à potentiel épidémique.
- Plan National d'Intervention pour les USP en cours d'élaboration.
- Plans locaux aux points d'entrée de préparation et de riposte aux évènements de santé publique en cours de validation.
- Visite d'assistance de l'Organisation de l'aviation civile internationale dans le cadre du programme « Collaborative Arrangement for the Prevention and Management of Public Health Events in Civil Aviation » sur l'aéroport international de Yaoundé- Nsimalen.

### *Volets à renforcer/défis*

- Optimisation des capacités de détection, d'évaluation et de notification des évènements de santé publique aux Points d'Entrée.
- Finalisation et validation du Plan National d'Intervention pour les USP.
- Validation des plans locaux (Points d'entrée) de préparation et de riposte aux évènements de santé publique.

# Événements d'origine chimique

## Introduction

Les événements chimiques surviennent lors d'incidents technologiques, de catastrophes naturelles, de conflits et de terrorisme, de pollution environnementale, de contamination des aliments ou autres produits. L'événement peut être inhabituel ou inattendu et ses conséquences diffèrent d'une situation à l'autre. Elles peuvent être graves pour la santé publique et le risque de propagation internationale peut être important. Enfin, l'évènement peut entraver les déplacements et les échanges commerciaux internationaux. Il est donc essentiel que les États Parties soient dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre le secteur de la santé et les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.

### Cible

*Les États Parties doivent être dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits et le secteur de la santé.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun a ratifié d'importantes conventions internationales sur l'élimination des déchets dangereux (Convention de Bâle), les polluants organiques persistants (Convention de Stockholm), le commerce international de produits chimiques (Convention de Rotterdam), le mercure (Convention de Minimata) et les polluants marins (MARPOL). Il a également adhéré à l'Approche stratégique de la Gestion internationale des Produits chimiques(SAICM) qui facilitera l'élaboration du Profil national sur la gestion des produits chimiques au Cameroun et lui permettra de progresser dans la mise en œuvre du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques au Cameroun. Le pays a également légiféré pour limiter le taux de plomb dans les peintures.

Le Cameroun dispose de laboratoires d'analyses chimiques (LANACOME, ANRP), mais ses ressources en matière de toxicologie sont limitées. Ainsi, il n'existe aucun centre antipoison dans le pays.

Le Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable assure la gestion des déchets chimiques et des polluants organiques persistants. Celle des pesticides relève du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural.

En dépit de ces atouts, il n'existe aucun système de coordination, ni de comité ou d'organisme chargé de gérer, détecter et riposter à tout autre événement d'origine chimique susceptible de menacer la santé publique.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre des lignes directrices relatives à la surveillance, à l'évaluation et à la gestion des évènements d'origine chimique, des intoxications ou des empoisonnements après inventaire des principales sources de risques chimiques (industries, raffineries, entrepôts), et établir les priorités pour élaborer des plans d'urgence

- Elaborer un plan de contingence de gestion des évènements d'origine chimique s'intégrant dans le plan national de gestion des évènements de santé publique.
- Mettre sur pied des laboratoires de contrôle de diagnostic, d'analyse et de qualité des produits chimiques avec les moyens humains et matériels nécessaires.
- Renforcer les mécanismes de coordination multisectorielle en matière de riposte aux événements d'origine chimique and de la sécurité chimique.
- Créer les mécanismes de coordination multisectorielle permettant la mise en œuvre de la réglementation sur les déchets au sein des formations sanitaires, laboratoires, pharmacies et autres.

## Indicateurs et scores

### **CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/ urgences d'origine chimique – Score 1**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Existence d'un comité national de crise établi par décret présidentiel de 1998.
- Existence d'un plan national de lutte contre le déversement accidentel d'hydrocarbures.
- Existence d'un Comité de coordination sur les polluants organiques persistants.
- Existence d'un Comité de suivi du projet d'étude diagnostic sur les intoxications aux pesticides.

#### **Volets à renforcer/défis**

- Absence de centre antipoison.
- Absence de comité chargé de gérer les crises d'origine chimique.
- Absence d'équipe intersectorielle de riposte d'urgence aux événements d'origine chimique.
- Absence de lignes directrices/manuels sur la surveillance, l'évaluation et la gestion des événements d'origine chimique et les empoisonnements.

### **CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique – Score 1**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Adhésion aux conventions de Rotterdam (commerce international), de Stockholm (polluants organiques persistants), de Bâle (gestion des déchets) et de Minimata (mercure).
- Adhésion à l'Approche stratégique de la Gestion internationale des Produits chimiques(SAICM) qui facilitera l'élaboration du Profil national sur la gestion des produits chimiques au Cameroun.
- Actualisation du cadre législatif et réglementaire pour la mise en œuvre des conventions internationales et du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques.
- Politique de gestion rationnelle des déchets dangereux et des produits chimiques toxiques et dangereux.
- Législation limitant le taux de plomb dans les peintures.
- Surveillance et gestion des produits chimiques sous la responsabilité du Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et Développement Durable.
- Contrôle des pesticides sous la responsabilité du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural.

### **Volets à renforcer/défis**

- Renforcement de l'arsenal juridique et élaboration de POS clairement définies.
- Elaboration d'une coopération multisectorielle impliquant tous les ministères concernés (environnement, agriculture, travail, transports, santé publique, etc.) et les principaux intervenants (pompiers, police, ambulanciers, hôpitaux) pour la réponse aux incidents d'origine chimique.

# Situations d'urgence radiologique

## Introduction

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/ urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces parmi les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

### Cible

*Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/ urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces parmi les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.*

## Niveau de capacités du Cameroun

Le Cameroun a élaboré un plan d'urgence radiologique. Il dispose également d'une Agence nationale de Radioprotection (ANRP) qui joue un rôle d'appui et d'accompagnement à travers de nombreuses missions et met régulièrement à jour de nombreuses procédures conformément aux normes de l'AIEA. Elle a ainsi élaboré un plan sous forme de Guide sur les situations d'urgence radiologique qui sera intégré au Plan ORSEC. Il existe également des mécanismes de coordination nationale entre l'ANRP et les services de la protection civile, les pompiers, la police et la gendarmerie. En cas d'urgence, un fonds budgétaire peut être débloqué.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser, valider, mettre en œuvre le plan national multisectoriel d'urgence radiologique.
- Finaliser et désigner officiellement les hôpitaux pour la prise en charge des cas en renforçant leurs compétences (ressources humaines et matérielles).
- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'exercices de simulation.

## Indicateurs et scores

### RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire – Score 2

#### Atouts/pratiques exemplaires

- ANRP bien équipée, ayant développé un partenariat avec l'AIEA.
- Existence et mise en œuvre de stratégies et plans nationaux de détection, évaluation, réponse aux situations d'urgence radiologiques.
- Contrôle effectif de la contamination radioactive des denrées alimentaires importées et produites localement.
- Existence de procédures d'évaluation des risques radionucléaires.
- Existence de laboratoires fonctionnels.
- Existence de Personnel qualifié.
- Autonomie financière de l'ANRP.
- Existence de Procédures de prise en charge.

### **Volets à renforcer/défis**

- Désignation et renforcement du plateau technique des établissements hospitaliers capables de prendre en charge les victimes d'accidents radiologiques.
- Renforcement des capacités de laboratoire.
- Evaluation des risques.
- Organisation d'exercices de simulation.

## **RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique – Score 2**

### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Plans élaborés et signés par le Ministère de la santé pour la prévention, la détection et la réponse aux situations d'urgence radiologique.
- Existence d'un organisme compétent (ANRP) chargé de protéger les personnes, notamment les travailleurs, contre les risques d'exposition radiologique.
- Collaboration entre l'ANRP et la protection civile, les pompiers, la police et les services de police et de gendarmerie.
- Le Cameroun est signataire de la convention AIEA pour la notification et la riposte rapide aux accidents radiologiques.
- Existence d'un comité national de gestion des urgences radiologiques sous la supervision du Secrétariat général de la Présidence de la République.

### **Volets à renforcer/défis**

- Elaboration d'un mécanisme d'échange d'information entre les organismes de radioprotection.
- Elaboration et mise en œuvre un plan d'exercices de simulation.

## Appendix 1: JEE background

### Liste des membres de l'équipe d'évaluation externe conjointe

Noms et Prénoms	Pays	Structure
Pr LO Baïdy (Chef de l'équipe)	Mauritanie	Ministère de la Santé
Dr Latt Anderson (Co-Chef Equipe)	Sierra Leone	WHO/WCO
Dr Calles Dinorah	USA	US CDC Atlanta
Mme Calmels Rouffet Sylvie	France	Traductrice/rédactrice indépendante (consultant OMS)
Dr Diouf Aloyse Wally	Sénégal	Ministère de la santé
Dr Kowalczyk George	Royaume-Uni	Public Health England
Mme Locatelli-Jouans Corinne	France	Ministère de la Santé
Dr Ndiaye Niang Mbayame	Sénégal	Institut Pasteur de Dakar
Dr Namboni Jacob	Bénin	Ministère de la Santé
Dr Ngessan Monique	Côte d'Ivoire	FAO Abidjan
Dr Sinclair Julie	France	USA CDC/OIE
Wango Roland	Congo, Brazzaville	WHO/AFRO

### Liste des experts nationaux

Nom	Structure
Dr Abah Abah Aristide Stéphane	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
Dr ABDOU SALLA	Food And Agriculture Organization Of The United Nations
Dr ABDOU NASSER BABA	l'Agence Nationale De Radioprotection / Ministère De La Recherche Scientifique Et De l'Innovation
Dr Achouna Louise	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
M. ADEGONO ADEGONO Donald	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
M. Arroga Ngotobo Alain	Direction De La Pharmacie, Du Médicament Et Des Laboratoires/Ministère De La Santé Publique
M. David.O. Arusanga	High Commission Of Nigeria
Dr Hamadou Ba	Direction De L'organisation Des Soins Et Rf. La Technologie Sanitaire/ Ministère De La Santé Publique
Dr Bamambita Simon Pierre	Dsv/Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Industries Animales
M. BATOUR Emmanuel	Direction Des Ressources Humaines/Ministère De La Santé Publique
M. BELA MANGA Alain Théophile	Ministère De l'Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Mme DIBONGUE Elisabeth	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
Dr BILOUNGA NDONGO Chanceline	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
M. BOBAIBOURNONE Nathan	Ministry Of Territorial Administration And Decentralization

Dr Bombah Jessica	Direction De La Pharmacie, Du Médicament Et Des Laboratoires/ Ministère De La Santé Publique
Dr Che Delphine Bih	Dr-Nw/Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr CHEUMAGA Bernard	Direction De La Promotion De La Santé / Ministère De La Santé Publique
Mme Chouya T. Garone J.	Agence Des Normes Et De La Qualit Du Cameroun
Dr CHUISSEU DJAMEN Pascal	Université Des Montagnes
Mme Daknou Lentcheu Irène Christiane	Ministere De L'agriculture Et Du Developpement Rural
M. Damou Lamtoing	Ct2/Ministère De l'Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
M. Dibog Luc Bertrand	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
Dr Dissake Ekosso Dorothy	International Medical Corps
Dr Dissongo Jean II	Ministère De La Santé Publique
Dr Djomika Jacques Teerenstra	Dr-Es/Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr Marlise DANTSOP DJOUMETIO	Organisation mondiale de la Santé
Dr Douba Epée.E	Organisation mondiale de la Santé
Mme EBENE Thérèse	Ministère De La Santé Publique
M. EBOG Sylvain Hector	Ministère des Forêts et de La Faune
M. EDZEME Guy Pierre	Protocole /MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Dr Ekitti Régine	Police
M. Elono Enama Sylvain	Ministère De La Santé Publique
Dr Els Mathieu	Resident Advisor US Centres For Disease Control And Prevention
Mme Emassi J.Armelle	Cs/Minrex
M. Etabi Bikie Yannick	St/Minmidt
Dr ETOUNDI MBALLA Alain	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
M. EVEGA MVOGO Joseph-Marie	Ministère De La Santé Publique
Mme Eya'a Assom née Oreme Marie Thérèse	Ministère De La Santé Publique
Pr FACHO BALAAM	Udm/MINESUP
Dr FEUSSOM K. Jean Marc	Sppse Dsv /Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr FEZEU Maurice	Ministère De La Santé Publique
Mme FOSSOUO née NDOUNGUE Viviane	Ministère De La Santé Publique
M. Gara Léon Bernard	Cellcom/Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
DR GARGA Gonné	Dr-No/Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr GNIGNINANJOUENA Oumarou	L'Observatoire National De La Santé Publique /MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Dr HALLE EKANE Gregory	Universitybuea/MINESUP

M. Hamadjoda	Ministère De l'Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Dr Hamadou Gambo	Fao
Dr Hamadou	Cnsp
Mme HANGOUANG Ghislaine Claire	Ohcea
M. Hiag Prosper	Pdt/CNOPC
Ka'a Isaac Jules Noel	L'Observatoire National De La Santé Publique /MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Mme Kaano Gisèle	I1/Ministère De l'Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Dr KAMGA SIMO Cyrille	Direction De L'organisation Des Soins Et Rf. La Technologie Sanitaires/ Ministère De La Santé Publique
M. KANGUE KOUM Henri	Dps/Ministère De La Santé Publique
Dr Kazi Jean Philippe	Cse/Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr KEAMBOU TIAMBO Christian	Université De BUEA/MINESUP
Dr KEUGOUNG Basile	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
Mme Kemanya Solange Béatrice	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
M. Kiyung Victor Momah	Ess/Ucac
Dr KOBELA Marie	Sp-Pev/Ministère De La Santé Publique
Dr Koga	Dr-Su/Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Mme KONE SIM INGRATIA Marie Luz	Csn/Ddq/Minmidt
Dr Kontchou Bernard	Unesco
Dr Koutang Siméon	Croix Rouge Camerounaise
M. KUM Eugene	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
Dr Matthew LEBRETON	Predict/Mosaic
Dr Lekama Assiene	Garde Presidentielle
Dr LOUL Severin	Usaid/P&R
Dr Mahamat Issa	Dr-Ad/Ministère De La Santé Publique
Col Mama Ambroise Emmanuel	Dsm/ Mindef
Dr Manga Engelbert	Cpi/Dcoop/Ministère De La Santé Publique
M. Manga Ernest	Cellcom/Ministère des Forêts et de La Faune
Dr MARIE Lydie Rose	Anrp/Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
Mme Massouck Brigitte	Ministère De La Santé Publique
Dr MBA BEKOLO Frank José	Metabiota Ghsa
M. Mbakop Calixte Didier	L'Institut de Recherches Médicale et d'Etudes des Plantes Médicinales/ Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
M. MBENA Blaise	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique

Dr MBIANDA MFOM Claire	Ministère de la Recherche Scientifique et de l’Innovation
Dr Maurice Mbwe Mpom	Direction De La Pharmacie, Du Médicament Et Des Laboratoires/Ministère De La Santé Publique
Mme MEDZENGUE Agathe Valentine	L’observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
Mme Mereng Bodo Eliane M.	Sdnav/Ministère De l’Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Mme Messina Ngadena Christelle	Agence des Normes et de la Qualité du Cameroun
Dr Meyebe Gaston	Ministère De L’Elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
M. Minong Etienne	Diadem
Dr MINYEM Fils Emmanuel	Ministère De La Santé Publique
M. Moma Henry Awah	Ministère De l’Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
M. Moudj Bate Martial	Ministère de l’administration Territoriale et de la décentralisation
Dr MOUCHE Moctar	Metabiota
M. MOUNJOUOWOU Arouna	L’observatoire National De La Santé Publique
Dr Mounkaila A.Billo	GHSA Advisor/USAID
Dr Moussa Yaya	Ministère De L’Elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr Moussi Charlotte	Ministère De La Santé Publique
M. Moustapha Hassan	Ministère De L’Elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Mme Natang Priscilla Song	Ministère De l’Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Mme Ndjaga Marie Joseph	Ministère du transport
M. NDOMO TSALA Jules Christian	Ministère De l’Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
M. Ndomo Tsala Jules Christian	Ministère De l’Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Dr Ndongo Casimir	Ministère De L’Elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr NGomba Armelle	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/Ministère De La Santé Publique
M. NENKAM Robert	Laboratoire National Vétérinaire
Pr Jeanne NGOGANG	Ministère de l’Enseignement Supérieur
Mme Ngouo Hélène	Ministère du transport
Mme Nguegang Etienne	Ministère De l’Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Dr Nintyonyo Sandrine	Ministère De L’Elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
M. Nkandi Hemann	ministère camerounais de l’Agriculture
Pr NKOA Thérèse	Ministère De La Santé Publique
Dr NJAYOU N. Arouna	Ministère de l’Enseignement Supérieur
Dr NJOUOM	Centre Pasteur du Cameroun
Mme Nkenkeu José	L’observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique

Dr NOUDJI Simon	Ministère De La Santé Publique
Mme NTEBE Gilles Chantale	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
M. Nya Edouard	Ministère camerounais de l'Agriculture
M. Nyassa Joseph Marie	Ministère De La Santé Publique
Dr Nzouankeu Ariane	Centre Pasteur du Cameroun
M. Oben Ndiom François	Ministère De l'Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Pr OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	Laboratoire National De Sante Publique
Dr Omer Pasi	Director/ Division of Global Health Protection/CDC Cameroun
M. Onana Thaddée Bienvenu	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
M. Ondja'a Alain	Ministère de la Défense
Mme Onguéné Aurélie	Ministère De La Santé Publique
M. OWONA Junior A. J.S	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
Mme PEDOUM MOFOLA Elizabeth	Direction De La Pharmacie, Du Médicament Et Des Laboratoires/Ministère De La Santé Publique
Dr Penda Rose	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
M. Perin Melchior Nzie	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Dr SADEUH MBA Serge Alain	Centre Pasteur du Cameroun
Pr SAIDOU	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
Dr Abdoul Salam Hamadama	Hopital Jamot/Ministère De La Santé Publique
Dr SEUKAP	Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/ Ministère De La Santé Publique
M. Sidi Bare	Ministère De l'Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Dr Simo Léonie	Ministère De La Santé Publique
Dr SONFACK Pamela	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
Pr Takougang Innocent	Ministère de l'Enseignement Supérieur
M. TALA FONGANG Cyrille	Ministère De La Santé Publique
Dr Talba Youssoufa Dairou	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
M. TAMOUFE Ubald	Metabiota
Dr Tatépong François	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Mme Tayimetha Carolle Yanique	Laboratoire National de Sante Publique/Ministère De La Santé Publique
Dr TCHAMBA Magloire	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Mme Armelle Tchato	Metabiota
Dr Tcheumaga Sylvain	Ministère De La Santé Publique
M. Tendongzi George	Limbé
Mme TIWODA Christie	Juriste/Direction De La Lutte Contre La Maladie, Les Epidémies Et Les Pandémies/Ministère De La Santé Publique

Dr Tom Agbor	L'Institut de Recherches Médicale et d'Etudes des Plantes Médicinales
M. TONGA Calvin	Ministère De La Santé Publique
M. Touh Adrien	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales
Mme TOUNA NOAH Claudine	Ministère De La Santé Publique
Dr Tsakam Sandrine	Ministère De La Santé Publique
Dr Tseuko Toghoua Dorine Godeline	Laboratoire National de Sante Publique/Ministère De La Santé Publique
Mme VARANEY Emily	Metabiota
Mme Wadou née Ziekine Angèle	Ministère De l'Environnement, De La Protection De La Nature Et Développement Durable
Mlle WAYEP Germaine	L'observatoire National De La Santé Publique/Ministère De La Santé Publique
Dr Wazeh Stephen	GHSA Specialist/USAID
M. Yonga Martial	Centre Pasteur du Cameroun
Dr Youmba Eben	Ministry of Defence
M. Zemebana Magloire Hianick	Ministere De L'elevage, Des Peches Et Des Inductires Animales

### **Supporting documentation provided by host country**

### **Législation, politique et financement nationaux**

#### **Documentation pertinente**

Loi n° 63/LF/23 du 13 novembre 1963 portant protection de la santé

Loi N°68/LF/4 du 11 juin 1968 portant organisation du régime des réquisitions

Loi n° 86/016 du 06 décembre 1986 portant réorganisation de la protection civile

Loi N° 89/027 du 29 décembre 1989 portant sur les déchets toxiques et dangereux

Loi N° 95/08 du 30 janvier 1995 portant sur la radioprotection

Loi N° 96/03 du 04 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé

Loi n° 96 /12 du 05 août 1996 portant loi cadre relative à la gestion de l'environnement

Loi n° 98/ 005 du 14 avril 1998 portant régime de l'eau

Loi n° 98/015 du 14 juillet 1998 relative aux établissements classés dangereux

Loi n° 2001/015 du 23 juillet 2001 portant profession du transporteur routier et l'auxiliaire de transport

Loi n°2001-6 du 16 avril 2001 portant nomenclature et règlement zoosanitaire des maladies du bétail réputées légalement contagieuses et à déclaration obligatoire

Loi n°2003/003 du 21 avril 2003 portant protection phytosanitaire

Loi n°2003/ 006 du 21 avril 2003 portant régime de sécurité en matière de biotechnologie moderne au Cameroun

Loi n°2004/003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun

Loi n°2010/013 du 31 décembre 2010, régissant les communications électroniques au Cameroun ;

Loi cadre n°2011/012 du 06 mai 2011 portant protection du consommateur au Cameroun

Loi anti-terroriste du 04 décembre 2014 pénalisant le terrorisme biologique, chimique, radiologique et nucléaire

Décret n°68/df/361 du 4 septembre 1968 fixant certaines modalités d'application de la loi n°68/lf/4 du 11 juin 1968 portant organisation du régime des réquisitions

Décret n°74/199 du 14 mars 1974 portant réglementation des Opérations d'inhumation, d'exhumation et de transfert des corps

Décret n°98-31 du 09 mars 1998 portant organisation des plans d'urgence et des secours en cas de catastrophe ou de risque majeur

Décret n°82-589 du 20 novembre 1982 portant création des comités de lutte contre le choléra

Décret n°2005/118 du 15 avril 2005 portant organisation du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural

Décret n°2005/104 du 13 avril 2005 portant organisation du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation

Décret n°2010/2952/PM du 01 novembre 2010 portant création organisation et fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé Publique

Textes créant les laboratoires de santé humaine, animale, végétale (CPC, LANAVET, LNSP, etc.)

Décret n°2011/2581/PM du 23 août 2011 portant réglementation des substances chimiques nocives et ou dangereuses

Décret n°2012/2809/PM du 26 septembre 2012 fixant les conditions de tri, de collecte, de stockage et de transport, de récupération, de recyclage, de traitement et d'élimination finale des déchets

Décret n°2012/382 du 1er octobre 2012 portant organisation du ministère de l'environnement, de la protection de la nature et du développement durable

Décret n°2012/431 du 14 septembre 2012 portant organisation du ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales

Décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique

Décret n° 2011/2585/PM du 23 août 2011 fixant la liste des substances nocives ou dangereuses et le régime de leur rejet dans les eaux continentales

Arrêté n°037/PM du 19 mars 2003 portant création, organisation et fonctionnement d'un Observatoire National des Risques.

Arrêté n° 026/CAB/PM du 14 février 2008 portant création, organisation et fonctionnement du comité national du Codex Alimentarius et de la sécurité sanitaire des aliments au Cameroun

Arrêté n° 028/CAB/PM du 4 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes

Arrêté 00120 /A/MINATD/DPC/CEP/CEA2 du 17 septembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la plate-forme nationale pour la réduction des risques de catastrophes au Cameroun

Arrêté n°1745/A/MINSANTE du 27 juin 2006 portant création, organisation et fonctionnement des postes de santé aux frontières du Cameroun

Arrêté n°0172/A/MINSANTE/SESP/SG/DAJC du 28 février 2013 portant désignation des postes de santé aux frontières du Cameroun « aériens, maritimes fluviaux et terrestres » dans les Régions du Cameroun

Décision n°0129/D/MINSANTE/SESP/SG/DAJC du 25 février 2013 portant organigramme des Centres de Vaccinations Internationales (CVI)

Décision n°D/MINSANTE/SESP/SG/DAJC du 25 février 2013 portant organigramme des postes de santé aux frontières du Cameroun « aériens, maritimes, fluviaux, et terrestres »

Arrêté n° 269 du 13 mars 2014 portant création d'un comité interministériel chargé de la gestion des situations d'urgence concernant les réfugiés au Cameroun

Décision n°0817 /D/MINSANTE/CAB/SG/DAJC du 11 juin 2012 portant création, organisation et fonctionnement des Centre Régionaux de Prévention et de lutte contre les épidémies

Décision n°0403/D/MINSANTE/SG/DLMEP du 19 juin 2014 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Réponse aux Épidémies et Urgences Sanitaires

## Coordination, communication et promotion du RSI

### Documentation pertinente

Actualisation de la liste des responsables du PFNRSI2005

Guide for designation PFNRSI2005

Accusé de réception de la proposition du Cameroun par OMS

Nomination de l'Expert du RSI2005 par le Cameroun

Note de désignation du Point contact RSI2005 par l'OMS

## Résistance aux antimicrobiens

### Documentation pertinente

Loi n°90 – 035 du 10 août 1990 portant exercice et organisation de la profession de pharmacien

Décret n°98/405/PM du 22 octobre 1998 fixant les modalités d'homologation et de mise sur le marché des produits pharmaceutiques

Loi n°2000/18 du 19 décembre 2000 portant réglementation de la pharmacie vétérinaire

Décret 2008/2908/PM du 05 décembre 2008 fixant les conditions de fabrication, conditionnement et d'importation, de vente en gros et détail des médicaments vétérinaires

## Zoonoses

### Documentation pertinente

Décret n°2012/382 du 12 septembre 2012 portant organisation du Ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales

Nominations au ministère de l'élevage des pêches et des Industries Animales (centrale, régional et de base)

Arrêté n°037/PM du 19 mars 2003 portant création, organisation et fonctionnement d'Observatoire national des risques

## Plan National de Contingence 2011

Arrêté n°28/CAB/PM du 04 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement du Programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes

Loi n°2000/018 du 19 décembre 2000 portant réglementation de la pharmacie vétérinaire

Rapport Performance of Veterinary Services (PVS)

Priorisation des zoonoses pour l'engagement intersectoriel au Cameroun

Rapport MonkeyPox 2013

Rapport Institut National de la Statistique sur la population animale

Loi 2001-6 portant règlement et nomenclature zoo-sanitaire des maladies du bétail rebutées légalement contagieuses et à déclaration obligatoire

Initiatives de surveillance de la santé de la faune sauvage

Directives pour la surveillance des maladies émergentes

Stratégie Nationale « Une seule Santé »

Outil OIE PVS (Performance of Veterinary Services)

Plan de développement des Ressources Humaines

Plan de contingence pour la riposte à la MEV Ebola

Rapport Evaluation Fidélisation Version 06-09-2016

Projet de rapport étude évaluation relance fidélisation 06 09 2016

Plan de Développement des Ressources Humaines Dispositif Suivi-Evaluation

Plan de Développement des Ressources Humaines Choix stratégiques

## Sécurité sanitaire des aliments

### **Documentation pertinente**

Document de Projet de loi-cadre sur la sécurité sanitaire des aliments

## Sécurité et sûreté biologiques

### **Documentation pertinente**

Création comité de Biosécurité au CPC

Stratégie Nationale « Une seule santé » du Cameroun

Post-test de la formation des personnels du Centre Pasteur du Cameroun travaillant dans les laboratoires de confinement P2, P2+ et P3 sur la biosécurité

Atelier de renforcement des capacités des personnels des laboratoires de santé humaine au prélèvement, au stockage, à l'emballage et au transport sécurisé des échantillons des cas suspects de fièvres hémorragiques virales, notamment Ebola

CRESAR: Waste Management Plan

CRESAR : Special Pathogen Sample Management

## Vaccination

### Documentation pertinente

PPAC

Plan logistique

Enquête EMICOV

Plan d'amélioration de la qualité des données

## Système national de laboratoires du Cameroun

### Documentation pertinente

Plan stratégique national de développement des laboratoires du Cameroun (2016-2020)

Directives de nationales de surveillance et de gestion des cas de maladie à virus EBOLA

Organisations des laboratoires par niveau avec leur plateau technique

Documents des procédures standards

## Surveillance en temps réel

### Documentation pertinente

Guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte au Cameroun, Septembre 2011

Guide de l'instructeur à la SIMR, 2011

Bulletin épidémiologique annuel du Cameroun pour 2015

## Notification

### Documentation pertinente

Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 17 août 2016 portant actualisation de la liste des responsables du PFN RSI

Décret n°2010/2952 /PM du 1er novembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé Publique

Notification d'une épidémie de méningite au Cameroun comme USSPI, 16 mars 2017

Performance Vision and Strategy, a tool for Veterinary Services

Rapport de mission de renforcement des capacités des acteurs aux urgences de Sante Publique dans la région de l'extrême nord, Maroua, 9-23 janvier 2016

## Développement du personnel

### Documentation pertinente

Document du plan de développement des Ressources Humaines au MINSANTE pour la période 2013-2017

## Préparation

### Documentation pertinente

Rapport de cartographie des risques

Plan ORSEC

Plans de contingence sectoriels

## Interventions d'urgence

### Documentation pertinente

Atelier d'élaboration des procédures opérationnelles standards du centre national des opérations des urgences sanitaires (11 au 15 juillet 2016)

Guide Technique pour la SIMR 2016 au Cameroun.

Plan de réponse sanitaire aux évènements de santé publique survenant à l'Aéroport de International de Yaoundé Nsimalen.

Integrated disease surveillance and response handbook

- Integrated disease surveillance and response tool
- Community and standard case definition
- IDSR standard operating procedure
- Summary of guidelines for specific priority diseases and conditions

### Aide-mémoire de l'alerte précoce et réponse

Rapport : Investigation des cas d'anthrax bovin et suivi des personnes exposées dans le district de santé de Fundong, région du Nord-Ouest, Cameroun (30 janvier au 5 février 2017)

Rapport d'activité du centre national des opérations d'urgences de santé : accident ferroviaire d'Eseka (21 octobre au 7 novembre 2016)

Rapport de gestion : épidémie de méningite à la prison centrale de Yaoundé (9 mars au 4 avril 2017)

Rapport : Couverture médicale de la coupe d'Afrique des nations de football féminin 2016 (Yaoundé, Limbé, Buea – 1er novembre au 6 décembre

## Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

### Documentation pertinente

Plan National de Contingence 2011.

Plan de contingence pour la riposte à la MEV Ebola.

Plan de contingence pour la riposte au choléra.

Décret n° 2008/337 du 12 novembre 2008 fixant les attributions des chefs de circonscription administratives et portant fonctionnement de leurs services.

Décret n° 98-31 du 09 mars 1998 portant organisation des plans d'urgence et des secours en cas de catastrophe ou de risque majeur.

## Moyens médicaux et déploiement de personnel

### Documentation pertinente

Plan national de la Chaîne d'approvisionnement

Arrêté Ministériel portant constitution du groupe de travail pour élaborer le plan National de la chaîne d'approvisionnement en moyens médicaux et matériels

## Communication sur les risques

### Documentation pertinente

#### Points d'entrée

##### Documentation pertinente

Constitution du 18 janvier 1996

Loi n°64/LF/23 du 13 novembre 1964 portant protection de la santé publique

Loi n°86/016 du 06 décembre 1986 portant réorganisation de la protection civile

Loi n°96/03 du 04 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé

Décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la santé publique

Décret n°2012/382 du 12 septembre 2012 portant organisation du Ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales

Décret n°2012/382 du 12 septembre 2012 portant organisation du Ministère de l'agriculture et du développement rural

Loi n°2003/003 du 21 avril 2003 portant protection phytosanitaire

Décret n°2012/431 du 1er octobre 2012 portant organisation du Ministère de l'environnement, de la protection de la nature et du développement durable

Arrêté n°037/PM du 19 mars 2003 portant création, organisation et fonctionnement d'Observatoire national des risques

Décret n°2010/2952 /PM du 1er novembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé Publique

Décision n°0403/D/MINSANTE/SG/DLMEP du 19 juin 2014 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Réponse aux Epidémies et Urgences Sanitaires

Plan National de Contingence 2011

Présentation/Rapport MINADT au sujet de la distribution des plans ORSEC dans le pays

Arrêté n°28/CAB/PM du 04 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement du Programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes

Directives pour la surveillance des maladies émergentes

Stratégie Nationale « Une seule santé »

Catalogue des normes camerounaises, avril 2015

Décret n°2015/1875/PM du 1er juillet 2015 instituant et fixant les modalités de mise en œuvre du Programme d'évaluation de la conformité avant embarquement des marchandises importées en République du Cameroun

Information à fournir par le LANAVET pour justifier que l'évaluation de la sûreté et sécurité biologique a été réalisée

Tableau récapitulatif des catégories de personnels de la santé publique

Plan de développement des Ressources Humaines

Décret n°2001 /145 du 03 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé publique

Plan de contingence pour la riposte à la MEV Ebola  
Plan de contingence pour la riposte au choléra  
Rapports préliminaires d'élaboration du CCA (Country Capacity Assessment) du 25-29 juillet 2016  
Rapport atelier d'élaboration des POS de l'EOC + ébauches de procédures  
Plan de réponse sanitaire aux évènements de santé publique survenant à l'Aéroport de International de Yaoundé Nsimalen  
Projet d'un Plan de Réponse Sanitaire à un incident majeur à l'aéroport international de Douala  
Rapport de l'évaluation des capacités au niveau des points d'entrée (mai 2017)  
Orientation pour Import-Export des sources  
Rapport Evaluation Fidélisation Version 06-09-2016  
Draft rapport étude évaluation relance fidélisation 06 09 2016  
Plan de Développement des Ressources Humaines Dispositif Suivi-Evaluation  
Plan de Développement des Ressources Humaines Choix stratégiques  
Plan de Développement des Ressources Humaines Etats des lieux des RHS  
Plan pluri annuel complet du Programme Elargi de Vaccination

## Événements d'origine chimique

### Documentation pertinente

Décret n° 2012/431 du 1er octobre 2012 portant organisation du Ministère de l'environnement, de la protection de la nature et du développement durable

Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination adoptée par la conférence de plénipotentiaires

Convention de Rotterdam.

Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants

Convention de Minamata sur le mercure

Décret 2012/2809/PM du 26 septembre 2012 fixant les conditions de tri, de collecte, de stockage, de transport, de récupération, de recyclage, de traitement et d'élimination finale des déchets

DECRET N° 2011-2582 PM du 23 août 2011 fixant les modalités de protection de l'atmosphère

ARRETE 001/MINEPDED du 08 février 2016 fixant les différentes catégories d'opérations dont la réalisation est soumise à une évaluation environnementale stratégique

ARRETE 002/MINEPDED du 08 février 2016 définissant le canevas type des termes de référence et le contenu de la Notice d'impact environnemental.

Décret 2013/ 0171/PM du 14 février 2013fixant les modalités de réalisation des études d'impact environnemental et social.

Décret 2013/ 0172/PM du 14 février 2013 fixant les modalités de réalisation de l'audit environnemental et social.

Plan national de la mise en œuvre de la convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants au Cameroun.

Plan de mise en œuvre de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques de SAICM au Cameroun. SGH

Arrêté conjoint N°004/MINEPDED/MINCOMERCE du 24 octobre 2012 portant réglementation de la fabrication, de l'importation et de la commercialisation des emballages non biodégradables.

DECRET N° 2011-2582 PM du 23 août 2011fisant les modalités de protection de l'atmosphère

Arrêté conjoint No004 [93] qui réglemente la fabrication, l'importation et la commercialisation des emballages non biodégradables permettent d'aller vers l'objectif de rendre efficace la circulation de l'information dans le domaine de la surveillance/du contrôle des polluants organiques persistants

## Situations d'urgence radiologique

### Documentation pertinente

Décret N° 2002-250 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de Radioprotection

Décret n° 98-31 du 09 mars 1998 portant organisation des plans d'urgence et des secours en cas de catastrophe ou de risque majeur

Procédures échantillonnage des Eaux, Sols, Roches, et Végétaux

Integrated Regulatory Review Service (IRRS) Cameroon report

Convention On Early Notification Of A Nuclear Accident EPR dec 1996.

Arrêté MINSANTE N° 1150 du 11 Juin 2013 fixant les conditions des délimitations et des signalisations des zones contrôlées et surveillées ainsi que les règles d'hygiène

Arrêté MINSANTE N° 1151 du 11 juin 2013 fixant les modalités du suivi médical et diagnostique des travailleurs et des patients exposés aux rayonnements ionisants

Arrêté MINSANTE N° 1152.du 11 juin 2013 fixant les modalités de détention, d'utilisation et manipulation des appareils émetteurs de rayons en milieu hospitalier

Guide de demande d'autorisation et Notification des pratiques utilisant des sources des rayonnements ionisants

Guide de Contrôle de Qualité en radiologie médicale

Guide Méthodologique de Suivi dosimétrique

Modèle validé Plan d'Urgence pour la diagraphe d'exploration pétrolière

Modèle validé Plan d'Urgence radiologique pour l'utilisation en Jaugeage nucléaire

Modèle validé Plan d'Urgence en radiographie industriel

Modèle validé Plan Urgence pour médecine nucléaire

Modèle validé Plan d'Urgence pour radiodiagnostic humain

Modèle validé Plan d'Urgence pour la pratique de la Radiothérapie

Protocole d'analyse des denrées alimentaires PAR SPECTROMETRIE GAMMA

Rapport d'évaluation de la sûreté d'une installation de sûreté

Laboratoires et Equipements techniques disponibles à l'ANRP

Guide urgences radiologique et nucléaire au Cameroun

Orientation pour Import Export des sources

