



MINSANTE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2021-2025



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES ENCADRES	6
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	7
COMITÉ DE RÉDACTION	12
PREFACE	13
RESUME EXECUTIF	15
Contexte national	15
Situation sanitaire	16
objectifs et cadre stratégique global du PNDS 2016-2020	16
Cadre logique d'intervention	16
Cadre de mise en œuvre	17
Cadre de suivi-évaluation	17
Cadre Budgétaire	17
CHAPITRE 1 : CONTEXTE NATIONAL	19
1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE	19
1.1.1. MILIEU NATUREL, DIVERSITÉ DES RELIEFS ET DES ÉCOSYSTÈMES	19
1.1.2. CLIMAT	19
1.1.3. HYDROGRAPHIE	19
1.2. SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET CULTURELLE	19
1.2.1. DÉMOGRAPHIE DU CAMEROUN	19
1.2.2. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE	21
1.2.3. EDUCATION	22
1.2.4. CONTEXTE CULTUREL	24
1.3. SITUATION POLITICO-ADMINISTRATIVE	24
1.4. VOIES DE COMMUNICATION	25
1.5. ACCES ET USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION	25
1.6. EQUITE ET JUSTICE SOCIALE EN SANTE	26
1.7. CONTEXTE HUMANITAIRE ET SECURITAIRE	27

CHAPITRE 2 : SITUATION SANITAIRE	29
2.1. ORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTE AU CAMEROUN	29
2.2. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	30
2.2.1. ESPERANCE DE VIE	30
2.2.2. MORTALITE GENERALE ET DES POPULATIONS CIBLES	31
2.2.2.1. Mortalité générale	31
2.2.2.2. Mortalité maternelle néonatale et infantile	33
2.3. FARDEAU DE LA MALADIE	37
2.3.1. MALADIES TRANSMISSIBLES	37
2.3.1.1. Maladies transmissibles prioritaires	37
2.3.1.2. Maladies à Potentiel Epidémique (MAPE) et les urgences	41
2.3.1.3. Maladies Tropicales Négligées	46
2.3.2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES	48
2.4. FACTEURS DE RISQUE	51
2.4.1. CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES, COMMUNAUTAIRE ET COORDINATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET NUTRITION	52
2.4.2. CADRE DE VIE DES POPULATIONS	53
2.4.3. RENFORCEMENT DES APTITUDES FAVORABLES À LA SANTÉ	56
2.4.4. PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES ET PLANIFICATION FAMILIALE, PROMOTION DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT ET SOINS APRÈS AVORTEMENT	63
Chapitre 3 : ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTE	67
3.1. FINANCEMENT DE LA SANTE	67
3.1.1. COLLECTE DES RESSOURCES	67
3.1.2. MISE EN COMMUN DES RESSOURCES ET PARTAGE DU RISQUE MALADIE	69
3.1.3. ACHAT DES SERVICES	70
3.2. PRESTATIONS DES SOINS ET DES SERVICES	74
3.2.1. TYPES D'OFFRES DE SERVICES ET DES SOINS	74
3.2.2. MODALITÉS D'OFFRES DE SERVICES	77
3.2.3. INITIATIVES D'AMELIORATION DE L'OFFRE DE SERVICES ET DE SOINS	78
3.2.4. STRATEGIES DE STIMULATION DE LA DEMANDE	78
3.3. INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS	78
3.4. PHARMACIE, LABORATOIRE, MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES	81
3.4.1. APPROVISIONNEMENT ET DISTRIBUTION	81
3.4.2. ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE ET FINANCIÈRE	83
3.4.3. RÉGULATION DES MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES	84

3.4.4.	ASSURANCE QUALITÉ DES MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES	85
3.4.5.	INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES LOCALES _____	85
3.4.6.	LABORATOIRES D'ANALYSE MÉDICALES ET TRANSFUSION SANGUINE _____	86
3.5.	RESSOURCES HUMAINES EN SANTE _____	87
3.5.1.	SITUATION ET BESOINS DU SECTEUR (NORMES ET BESOINS) _____	87
3.5.2.	PRODUCTION DES RESSOURCES HUMAINES _____	90
3.6.	SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHE EN SANTE _____	92
3.6.1.	SITUATION DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE (SNIS) _____	92
3.6.2.	SITUATION DE LA RECHERCHE EN SANTÉ _____	93
3.7.	GOVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE _____	96
3.7.1.	GOVERNANCE _____	96
3.7.2.	PILOTAGE STRATÉGIQUE _____	98
Chapitre 4 : PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR SANTE _____		102
4.1.	PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION _____	102
4.2.	PREVENTION DE LA MALADIE _____	102
4.3.	PRISE EN CHARGE DES CAS _____	102
4.4.	RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE _____	103
4.5.	GOVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE _____	103
CHAPITRE 5 : OBJECTIFS, CIBLES ET CADRE D'INTERVENTION DU PNDS _____		104
5.1.	OBJECTIFS ET CIBLES DU PNDS 2021-2025 _____	104
5.1.1.	OBJECTIF GLOBAL DU PNDS _____	104
5.1.2.	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET CIBLES DU PNDS _____	104
5.2.	CADRE D'INTERVENTION DU PNDS 2021-2025 _____	112
Chapitre 6 : ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET ARRIMAGE DU PNDS 2021-2025 AUX ODD _____		147
6.1.	ANCRAGE INSTITUTIONNEL DU PNDS 2021-2025 _____	147
6.2.	ARRIMAGE DES OBJECTIFS PNDS SUR LES ODD _____	148
6.2.1.	AXE PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION _____	148
6.2.2.	AXE PREVENTION DE LA MALADIE _____	149
6.2.3.	AXE PRISE EN CHARGE DES CAS _____	150
6.2.4.	AXE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE _____	150
Chapitre 7 : CADRE DE MISE EN OEUVRE _____		151
7.1.	CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE _____	151

7.2. MECANISME DE MISE EN ŒUVRE ET COORDINATION AU NIVEAU MINISTERIEL	155
CHAPITRE 8 : CADRE DE SUIVI-EVALUATION	161
CHAPITRE 9 : FINANCEMENT DU PNDS	165
9.1 COÛTS PRÉVISIONNELS DU PNDS 2016-2020	165
9.1.1 Hypothèses et méthode d'estimation	165
9.1.2 Scénarii de financement du PNDS	166
9.1.3 Analyse du coût prévisionnel du PNDS 2021-2025	167
9.1.4 Impact projeté	173
9.2 ANALYSE DES GAPS DE FINANCEMENT	175
9.3 STRATÉGIE DE VIABILISATION FINANCIÈRE	176
LISTE DES CONTRIBUTEURS	177
RÉFÉRENCES	181

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions.....	29
Tableau 2: Espérance de vie à la naissance du Cameroun en 2019 par sexe, comparé aux pays d'Afrique au sud du Sahara	31
Tableau 3: Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes au Cameroun entre 1998 et 2018.....	34
Tableau 4 : Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun.....	34
Tableau 5: Evolution de certains indicateurs de santé de l'enfant.....	35
Tableau 6: Situation des principaux indicateurs de mortalité au Cameroun en 2019.....	35
Tableau 7: Historique de quelques MAPE au Cameroun de 2016 à 2020	45
Tableau 8: Répartition de la proportion des COSADI fonctionnels par région en 2020	53
Tableau 9 : Proportion (en %) de la population ayant accès à une eau potable de boisson	54
Tableau 10: Proportion (en %) de la population habitant dans des logements disposant d'installations sanitaires améliorées non partagées	55
Tableau 11: Evolution de la prévalence de la grossesse chez les adolescentes et du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus.....	56
Tableau 12: situation de l'accouchement assisté et de la prévalence contraceptive en 2018.....	58
Tableau 13 : Situation de quelques indicateurs de la planification familiale.....	64
Tableau 14 : Taux d'exécution (base engagement) du budget MINSANTÉ 2019.....	73
Tableau 15: Répartition des formations sanitaires par statut et par région en 2020.....	79
Tableau 16: Répartition des formations sanitaires par catégorie et par région au Cameroun en 2020	79
Tableau 17: Effectif de chaque catégorie de personnel médical public par région en 2018.....	89
Tableau 18: Estimation des besoins en ressource humaines par niveau de la pyramide sanitaire pour 2020.....	90
Tableau 19 : Complétude Globale des RMA par Région de Janvier 2017 à Novembre 2020 en %	93
Tableau 20: Cadre d'intervention.....	112
Tableau 21: Organes de coordination de la mise en œuvre du PNDS	158
Tableau 22 : Indicateurs retenus dans le cadre du suivi-évaluation du PNDS 2021-2025.....	162
Tableau 23 : Budget estimatif du PNDS 2021-2025 par scénario	167
Tableau 24: Budget annuel par axe stratégique	167
Tableau 25 : Répartition du budget du PNDS 2021-2025 par axes et sous-axes stratégiques	170
Tableau 26: Répartition du poids du budget par axe et sous-axe stratégique	172
Tableau 27: Nombre de vies sauvées (scénario moyen).....	174
Tableau 28: Récapitulatif des taux de mortalité (scénario moyen)	174

LISTE DES FIGURES

Figure 1: ramide des âges de la population du Cameroun	20
Figure 2: Evolution de la durée moyenne de scolarisation et de la durée attendue de scolarisation au Cameroun de 1990 à 2019	24
Figure 3 : Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes	30
Figure 4: Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 1990 à 2019.....	31
Figure 5: Taux de mortalité des adultes, par tranche d'âge pour la période 2012-2018 (Décès pour 1000 personnes).....	32
Figure 6: Les 10 principales causes de décès au Cameroun en 2019.....	33
Figure 7: Fécondité des adolescentes 15-19 ans. Femmes qui ont eu une naissance vivante	57
Figure 8: Fécondité des adolescentes 15-19 ans. Femme qui ont eu une naissance vivante.....	57
Figure 9: Répartition du financement de la santé au Cameroun par type de source (2012)	67
Figure 10: Evolution du budget alloué au MINSANTE et de son exécution depuis 2005 (proposition 2010-2020)	68
Figure 11 : Ratio de population par formation sanitaire par région	80
Figure 12: Organisation du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME).	83
Figure 13 : Proportion par an des prévisions budgétaires du PNDS 2021-2025	168
Figure 14 : Répartition du budget par axe stratégique	168
Figure 15 : Projection de la réduction de la mortalité maternelle.....	174

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1: Missions du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030	152
Encadré 2: Mission l'unité technique de coordination de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030.....	153
Encadré 3 : les missions du Secrétariat Technique de la Sous-Commission « Santé », une contextualisation de l'Article 12.-(2) du Décret N°2021/1541/PM du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SND30	154

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AMC	Auto Monitoring Communautaire	DRSP	Délégation Régionale de Santé Publique
ARV	Antirétroviraux	DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté	ECAM	Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages
AVP	Accidents de la Voie Publique	EDS	Enquête Démographique et de Santé
BUNEC	Bureau National de l'Etat Civil		
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional	FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme	FDR	Feuille de Route
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement	FINEX	Financements Extérieurs
CENAME	Centrale National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels	UNFPA	United Nations Found for Population Activities
CHRACERH	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine	GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
CICRB	Centre International de Recherche Chantal Biya	HTA	Hypertension Artérielle
CMA	Centre Médical d'Arrondissement	INS	Institut National de la Statistique

CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida	IST	Infections Sexuellement Transmissibles
CNS	Comptes Nationaux de Santé	LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise
COGE	Comité de Gestion	MAPE	Maladies à Potentiel Épidémique
COGEDI	Comité de Gestion du District	MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
COCSEC	Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation du PNDS	MILDA	Moustiquaires imprégnées longue durée d'action
COFIL	Comité de pilotage	MINAC	Ministère des Arts et de la Culture
CORECSES	Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la Stratégie sectorielle de santé	MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
COSA	Comité de Santé	MINAS	Ministère des Affaires Sociales
COSADI	Comité de Santé du District	MINATD	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
CSI	Centre de Santé Intégré	MINCOM	Ministère de la communication
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées	MINDEF	Ministère de la Défense
DGSN	Délégation Générale à la Sécurité Nationale	MINDEPDED	Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et Pandémies	MINEDUB	Ministère de l'Éducation de Base

MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle	PETS	Public Expenditure Tracking Survey
MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire	PEV	Programme Élargi de Vaccination
MINEPIA	Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales	PF	Planning Familial
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur	PIB	Produit Intérieur Brut
MINFORPRA	Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative	PM10	Particulate Matter 10 microns
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique	PMA	Paquet Minimum d'Activités
MINJUSTICE	Ministère de la Justice	PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
MINRESI	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation	POS	Procédures Opérationnelles Standards
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique	PRCDS	Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire
MINTP	Ministère des Travaux Publics	PSNIML-MNT	Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles
MINTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale	PTA	Plan de Travail Annuel

MNT	Maladies Transmissibles	Non	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
MTN	Maladies Négligées	Tropicales	PTME/PECP	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)/Prise en Charge Pédiatrique
OBC	Organisations Communautaires	à Base	PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
ODD	Objectifs de Développement Durable	de	RHS	Ressources Humaines en Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement		SAA	Soins Après Avortement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé		SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
ONG	Organisations Gouvernementale	non	SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
ONSP	Observatoire National de la Santé Publique		SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
OSC	Organisations de la Société Civile		SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
			SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
PAISS	Projet d'Appui aux Investissements du Secteur Santé		SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités		SRMNEA	Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant et de l'Adolescent
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant		SSP	Soins de Santé Primaires
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines		SSS	Stratégie Sectorielle de Santé

PDS Plan de Développement Sanitaire de District

PRCDS Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire

ST-CP/SSS Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé

ST/SSS Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé

SWAP Sector-Wide Approach

COMITÉ DE RÉDACTION

Coordination générale

- Dr MANAOUDA Malachie
Ministre de la Santé Publique

Supervision générale

- Pr. NJOCK Louis Richard
Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Supervision Technique

- Pr. KINGUE Samuel
Conseiller Technique N°1

Coordination Technique

- Dr MACHE PENTOUÉ Patrice
Coordonnateur du Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/SSS)

Equipe de Rédaction

- M. NDOUGSA ETOUNDI Guy Roger
Expert en planification et suivi-évaluation (ST/CP-SSS)
- M FONKOUA Eric Jackson
CEA1/CPN/DCOOP)
- Dr TANIA BISSOUMA-LEDJOU
OMS/Health Planning Advisor, Unité ULC Team Lead
- Dr BASSONG MANKOLLO TETHE Olga Yvonne
Consultante OMS

PREFACE

La mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030 arrimée à la SND30 sera réalisée, au cours du prochain quinquennat, dans un contexte épidémiologique marqué par une prédominance des maladies transmissibles dont les plus importantes sont : le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. A celles-ci s'ajoutent les maladies émergentes telles que le Covid-19 qui constitue un véritable défi de santé publique. A ce jour, l'on observe également que les maladies non transmissibles connaissent une hausse notable à travers précisément les affections cardiovasculaires, les diabètes, les cancers et les accidents de la voie publique.

Aussi, pour réduire les chiffres observés dans le profil épidémiologique, le Gouvernement va davantage s'employer à « assurer un accès universel aux services et soins de santé de qualité à toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés ». Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025, instrument de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030, est le premier jalon vers la réalisation de cette ambition. Il fixe les lignes directrices d'opérationnalisation de ce document de référence. L'accent sera ainsi mis sur les interventions à haut impact dans les domaines prioritaires suivants : (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; (ii) le contrôle des maladies transmissibles prioritaires et des maladies non transmissibles les plus fréquentes, à travers le renforcement du partenariat communautaire ; (iii) le développement des soins de santé secondaires et tertiaires prioritaires ainsi que (iv) le renforcement des piliers du système de santé.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 se présente donc comme la boussole qui va orienter la mise en œuvre des actions de santé au cours du prochain quinquennat. Afin d'assurer un suivi efficace des interventions planifiées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, un Plan Intégré de Suivi-Evaluation (PISE) 2021-2025 a été élaboré. Celui-ci fournit le détail des activités de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS et va permettre en temps réel, d'apprécier l'évolution des performances réalisées à court et moyen termes dans le secteur de la santé. Ce Plan de Suivi-Evaluation est un jalon utile au suivi de la mise en œuvre des engagements du Gouvernement en matière de santé, en vue de la réalisation de la Couverture Santé Universelle (CSU), de l'atteinte des Objectifs de Développement Durables (ODD) et de la Vision de développement du Cameroun.

Par conséquent, nous invitons tous les acteurs du secteur de la santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire, les Partenaires Techniques et Financiers, les Ministères Partenaires et les acteurs de la société civile concernés par l'atteinte des objectifs projetés dans la SSS 2020-2030, à se l'approprier pour rendre sa mise en œuvre effective.



Le Ministre de la Santé Publique

Dr MANAOUDA Malachie

RESUME EXECUTIF

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025, premier plan opérationnel de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030. Le processus d'élaboration de ce document a été inclusif et participatif, impliquant toutes les parties prenantes du secteur (prestataires des services et des soins du MINSANTE et des ministères partenaires, PTF du secteur santé, société civile, etc.).

Ce document de référence permettra à tous les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'élaborer des plans de travail annuels ou pluriannuels. Les plans pluriannuels élaborés au niveau opérationnel seront consolidés au niveau régional et serviront de document de travail pour l'élaboration des Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire (PRCDS).

Les domaines prioritaires du PNDS 2021-2025 sont:

- (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent,
- (ii) le contrôle des maladies transmissibles prioritaires et des maladies non transmissibles les plus fréquentes (diabète, HTA) à travers la revitalisation des soins de santé primaires (SSP) ;
- (iii) le développement des soins de santé spécialisés prioritaires ; et enfin
- (iv) le renforcement des piliers du système de santé et de la gouvernance.

Contexte national

La croissance économique a connu un relèvement notable entre 2010-2019 en passant de 3% à 4,5%. Cette croissance moyenne, bien qu'elle n'ait pas atteint la cible de 5,5% fixée dans le DSCE, témoigne néanmoins de la résilience de l'économie camerounaise face aux différents chocs économiques et sécuritaires. Le taux d'inflation, quant à lui est resté maîtrisé autour de 2% en moyenne par an, en-dessous du seuil de convergence CEMAC de 3 %¹.

La valeur de l'Indice de Développement Humain (IDH) s'établit à 0.563 en 2019 ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain moyen » et au 153ème rang parmi 189 pays et territoires.

Entre 1990 et 2019, l'IDH a progressé, passant de 0.448 à 0.563 (soit une hausse de 25.7%). Cela s'explique par l'évolution des différentes composantes qui constitue cet indicateur. Il reste cependant inférieur à la moyenne des pays du groupe à développement humain moyen, établie à 0.631, d'où la nécessité de poursuivre les efforts qui s'imposent pour améliorer les trois dimensions fondamentales du développement humain : une vie longue et en bonne santé, l'accès aux connaissances et un niveau de vie décent².

Situation sanitaire

La situation épidémiologique actuelle est marquée par une prédominance des maladies transmissibles (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, etc.) et une progression significative des maladies non-transmissibles, notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales et les traumatismes dus aux accidents de la voie publique. La pandémie de la COVID19 fait partie des MAPE qui feront toujours l'objet d'une surveillance assidue.

L'espérance de vie à la naissance au Cameroun est passé de 53,4 ans à 59,3³ entre 1990 et 2019 ; soit une augmentation de 5,9 années au cours de la période. Cette situation témoigne des importants efforts consentis par le Gouvernement pour assurer aux populations une vie longue en bonne santé. Si cette tendance est maintenue, l'espérance de vie à la naissance connaîtrait une évolution considérable et pourra atteindre en 2030, la cible fixée dans la SND30 qui est de 62,1 ans⁴. L'atteinte de cette performance sous-entend le maintien des efforts consentis pour assurer une bonne couverture santé universelle et de façon globale, le renforcement du système de santé⁵. De même, la mortalité générale a significativement régressé. Par rapport à la période 2004-2011, la probabilité de décéder entre les âges exacts 15 et 50 ans a baissé tant chez que les hommes que chez les femmes⁶.

objectifs et cadre stratégique global du PNDS 2016-2020

L'objectif global du PNDS est de : *« rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité dans au moins 50% des Hôpitaux de districts et régionaux d'ici 2020 »*. Il s'agit d'une déclinaison de l'objectif général de la SSS 2016-2027 qui est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable.

Cadre logique d'intervention

L'analyse de la situation sanitaire du secteur santé a permis d'élaborer un cadre logique d'intervention qui comporte 5 axes stratégiques :

(i) la promotion de la santé qui visera l'adoption par les populations des comportements sains et favorables à la santé ; (ii) la prévention de la maladie qui sera axée sur l'intensification des interventions permettant de réduire la mortalité prématurée due aux principales maladies transmissibles et non transmissibles évitables ; (iii) la prise en charge des cas qui privilégiera la mise en œuvre des paquets d'interventions intégrées à haut impact sur la santé des populations ; (iv) le renforcement du système de santé qui accordera la priorité non seulement à la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé orientée vers la Couverture Santé Universelle (CSU), mais aussi à la réhabilitation et à l'équipement des structures sanitaires défectueuses, à la construction et à l'équipement des hôpitaux du PUTAC. L'axe renforcement du système de santé concernera aussi la fidélisation des RHS aux postes de travail dans les zones difficiles d'accès et à la motivation des Agents de Santé Communautaires

(ASC). Toujours dans cet axe, l'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments essentiels, vaccins, consommables et réactifs sera réalisé à travers le renforcement de la logistique de gestion des stocks ; (v) enfin, le renforcement de la gouvernance, du pilotage stratégique et du leadership à tous les niveaux du système de santé qui est le cinquième axe stratégique reposera sur une gestion plus efficiente des ressources financières, la consolidation du système de suivi et évaluation, la contractualisation avec le sous-secteur privé et les acteurs communautaires, le renforcement de la supervision et de la participation communautaire.

L'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS exige deux préalables majeurs : (i) la poursuite des réformes proposées dans la SSS, et (ii) le renforcement des actions multisectorielles.

Pour chaque objectif stratégique retenu, les cibles à atteindre ont été déterminées, et les indicateurs de performance fixés puis regroupés en 3 blocs notamment des: indicateurs de réalisation directe, des indicateurs d'effet et des indicateurs d'impact.

Cadre de mise en œuvre

La priorité du niveau central du MINSANTE sera d'assurer d'une part (i) la mise en place des réformes proposées dans la SSS 2016-2027, lesquelles sont indispensables à l'atteinte des objectifs du PNDS 2016-2020, et d'autre part (ii) l'alignement de son budget sur les priorités définies. Les Ministères partenaires interviendront avec des actions ciblées dans le cadre de leurs missions spécifiques dans le secteur santé. Les délégations régionales de la santé publique quant à elles assureront un encadrement technique et logistique des districts de santé en charge de la mise en œuvre des interventions planifiées.

La mise en œuvre du PNDS et son suivi-évaluation seront réalisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveaux central, régional et opérationnel). Des plans de travail opérationnels et de suivi-évaluation intégrés seront élaborés à tous les niveaux du système de santé, et leurs objectifs seront alignés sur ceux de la SSS 2016-2027 et des PNDS subséquents.

Cadre de suivi-évaluation

L'élaboration du plan de suivi-évaluation sera orientée par les objectifs de la SSS 2016-2027 et du PNDS 2016-2020. Le suivi-évaluation sera mis en œuvre à travers la supervision, la collecte des données de routine, les études, les audits, les évaluations ainsi que les réunions de coordination. Un système d'inspection et de contrôle sera mis en place afin de vérifier : (i) que les tâches planifiées dans le PNDS sont effectivement exécutées selon les normes établies; (ii) la conformité aux règles et procédures ; (iii) la fiabilité des rapports techniques et financiers à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cadre Budgétaire

L'estimation des coûts nécessaires à la mise en œuvre des actions identifiées dans le PNDS 2016-2020 a été réalisée grâce à une méthode de budgétisation par objectif (One Health). Le coût total du PNDS 2016-2020 est estimé à 2 135,7 milliards FCFA répartis comme suit : 119,9 milliards FCFA pour la promotion de la santé, 200,2 milliards FCFA pour la prévention de la

maladie ; 438,1 milliards FCFA pour la prise en charge curative des cas, 1 256,1 milliards FCFA pour le renforcement du système de santé et 120,7 milliards FCFA pour la gouvernance et le pilotage stratégique. Les fonds disponibles sur la même période ont été estimés à 1 717,8 milliards FCFA, ce qui dégage un gap annuel moyen de 58 milliards FCFA.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE NATIONAL

1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le Cameroun, pays d'Afrique centrale, a une superficie de 475 650 km². Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord par le Tchad. Indépendant depuis le 1^{er} janvier 1960, il a deux langues officielles : le français et l'anglais.

1.1.1. MILIEU NATUREL, DIVERSITÉ DES RELIEFS ET DES ÉCOSYSTÈMES

Le milieu naturel du Cameroun se caractérise par les éléments suivants : (i) les Hauts plateaux de l'Ouest ; (ii) les basses terres du Centre et de l'Est ; (iii) les plaines côtières, les bassins fluviaux et le bassin du Lac Tchad. Le pays communément appelé Afrique en miniature compte six principaux écosystèmes (marin et côtier, forêt tropicale dense et humide, montagnes, savane tropicale boisée, eau douce et semi-aride) expliquant sa diversité topographique, végétale et les conditions climatiques observées⁷.

1.1.2. CLIMAT

Le Cameroun se divise en trois grandes zones climatiques qui sont :

- la zone équatoriale humide, avec une température moyenne annuelle de 25°C, un écart annuel qui oscille autour de 3°C et des précipitations annuelles nuancées, variant entre 1500 mm à Yaoundé et 3000 mm à Douala ;
- la zone soudanaise, caractérisée par des précipitations annuelles moyennes de 1000 mm réparties sur deux saisons (pluvieuse et sèche) ;
- la zone soudano-sahélienne, caractérisée par de faibles précipitations, dont la moyenne annuelle est de 700 mm, réparties sur deux saisons⁶.

1.1.3. HYDROGRAPHIE

Le Cameroun est doté de nombreux fleuves, rivières et lacs répartis autour de 4 bassins principaux qui sont : le bassin de l'Atlantique (Sanaga, Nyong, Wouri) ; le bassin du Congo (Kadéï, Ngoko) ; Le bassin du Niger (Bénoué) et le bassin du Tchad (Logone). La densité de ce réseau hydrographique est un atout majeur pour faciliter l'accès à l'eau potable.

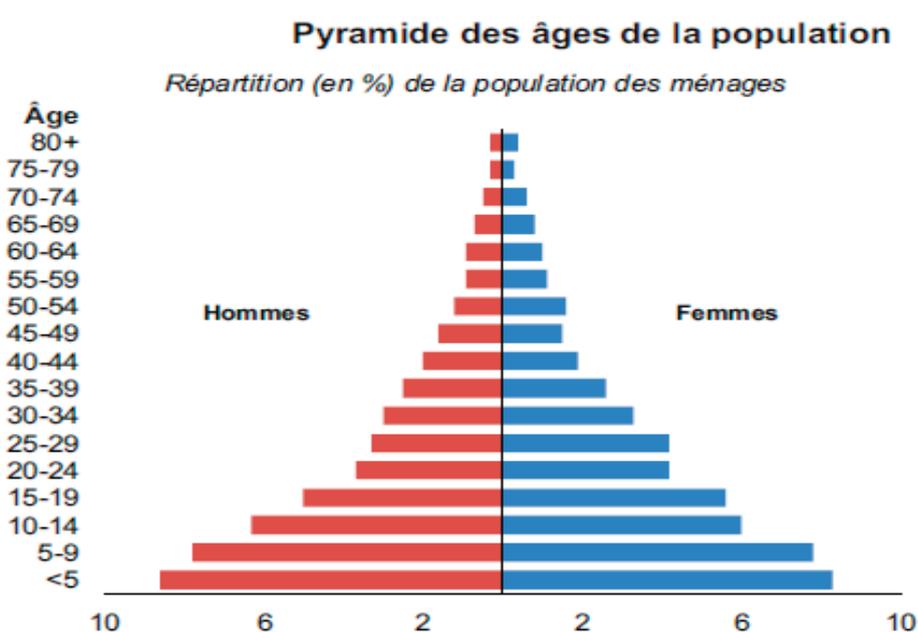
1.2. SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET CULTURELLE

1.2.1. DÉMOGRAPHIE DU CAMEROUN

La population du Cameroun est estimée à 23 248 044 habitants en 2017⁸. Elle est en croissance de plus de 33% par rapport à sa taille de 2005 qui s'élevait à 17 463 836 habitants. Le taux moyen annuel d'accroissement est de 2,4% depuis 2005, ce qui implique que sa taille doublerait dans 29 ans environ à partir de 2017 si elle venait à garder la même dynamique. Autrement dit, elle pourrait s'établir à plus de 46 496 000 habitants en 2046⁹.

Plus de la moitié de la population (53,2%) réside en milieu urbain. Les régions ayant les poids démographiques les plus élevés sont le Centre (19,6%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,2%), et le Nord (11%). Les régions à grande densité de population sont le Littoral (174,8 habitants/km²), et l'Ouest (142,9 habitants/km²). Les tailles des populations des régions du Centre et du Littoral s'expliquent en partie par le fait qu'elles abritent respectivement la capitale politique et la capitale économique du pays¹⁰. Les villes de Douala et de Yaoundé sont les plus grandes agglomérations du Cameroun et abritent à elles seules près 20% de la population du pays (3 millions d'habitants et 2,5 millions d'habitants respectivement)¹¹.

La population camerounaise est composée de 49 % d'hommes et de 51 % de femmes. La pyramide des âges présente une base élargie qui se rétrécit rapidement et assez régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés (Figure 1). Cette forme de la pyramide des âges est caractéristique des populations jeunes, à forte fécondité et à mortalité élevée. Environ 45 % de la population a moins de 15 ans et seulement 4 % sont âgées de 65 ans ou plus¹². La présence des femmes est encore plus marquée en milieu rural où elles représentent une proportion encore plus importante¹³.



Source: EDS 2018 P.24

La population est inégalement répartie sur le territoire national, cependant, le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique. La fécondité y reste élevée malgré une légère baisse enregistrée entre 1991 et 2018 où l'indice synthétique de fécondité est

passé de 5,8 à 4,8¹⁴. Le ratio de dépendance économique qui mesure le nombre moyen de personnes non occupées par personne employée (productive) se situe à environ 298 %. Ainsi, les personnes occupées ont, en plus d'elles-mêmes, environ trois (03) personnes en moyenne non occupées à leur charge. Cette structure de la population est peu favorable à la croissance et au développement économique dans la mesure où elle ne donne pas suffisamment de marge de manœuvre à la population active pour épargner et entreprendre des investissements productifs à cause des charges (personnes) importantes dont elles ont la responsabilité. La conséquence directe est la forte demande en infrastructures et services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière.

1.2.2. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

La croissance économique

La croissance économique a connu un relèvement notable entre 2010-2019 en passant de 3% à 4,5%. Cette croissance moyenne, bien qu'elle n'ait pas atteint la cible de 5,5% fixée dans le DSCE, témoigne néanmoins de la résilience de l'économie camerounaise face aux différents chocs économiques et sécuritaires. Le taux d'inflation, quant à lui est resté maîtrisé autour de 2% en moyenne par an, en-dessous du seuil de convergence CEMAC de 3 %¹⁵.

L'évolution sectorielle du PIB

La structure globale de la répartition du PIB par secteur n'a pas évolué de manière favorable au cours de la dernière décennie. En effet, la part du secteur primaire, qui était de 26,8% et qui devait passer à 33,2% s'est établie à moins de 20%. Dans le même temps, le secteur secondaire qui représentait 33% en 2010 a également connu une importante baisse pour se situer à 28,2% en 2018. Cependant, le secteur tertiaire prend des proportions de plus en plus importantes, passant de 41,2% à 57,1% sur la même période¹⁶.

La pauvreté et inégalités de revenus

S'agissant de la pauvreté, on note une légère baisse du taux de pauvreté qui a reculé de 2,4 points en se situant à 37,5% en 2014 contre 39,9% en 2007. Toutefois, cette performance est en deçà des attentes du DSCE qui prévoyait un taux de pauvreté de 28,7% en 2020. Selon le milieu de résidence, le taux de pauvreté a connu une baisse significative en milieu urbain passant de 12,2% en 2007 à 8,9% en 2014, alors qu'il a progressé en milieu rural, passant de 55,7% à 56,8% sur la même période. De plus, neuf (9) pauvres sur dix (10) résident en milieu rural. Dans une dimension régionale, les Régions de l'Extrême-Nord (74,3%), du Nord (67,9%), du Nord-Ouest (55,3%) et de l'Adamaoua (47,1%), sont les plus pauvres. Les données révèlent

aussi que, les inégalités mesurées par l'indice de GINI se sont accentuées. La valeur de cet indice est passée de 39% en 2007 à 44 % en 2014 ; traduisant une augmentation du fossé entre les riches et les pauvres¹⁷.

L'emploi

Avec la stratégie d'emploi contenue dans le DSCE, le Gouvernement comptait réduire la portion du secteur informel dans l'activité économique nationale et générer dans le secteur formel des dizaines de milliers d'emplois par an. Mais, le déploiement de tous ces efforts n'aura pas permis d'enregistrer une amélioration globale de la situation de l'emploi. Le taux de sous-emploi s'est plutôt aggravé passant de 75,8% en 2005 à 77% en 2014¹⁸.

Pour ce qui de la reconversion des militaires, elle passe par une mise en œuvre des partenariats solides avec les structures qui offrent des formations visant à s'auto employer (agriculture, pisciculture...). A cet effet plusieurs activités sont menées dans le cadre de cette action pour conduire les militaires à une seconde vie et leur permettre d'avoir une vie décente à leur retraite. La prise en charge des anciens combattants et victimes de guerre (ACVG) est faite sur toute l'étendue du territoire ; aussi bien en région que dans chaque département. Le maillage territorial des unités permet un meilleur suivi et encadrement des ACVG¹⁹.

1.2.3. EDUCATION

En raison de la pression démographique, la demande est de plus en plus forte dans tous les ordres d'enseignement. Dans l'enseignement de base, le taux brut de préscolarisation est passé de 39% en 2017 à 36,8% en 2018. Ce fléchissement s'explique entre autres par l'instabilité sécuritaire qui sévit dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, qui enregistrent des perturbations importantes dans le fonctionnement de plusieurs établissements scolaires²⁰.

Dans l'enseignement secondaire, le taux d'admission en première année a connu une croissance quasi linéaire passant de 52,4% en 2011 à 69,7% en 2016, avant de connaître une baisse significative en 2017 pour se situer à 55,4%, du fait de la crise sécuritaire que traversent certaines parties du pays notamment les Régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et une partie de l'Extrême-Nord. Le poids relatif de l'enseignement technique et professionnel enregistre une décroissance, de 22,2% en 2014 à 18,81% en 2017. L'enseignement supérieur quant à lui a connu une croissance significative depuis l'an 2000 ; les effectifs sont passés de 196 461 en 2010/2011 à 353 840 en 2016/2017²¹.

Les taux de fréquentation scolaire sont généralement, plus élevés chez les garçons que chez les filles. Dans la Cible 4.1, l'objectif 4 des ODD est de faire en sorte que, d'ici 2030, toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, qui débouche sur un apprentissage véritablement utile. Cette égalité peut être mesurée par l'Indice de Parité de Genre (IPG) qui est le rapport entre le taux de fréquentation scolaire des filles et celui des garçons. Plus l'indice de parité est

proche de 1, moins l'écart entre les taux de fréquentation scolaire des filles et des garçons est important.

Dans l'enseignement primaire, le taux d'achèvement dans le cycle a connu une augmentation, passant de 73% en 2012 à 76,7% en 2016. Ce taux a connu une baisse sensible en 2017 où il se situe à 72,1%. En 2018, l'universalisation du cycle primaire s'est traduite par le renforcement de l'offre d'éducation au cycle primaire public, le soutien à la scolarisation de la jeune fille et, l'amélioration de la qualité de l'éducation dans les écoles primaires²².

Au niveau primaire, l'Indice de Parité Genre (IPG) est estimé à 0,95 pour le taux net et à 0,91 pour le taux brut ; au niveau secondaire, il est respectivement de 0,91 et 0,88. Cela montre qu'au Cameroun, les filles fréquentent moins l'école que les garçons, et que l'écart est un peu plus marqué au niveau secondaire qu'au niveau primaire²³.

De 2004 à 2011, au niveau primaire le taux net de l'IPG a augmenté passant respectivement de 0,90 à 0,94. De 2011 à 2018, cet indice n'a presque pas varié (0,94 en 2011 et 0,95 en 2018). Pour le secondaire, cet indice est passé de 0,86 en 2004 à 0,96 en 2011. Par contre, de 2011 à 2018, cette tendance s'est inversée, l'indice passant de 0,96 à 0,91²⁴.

L'on peut aussi constater que l'IPG varie selon la région, le milieu de résidence et le quintile de bien-être économique du ménage. Au niveau primaire, l'IPG pour le taux net n'est que de 0,88 dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, alors qu'il dépasse 1 dans la région du Centre, y compris les villes de Yaoundé et de Douala. Au niveau secondaire, l'indice de parité pour le taux net atteint encore ses valeurs les plus faibles dans les régions du Nord (0,57) et de l'Extrême-Nord (0,62). En outre, aussi bien au niveau primaire qu'au niveau secondaire, l'IPG est toujours plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain²⁵.

La figure ci-après montre que l'évolution des durées moyennes et attendues de l'éducation sont relativement stables depuis l'année 2015.

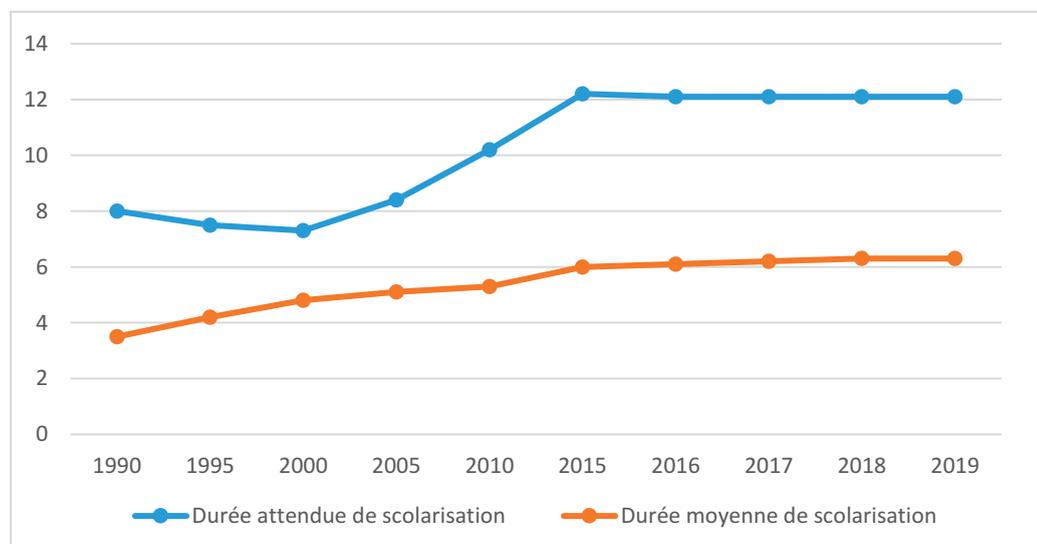


Figure 2: Evolution de la durée moyenne de scolarisation et de la durée attendue de scolarisation au Cameroun de 1990 à 2019

Source : PNUD 2020, Rapport sur le développement humain 2020

1.2.4. CONTEXTE CULTUREL²⁶

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuplades soudanaises, peuhls et bantus. Le pays compte près de 250 ethnies réparties en cinq grands groupes culturels :

- Les peuples des régions semi-arides du grand Nord de type Soudanais, Hamites et Sémites qui sont majoritairement musulmans, chrétiens ou animistes ;
- Les peuples des plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) de type semi-Bantu, généralement christianisés ou animistes ;
- Les peuples des forêts tropicales côtières (régions du Littoral, du Sud-Ouest et côte de la région du Sud), de type bantu, qui sont pour la plupart chrétiens et animistes ;
- Les peuples de la forêt tropicale équatoriale du Sud (régions du Centre, du Sud et de l'Est), de type bantu d'une part. Dans ces groupes les religions prédominantes sont le christianisme et l'animisme.
- Les peuples semi-bantu, soudanais ou pygmées, qui sont principalement animistes ou chrétiens.

1.3. SITUATION POLITICO-ADMINISTRATIVE

Le Cameroun compte 10 régions, divisées en 58 départements et 360 arrondissements²⁷. Au cours de la dernière décennie, des avancées majeures ont été enregistrées au plan institutionnel. En effet, le Sénat, chambre haute du parlement, a été mis en place et est pleinement fonctionnel. Il en est de même du Conseil constitutionnel. En outre, plusieurs textes ont été promulgués notamment la loi N° 2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal et la loi N°2019/024 du 24 décembre 2019 portant code général des Collectivités Territoriales Décentralisées. En matière de gouvernance locale, les premières compétences ont été transférées aux communes par l'État central en 2010. Conformément au principe de progressivité, en 2018, 63 compétences ont été transférées par 21 ministères. En ce qui concerne les atteintes à la fortune publique, le dispositif a été renforcé avec la création du Tribunal Criminel Spécial (TCS) par la loi N° 2011/028 du 14 décembre 2011 qui est opérationnel depuis 2012.

La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, le décret No 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes. Il s'agit de la construction, de l'équipement et de la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI). Par ailleurs, les Maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux supers maire des villes. Cependant, le découpage

administratif ne respecte pas toujours les limites du découpage sanitaire qui lui est basé sur le nombre d'habitants de la zone concernée.

1.4. VOIES DE COMMUNICATION

Le Cameroun dispose d'infrastructures de transport denses intégrant les réseaux routiers et ferroviaires. Le réseau routier s'est considérablement développé atteignant en 2012 près de 77 589 km, dont 5 133 seulement étaient revêtus²⁸. Le réseau routier est très peu entretenu ; par conséquent, il impacte négativement sur l'accès des populations aux soins et services de santé.

Le pays possède en outre un réseau aérien et un réseau maritime. Le réseau aérien compte (04) aéroports internationaux (Douala, Yaoundé, Maroua, Garoua) qui ne sont pas encore mis aux normes, et plusieurs aéroports secondaires, peu utilisés et souvent dégradés. Cette faible utilisation s'explique en partie par une compagnie nationale (CAMAIR-CO) sous-équipée et dont les performances doivent être améliorées²⁹. Quant au réseau maritime, le pays compte 04 ports autonomes : Douala, Garoua, Kribi et Limbe³⁰.

1.5. ACCES ET USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

De 2005 à 2017, la proportion des ménages disposant d'un téléphone (fixe et/ou mobile) a augmenté, passant de 30,2% à 89,4%. Bien que la proportion des ménages disposant d'un accès à internet à domicile reste toujours faible, elle a atteint 15,6% en 2017. On note aussi qu'une personne sur dix a utilisé un ordinateur et moins d'une personne sur deux (47%) a eu recours à internet à domicile pour consulter ses courriels, ses postes et ses messages instantanés. Avec un taux de pénétration croissant passant de 77,0% en 2014 à 82,8% en 2016, le téléphone mobile est devenu l'outil de communication le plus utilisé par les populations. Le nombre d'abonnés est passé de 15 895 millions à 20 131 millions entre 2014 et 2015³¹.

Cependant, il convient de relever que les médias les plus utilisés restent la télévision et la radio. En effet, quel que soit le sexe, la télévision est le média le plus utilisé : 46 % d'hommes et 46 % de femmes regardent la télévision au moins une fois par semaine. La radio est le deuxième média le plus écouté (respectivement 18 % des femmes et 28 % des hommes). Toutefois, l'exposition aux médias varie de manière importante en fonction du milieu de résidence. En effet, près de huit femmes sur dix (79 %) vivant en milieu rural ne sont régulièrement exposées à aucun média, contre 26 % de celles qui vivent en milieu urbain. Le constat est similaire chez les hommes, les pourcentages étant respectivement de 71% et 27%³².

Une frange non négligeable de la population n'est pas exposée aux médias. Ce chiffre a augmenté entre 2004 et 2018 passant de 45 % à 50 %. Chez les femmes, tandis que chez les hommes, il a plus que doublé passant de 18 % à 46 % au cours de la même période. Le problème est perceptible dans plusieurs régions. Celles de l'Extrême-Nord (88 % de femmes

et 76 % d'hommes), du Nord (83 % de femmes et 76 % d'hommes) et de l'Adamaoua (68 % de femmes et 57 % d'hommes) enregistrent les pourcentages les plus élevés. Ce pourcentage est nettement plus faible dans les villes de Douala (10 % chez les femmes et 23 % chez les hommes) et de Yaoundé (10 % aussi bien chez les femmes que chez les hommes). On constate aussi que l'exposition aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et aux médias s'accroît avec le niveau d'instruction et le niveau de revenus³³. Par conséquent, l'information sanitaire n'est pas toujours accessible aux couches les plus défavorisées³⁴.

1.6. EQUITE ET JUSTICE SOCIALE EN SANTE

La valeur de l'Indice de Développement Humain (IDH) du Cameroun pour 2019 s'établit à 0.563 ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain moyen » et au 153ème rang parmi 189 pays et territoires.

Entre 1990 et 2019, l'IDH du Cameroun a progressé, passant de 0.448 à 0.563 (soit une hausse de 25.7%). Cela s'explique par l'évolution des différentes composantes qui constitue cet indicateur. En effet, entre 1990 et 2019, l'espérance de vie à la naissance au Cameroun a augmenté de 5.9 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 2,8 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 4.1 années. Le revenu national brut (RNB) par habitant a progressé de près de 15.5 % entre 1990 et 2019. L'on constate également que l'IDH du Cameroun (0.563 en 2019) est inférieur à la moyenne des pays du groupe à développement humain moyen, établie à 0.631, d'où la nécessité de poursuivre les efforts qui s'imposent pour améliorer les trois dimensions fondamentales du développement humain : une vie longue et en bonne santé, l'accès aux connaissances et un niveau de vie décent³⁵.

Il convient de préciser que, lorsque la valeur de l'IDH de 2019 est revue à la baisse pour tenir compte des inégalités, il descend à 0.375, soit une perte de 33.4 % due aux inégalités dans la répartition des indicateurs des dimensions de l'IDH. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) de 2019 montre clairement que les inégalités de niveau de vie, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus, au Cameroun sont encore assez préoccupants. En effet, le coefficient d'inégalité du Cameroun (33,4%) est largement supérieur à la moyenne des pays à IDH moyen (26,3 %) et même la moyenne des pays de la région Afrique subsaharienne (30,5 %)³⁶.

Près de 40% de femmes ont eu des problèmes d'accès aux soins de santé à cause de la distance qui les séparaient de la FOSA et 68% à cause du manque d'argent. Ce problème a varié en fonction du niveau de pauvreté, se faisant plus ressentir au niveau des quintiles les plus pauvres. Les régions de l'Est, du Nord et de l'Extrême-Nord sont celles où le problème s'est posé avec plus d'acuité³⁷.

Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins en fonction de la zone de résidence (entre le milieu rural et urbain). À titre d'exemple, seulement 53% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 90% en zone urbaine³⁸.

1.7. CONTEXTE HUMANITAIRE ET SECURITAIRE

Les mouvements de conflits et d'insécurité, observés dans le Nord-Est du Nigeria et en République Centrafricaine (RCA) ont des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les régions de l'Extrême Nord et de l'Est respectivement. A cela, s'ajoute, les conflits internes et les mouvements d'insécurité observés avec plus acuités dans la région de l'Adamaoua et dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest.

Les statistiques disponibles montrent qu'en 2019, le Cameroun a enregistré environ 1 214 714 personnes relevant de la compétence du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) dont 425 570 réfugiés et demandeurs d'asile, 683 238 personnes déplacées internes et 105 906 retournés. Les nombres de réfugiés provenant du Nigeria et de la République Centrafricaine (RCA) étaient respectivement de 136 399 et 256 100 en 2019. La majorité des réfugiés centrafricains se retrouve dans les régions de l'Est (174 076) et de l'Adamaoua (60 404). Quant aux réfugiés nigériens, ils se retrouvent principalement dans l'Extrême-Nord (136 399).

La dégradation de la situation sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest et une partie de l'Extrême Nord a entraîné une augmentation considérable des déplacés internes. Cette situation est beaucoup plus ressentie dans les régions du Sud-Ouest (246 119 personnes déplacées internes) et de l'Extrême-Nord (245 725 personnes déplacées internes), augmentant ainsi le besoin en ressources humaines, et en infrastructures sociales y compris dans les formations sanitaires.

Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population, même s'il arrive que la prévalence soit plus élevée dans certains groupes spécifiques comme les nouveaux réfugiés, les femmes migrantes, etc. Les problèmes de santé fréquemment observés lors des crises sont les suivants: les blessures, la rougeole, les maladies diarrhéiques (choléra, dysenterie...), les infections respiratoires sévères, le paludisme et la malnutrition. Des épidémies telles que la méningite, la fièvre jaune, l'hépatite virale et la typhoïde se manifestent dans ces situations d'urgence qui, par ailleurs favorisent l'apparition de problèmes psychiatriques et psychosociaux³⁹.

Lors des crises humanitaires, les blessures et les morts violentes résultant des combats armés, de la pratique de la torture, rendent nécessaire la mise à disposition des soins spécialisés. En outre, le manque de préservatifs, l'absence d'examens sanguins et de services en matière de sexualité et de santé périnatale dans les zones en conflits favorisent le développement des épidémies, en particulier du VIH/sida. Par ailleurs l'on peut aussi relever l'absence de contrôle social, des comportements à risques, des viols et le recours à la prostitution comme facteurs favorables à la propagation de cette pandémie.

La réponse formulée à ces besoins de santé pour les personnes réfugiées, les déplacées internes, les communautés hôtes et les survivants, constitue un défi. La plupart des personnels de santé intervenant en situation d'urgence n'a pas été formée pour répondre, de manière

efficace et efficiente, aux besoins sanitaires des personnes en situation d'urgence, que ce soit en matière de prévention ou concernant la prise en charge des cas.

CHAPITRE 2 : SITUATION SANITAIRE

2.1. ORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTE AU CAMEROUN

Au Cameroun, le secteur de la santé est structuré en trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et comprend trois sous-secteurs : (i) un sous-secteur public ; (ii) un sous-secteur privé (à but non lucratif et lucratif); et (iii) un sous-secteur traditionnel. Chaque niveau de la pyramide dispose des structures administratives, sanitaires et de dialogue (voir tableau 1).

Tableau 1: Différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins et services de santé	Structures de dialogue
Central	-Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, - SESP - Directions techniques et assimilées	- Elaboration des politiques - Coordination - Régulation - Supervision	- Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés (CENAME, CPC, - CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP, LNSP)	- Conseil National de la Santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	- 10 Délégations Régionales	- Appui technique aux Districts de Santé - Coordination régionale - Régulation - Supervision	- Hôpitaux régionaux et assimilés	- Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	- 197 Districts de Santé	- Offre de soins - Coordination du District - Régulation - Supervision	- Hôpitaux de District - Cliniques - CMA - CSI, Cabinet de soins	- COSADI; COGEDI - COSA; COGE

Source : MINSANTE. Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030. Complété à partir de la carte sanitaire 2020

Le secteur de la santé a été segmenté en cinq composantes. Trois verticales, à savoir : (i) promotion de la santé ; (ii) prévention de la maladie ; (iii) prise en charge des cas ; et deux horizontales ou transversales : (iv) renforcement du système de santé et (v) gouvernance (normalisation, régulation et redevabilité) et pilotage stratégique (planification, supervision, coordination et veille stratégique et sanitaire).



Figure 3 : Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes

Source: MINSANTE, SSS 2020-2030

2.2. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

2.2.1. ESPERANCE DE VIE

Entre 1990 et 2019, l'espérance de vie à la naissance au Cameroun est passé de 53,4 ans à 59,3⁴⁰ soit une augmentation de 5,9 années au cours de la période. Cependant, il convient de relever qu'au cours de la décennie 1990-2000, marquée par la récession économique et l'implémentation des programmes d'ajustements structurels, l'espérance de vie à la naissance a connu une baisse significative en passant de 53,4 à 51 ans. C'est à partir du début des années 2000 comme l'illustre la figure 3 ci-après que, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé de croître. Cette situation témoigne des importants efforts consentis par le Gouvernement pour assurer aux populations une vie longue en bonne santé. Si cette tendance est maintenue, l'espérance de vie à la naissance connaîtrait une évolution considérable et pourra atteindre en 2030, la cible fixée dans la SND30 qui est de 62,1 ans⁴¹. L'atteinte de cette performance sous-entend le maintien des efforts consentis pour assurer une bonne couverture santé universelle et de façon globale, le renforcement du système de santé⁴².

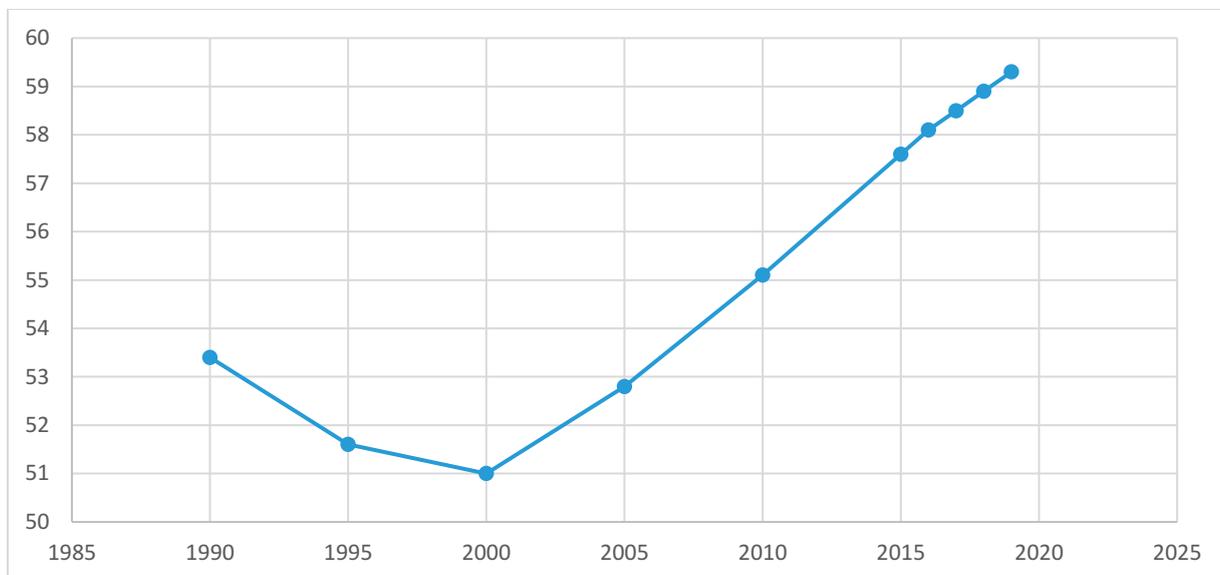


Figure 4: Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 1990 à 2019

Source : PNUD, Rapport sur le développement humain 2020

Le tableau II ci-après démontre néanmoins que, malgré les améliorations sus évoquées, l'espérance de vie de la population camerounaise reste en dessous de la situation globale des pays de l'Afrique sub-saharienne et même de celle des pays du groupe à développement humain moyen.

Tableau 2: Espérance de vie à la naissance du Cameroun en 2019 par sexe, comparé aux pays d'Afrique au sud du Sahara

	Espérance de vie à la naissance		
	Les deux sexes	F	H
Cameroun	59,3	60,6	58
Afrique sub saharienne	61,5	63,3	59,8
Moyenne des pays du groupe à développement humain moyen	69,3	70,8	67,9

Source : PNUD, Rapport sur le développement humain 2020

2.2.2. MORTALITE GENERALE ET DES POPULATIONS CIBLES

2.2.2.1. Mortalité générale

Chez les personnes âgées entre 15 et 50 ans exacts, le taux de la mortalité est de 4,81 décès pour 1000 chez les hommes, et de 4,18 décès pour 1 000 chez les femmes. La figure 4 ci-après montre que le taux de mortalité augmente avec l'âge aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Le taux de mortalité augmente assez rapidement chez les femmes dans les tranches d'âge 15-19 ans et de 30-34 ans, atteignant un maximum de 6,9% chez celles de 45-49 ans.

Cependant chez les hommes, les variations sont plus irrégulières avec des taux de mortalité plus élevés après l'âge de 40 ans (10,1 ‰ à 40-44 ans et 9,8 ‰)⁴³.

Par rapport à la période 2004-2011, la probabilité de décéder entre les âges exacts 15 et 50 ans a baissé aussi bien chez les femmes (passant de 228 ‰ à 155 ‰ pour la période 2012-2018) que chez les hommes (respectivement 232 ‰ à 185 ‰).⁴⁴

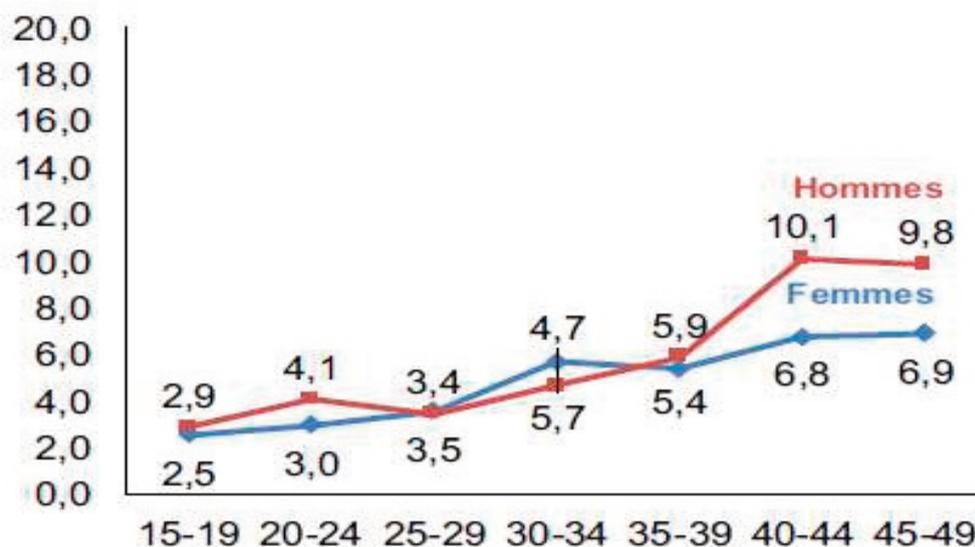


Figure 5: Taux de mortalité des adultes, par tranche d'âge pour la période 2012-2018 (Décès pour 1000 personnes)

Source : EDS 2018 Page 379

Le profil épidémiologique du Cameroun continue d'être marqué par une forte prédominance des maladies transmissibles bien que celles-ci soient en baisse (voir figure 6). Les plus importantes sont toujours le VIH/SIDA et le paludisme. Ces deux pathologies occupent une place primordiale parmi les principales causes de décès depuis plus de 10 ans. A celles-ci s'ajoutent les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires et les affections néonatales. La tuberculose qui comptait parmi les principales causes de décès a significativement regressé et occupe désormais le 9^{ème} rang.

Les maladies non transmissibles quant à elles ont connu une tendance à la hausse au cours de ces dernières années. Ceci se traduit par une augmentation du nombre de décès causés par les accidents vasculaires cérébraux (21,7%) et les cardiopathies ischémiques (32,8%). L'on remarque aussi une forte augmentation des décès dus aux diabètes (34,8%) et ceux attribuables aux accidents de la voie publique (19%). (Cf. figure 6)

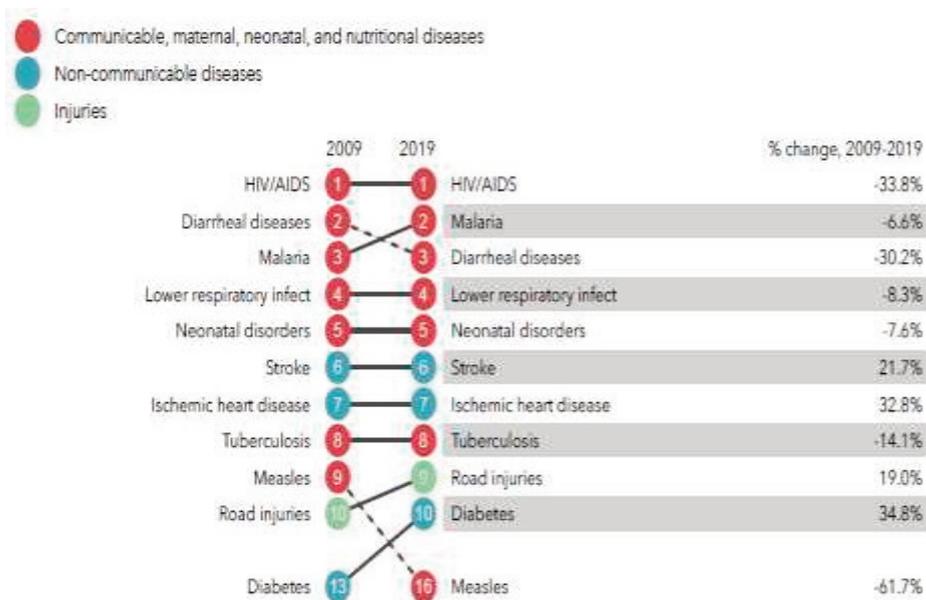


Figure 6: Les 10 principales causes de décès au Cameroun en 2019

Source : Obtenu à partir de l'exploitation des données de l'IHME 45

2.2.2.2. Mortalité maternelle néonatale et infantile

Mortalité et morbidité maternelle

Au plan national, la mortalité maternelle est passée de 669 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011⁴⁶. Parmi les facteurs qui expliquent cette situation figurent : (i) le faible taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (64,7% en 2014)⁴⁷, (ii) la faible accessibilité financière et géographique aux services de soins , (iii) la faible disponibilité des produits sanguins ; (iv) la faible mise en œuvre des interventions à haut impact sur la santé de la mère notamment : la planification familiale, la mise en place du réseau des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), la formation et déploiement des sages-femmes et la Surveillance des Décès Maternels Périnataux et Riposte.

Les efforts consentis par le Gouvernement pour remédier à cette situation ont permis de faire baisser le ratio de mortalité maternelle à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018, soit une baisse de 40%. Dans la même lancée, le taux de létalité obstétricale intra hospitalière a baissé en passant de 1,50% à 0,11% au cours de la période 2015-2020. Néanmoins il est impératif de maintenir ces efforts afin de se rapprocher au mieux de la cible ODD n°3.1 : qui est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030.

Il est en effet établi que, plus de la moitié des décès maternels (69%) sont dus aux causes obstétricales directes évitables à savoir : les hémorragies (41,9%), la pré-éclampsie sévère et

l'éclampsie (16,7%), l'infection sévère du postpartum (4,4%) et les complications graves de l'avortement (4,1%)⁴⁸. Ces causes pourraient être évitées si l'offre de services et des soins pour la santé de la mère était renforcée surtout au niveau opérationnel.

La mise en place des réseaux nationaux des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et Soins Obstétricaux Et Néonataux d'Urgence Complet (SONUC) pourraient également permettre de réduire le problème de fistules obstétricales qui sévit encore. En effet, la procréation précoce et les obstacles à l'accès aux services de santé ont contribué de manière significative à la survenue des fistules obstétricales. Malgré les efforts consentis pour la prise en charge de ces dernières, nombreuses sont les femmes qui n'ont toujours pas accès à la prise en charge. L'EDS 2018 estime à 17 721 cas de fistules obstétricales.

Tableau 3: Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes au Cameroun entre 1998 et 2018

Périodes	1991-1998	1997-2004	2004-2011	2012-2018
Ratio	511	669	782	467* 406**
Source	EDSC 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

* : Ancienne méthode de calcul correspondant aux résultats des précédentes enquêtes EDS au Cameroun

** : Nouvelle méthode de calcul correspondant à la définition de l'OMS

Source : Rapport suivi de 100 indicateurs de la santé au Cameroun

Mortalité et morbidité Néonatale

La mortalité néonatale est passée de 31 à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes de 2011 à 2018. Il est important de noter que cet indicateur stagne depuis 2014 à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Tableau 4 : Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun

Période	1991	1998	2004	2011	2014	2018
mortalité néonatale	33	37	29	31	28	28
Source	EDSC 1991	EDSC, 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS, 2014	EDS 2018

Source : Rapport suivi de 100 indicateurs de la santé au Cameroun

La cible de cet ODD est d'atteindre 12 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030. Mais le pays est encore loin de cette performance malgré les efforts consentis par le MINSANTE dans le cadre de la mise en œuvre de certaines actions innovantes telles que la méthode mère Kangourou à travers le projet Kangaroo Mother Care Development Impact Bound» (KMC-DIB) couvrant 6 régions (Littoral, Adamaoua, Centre, Nord, Sud-Ouest et Est).

Au niveau National, institutionnel et communautaire les régions concernées ont également été soutenues pour l'élaboration des manuels de la méthode kangourou, des guides et normes en matière de prise en charge de nouveau-né, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, et l'adoption des bonnes pratiques pour la santé du nouveau-né.

Mortalité et morbidité infantile et infanto-juvénile

Entre 2015 et 2020, la mortalité infanto-juvénile (MIJ) a régressé de 103‰ à 80‰. Il en est de même du taux de mortalité infantile (TMI) qui est passé de 60‰ à 48‰⁴⁹ au cours de la même période. Chez les enfants âgés de 2 mois à 5 ans, les pathologies telles que : le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/SIDA (7%) constituent les principales causes de mortalité⁵⁰. Par ailleurs, la malnutrition chronique est la cause de 14,7% de décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans⁵¹. Les pratiques familiales essentielles et les interventions à haut impact sur la santé de l'enfant (vaccination, allaitement maternel exclusif, etc.) ne sont cependant pas suffisamment mises en œuvre pour inverser la tendance des chiffres susmentionnés.

Tableau 5: Evolution de certains indicateurs de santé de l'enfant

Indicateurs de performance	Baseline en 2015	Résultats en 2020	Observations
Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	45%	35,7% SNIS (DHIS-2)	Amélioration
Taux de mortalité infantile	60 / 1 000 MICS 5 Page 28	48/1000 EDS 2018 Page 157	Amélioration
Taux de mortalité infanto-juvénile	103/1000 MICS 5 Page 28	80/1000 EDS 2018 Page 157	Amélioration

Source : Rapport d'évaluation finale du PNDS 2016-2020

Le tableau V ci-dessus met en évidence une amélioration considérable des indicateurs de santé de l'enfant. Cette tendance à la baisse pourrait être la conséquence des mesures prises par le gouvernement faisant de la santé de l'enfant de moins de 5 ans une priorité absolue du secteur de la santé. Cela s'est matérialisé par la création d'un Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infantile (PLMI) en 2014, l'adoption de la mise en place de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIME, 2014) entre 2014 et 2015 au niveau national. Il en est de même des campagnes d'intensification de la vaccination contre les maladies tueuses de l'enfant (polio, rougeole) mais également la prévention du paludisme chez ces derniers.

Tableau 6: Situation des principaux indicateurs de mortalité au Cameroun en 2019

Indicateurs	Valeur	Source de données	Auteur
Ratio de mortalité maternelle - ODD 3.1.1	406 pour 100 000 naissances	EDS 2018	MINSANTE/INS Cameroun
Taux de mortalité attribuable à la Tuberculose	31 pour 100 000 habitants	Global Tuberculosis Report	OMS
Taux de mortalité attribuable au Sida	112 pour 100 000 habitants	EDS 2018	MINSANTE/INS Cameroun

Mortalité chez les 30 à 70 ans attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques - ODD 3.4.1	22%	PROFILE PAYS DES MALADIES TRANSMISSIBLE CAMEROUN 2018	OMS
Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant - ODD 3.9.1.	208 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (Accès à des services WASH inadéquats) - ODD 3.9.2	45,2 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel - ODD 3.9.3	3,1 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité par suicide - ODD 3.4.2	12,2 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS
Taux de mortalité lié aux accidents de la route - ODD 3.6.1	30,1 pour 100 000 habitants	ANNUAIRE STATISTIQUE 2015	INS Cameroun
Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors des catastrophes - ODD 1,5.1 ; 11.5.1 13.1.1	254 décédées, 3 disparues, 1200 directement touchées	MINAT/DPC RAPPORT 2019	MINAT/DPC
Nombre de victimes d'homicides, par sexe et âge - ODD 16.1.1	11,6 pour 100 000 habitants	WORLD HEALTH STATISTICS 2019	OMS

Source : ONSP 2022

Surveillance des décès maternels périnataux et riposte

La surveillance des décès maternels périnataux et riposte (SDMPR) en tant qu'intervention à haut impact dans la lutte contre la mortalité maternelle est effective au Cameroun depuis 2014 par l'introduction des décès maternels et périnataux dans la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) et constitue un événement à déclaration obligatoire. A ce jour cette surveillance a permis d'augmenter la sensibilisation et l'adhésion des parties prenantes dans la lutte contre la mortalité maternelle au Cameroun. Elle a aussi permis de renforcer la revue des décès maternels. Cependant, des défis persistent notamment :

- l'amélioration de la promptitude et de la complétude des données ;
- le développement des mécanismes de recherche active pour combler le gap de données des districts de santé silencieux ;
- l'amélioration de la qualité des revues des décès maternels à tous les niveaux;
- le renforcement de la SDMPR au niveau communautaire ;
- la systématisation de la prise en compte des décès périnataux dans la SDMPR ;
- la mise en œuvre effective des plans de réponse à la suite des revues.

2.3. FARDEAU DE LA MALADIE

La prévention et la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles se sont globalement améliorées dans le pays au cours de la période 2016-2020. Les performances observées pourraient s'expliquer par les efforts consentis par le gouvernement et les partenaires techniques pour améliorer les plateaux techniques des formations sanitaires. A cela, peuvent s'ajouter les mesures de gratuité établies pour assurer l'accès aux soins et services de santé à certaines cibles (les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les tuberculeux et les malades atteints de Covid-19, etc.).

2.3.1. MALADIES TRANSMISSIBLES

2.3.1.1. Maladies transmissibles prioritaires

Paludisme

Le Paludisme demeure une maladie endémique au Cameroun et constitue une préoccupation majeure pour les autorités nationales. Les efforts du pays, dans le cadre de la lutte contre cette maladie, ont amélioré l'accès aux services de préventions et de prise en charge du paludisme dans la population générale y compris les groupes cibles que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Grace à ces efforts, le taux de prévalence a baissé de 30% à 24% entre 2011 et 2018 (EDSC-V). Cependant, depuis 2016 on observe une augmentation du taux de l'incidence de 75,7/1000 habitants à 101,2/1000 habitants et la morbidité proportionnelle dans les FOSA est passée de 23,6% à 29,1% pour la même période.

Le taux de mortalité est passé de 11,2/100000 habitants à 15,8/100000 habitants entre 2016 et 2020. Ceci traduit en moyenne 6000000 de cas et 4000 décès chaque année. Par ailleurs, les enfants de moins de 5 ans représentent 69,1% des hospitalisations et 64% des décès liés au paludisme (rapport PNLP 2020). Aussi, le paludisme représente un grand danger pour les femmes enceintes et pour les nouveaux nés. Face à cette situation, le gouvernement s'est doté d'un cinquième Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PSNLP) dont l'objectif s'aligne à celui de la stratégie sectorielle 2020-2030 à savoir réduire de 60% le taux de morbidité et de mortalité lié au paludisme d'ici 2023.

Les principaux défis auxquels le programme fait face sont :

- faible couverture en intervention des préventions (TPI et MILDA) ;
- forte résistance des vecteurs aux insecticides ;
- faible accès aux services curatifs de qualités ;
- faible offre de service de prévention et de prise en charge des cas au niveau communautaire ; (Couverture insuffisante des Interventions Sous Directives Communautaires) ;

- faible appropriation des interventions de lutte par les Collectivités Territoriales Décentralisées(CTD) ;
- Insuffisance du système d’approvisionnement en intrants (ruptures fréquentes) ;
- Qualité insuffisante des données ;
- insuffisance de la surveillance de la maladie à tous les niveaux.

Pour inverser cette tendance, le pays s’est aligné à l’initiative HIGH BURDEN TO HIGH IMPACT prônée par l’OMS laquelle vise à améliorer la situation sanitaire des pays les plus affectés par cette maladie à travers quatre piliers que sont :

- le renforcement de la volonté politique ;
- l’utilisation stratégique des informations ;
- l’adoption et la mise en œuvre des meilleures stratégies de lutte contre la maladie et ;
- la coordination de la réponse nationale.

VIH/SIDA et IST

Le taux de prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est passé de 4,3% en 2011 à 2,7% en 2018 au Cameroun⁵². Les femmes de 15-49ans (3,4%) sont plus exposées par rapport aux hommes de la même tranche d’âge (1,9%). Le nombre de nouvelles infections liées au VIH était estimé à 58 757 en 2014⁵³. Il est passé à 31000 nouveaux cas de VIH par an, soit une incidence de 0,24% chez les adultes⁵⁴. Les populations les plus exposées au VIH et aux autres IST sont : les travailleurs du sexe (36%), les *Men Having Sex with Men* (MSM) (24-44%), les camionneurs (16%). Les autres populations vulnérables sont : les détenus, les adolescents et jeunes, les réfugiés et les travailleurs des pôles économiques. La prévalence du VIH est très élevée parmi les veuves (17,9%), les divorcées/séparées (15,7%), et les veufs (10,6%)⁵⁵.

De plus, l’épidémie s’est féminisée dans les tranches d’âge 15-19 ans et 20-24 ans. En effet, l’incidence du VIH est 9 fois plus élevée chez les filles que chez les garçons de ces tranches d’âge. La distribution épidémiologique montre également une disparité entre les zones urbaines et les zones rurales ainsi qu’entre les régions. Les régions du Sud (6,3%) et de l’Est (5,9 %) enregistrent les prévalences les plus élevées, alors que les prévalences du VIH⁵⁶ sont plus faibles dans les régions de l’Extrême-Nord (1,5 %), du Nord (1,6 %) et de l’Ouest (2,7 %).

La prévalence du VIH parmi les femmes de 15-49 ans est plus élevée en milieu urbain qu’en milieu rural (3,9 % contre 2,9 %). Parmi les hommes de 15-49 ans par contre, on ne note pas d’écart, la prévalence du VIH étant de 1,9 % aussi bien en milieu urbain qu’en milieu rural (EDS 2018).

Les déterminants les plus importants qui entretiennent l’épidémie au Cameroun sont: la multiplicité des partenaires sexuels au cours de la vie, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, l’activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés, la prostitution importante et très mobile, la réticence à l’utilisation des préservatifs,

la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les actes de transfusion sanguine⁵⁷.

D'après l'initiative des Nations Unies, plus connue sous le nom de stratégie 90-90-90, laquelle décrit les moyens par lesquels l'on pourrait réaliser les trois objectifs préliminaires d'ici 2020, à savoir : identifier 90% des personnes vivant avec le VIH grâce à des tests élargis ; placer 90% des individus identifiés positifs sous thérapie antirétrovirale (TAR), faire en sorte que 90% des personnes sous traitement soient capables d'atteindre des charges virales indétectables indicatives du succès du traitement. Selon l'enquête CAMPHIA 2018, le Cameroun a enregistré 55,6% de PVVIH qui connaissent leur statut parmi lesquelles 93,1% sont sous ARV et 80,1% de ces derniers ont une charge virale indétectable. Ces résultats pourraient s'expliquer par les efforts consentis par le gouvernement pour rendre accessible et gratuit la prise en charge des PVVIH dans les FOSA à travers l'initiative User-Fees qui est un système d'achat des prestations par l'Etat⁵⁸. Par ailleurs, on observe encore des inégalités dans la réponse au VIH, ceci pouvant entraver les progrès vers les objectifs. Elles sont plus perceptibles dans les populations clés qui ne sont suffisamment pas prises en compte.

PTME

Selon le rapport de progrès annuel de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH SIDA 2014 du CNLS, sur 825 150 grossesses attendues, 573 793 femmes (69,5%) ont été vues en CPN et 493 510 (86% des CPN et 60% des grossesses attendues) ont eu accès au dépistage du VIH, parmi lesquelles 31 112 (6,3%) se sont avérées positives. Cette séropositivité varie de 12,2% dans la région du Centre à 2,2% dans la région du Nord⁵⁹. Au total, 10 599 (34%) des 31 112 femmes enceintes séropositives dépistées étaient mises sous ARV, soit 25% des femmes enceintes séropositives attendues⁶⁰.

L'objectif d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015 n'a donc pas été atteint. Bien que le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME ait augmenté entre 2010 et 2014, en passant de 2067 à 3466 sur les 3990 FOSA fonctionnelles que comptait le pays à cette date, ce taux reste encore très faible⁶¹.

L'option B+ qui consiste à « Mettre toutes les femmes enceintes séropositives sous traitement sans attendre les résultats des CD4 » a été adoptée par le pays en 2012. En 2014, sur 41 684 femmes enceintes séropositives attendues, 31 112 (74%) ont été testées au VIH et 11 698 (soit 71%) ont été mises sous prophylaxie ARV⁶². L'intégration du volet PTME dans les activités de la CPN est effective dans toutes les régions, même si la couverture de cette CPN n'est pas toujours satisfaisante.

Les facteurs limitants qui contribuent à la mauvaise réponse du système dans le domaine de la PTME sont entre autres :

- l'offre des services de PTME insuffisante en zones rurales (personnel formé insuffisant et intrants non disponibles dans certaines FOSA) ;
- l'accès aux services insuffisante en zones rurales ;
- les ruptures de stocks récurrentes en tests de dépistage et en ARV⁶³.

Hépatites virales

La séroprévalence moyenne de l'hépatite virale B est de 12% avec un pic de 17% dans la région de l'Extrême-Nord. La prévalence moyenne de l'hépatite virale D est de 10,5%. Celle de l'hépatite virale C est de 1,03% et est plus élevée chez les 50 ans et plus. La co-morbidité VIH-hépatites virales B de 1,5% est faible. Une grande proportion des hépatites virales est due aux actes de transfusion sanguine.

Le Pays ne dispose pas de données sur la transmission du VHB de la mère à l'enfant. La vaccination à la naissance des nouveau-nés exposés à l'Hépatite virale B n'est pas systématique. Cependant, une étude de prévalence dans une population d'enfants vaccinés selon le calendrier actuel qui ne comporte pas la dose à la naissance a trouvé une prévalence de 0,7% attribuable en partie à la transmission verticale. Une modélisation basée sur la prévalence des marqueurs viraux AgHbS et AgHBe chez la femme enceinte a estimé à 24,3 sur 1000 naissances vivantes le nombre d'infection périnatale en absence de stratégie de prévention spécifique de la transmission verticale de l'hépatite virale B.

La vaccination universelle à la naissance de tous les nouveau-nés ainsi qu'une prophylaxie antivirale ciblée chez la femme enceinte infectée sont des stratégies envisagées pour réduire significativement d'ici 2030 le fardeau épidémiologique de cette transmission verticale⁶⁴.

Tuberculose

D'après l'OMS, le taux de mortalité dû à la tuberculose (excluant les cas de co-infection VIH/TB) était estimé à 30 pour 100 000 habitants en 2017. S'agissant des cas de décès dus à cette maladie (uniquement chez les cas de co-infection VIH/TB), on estime ce taux de mortalité à 25 pour 100 000 habitants. Toujours en 2017, le nombre de cas incidents (y compris les cas de co-infections VIH/TB) est estimé à 47 000 personnes en moyenne, soit un taux d'incidence (y compris VIH-TB) de 194 pour 100 000 habitants.

L'analyse de l'incidence de la tuberculose par groupe d'âge montre que c'est chez les personnes de plus de 14 ans que l'incidence est la plus élevée.

Durant l'année 2019, 24582 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistés dans l'ensemble des CDT du pays. Les hommes (61%) sont plus affectés que les femmes (31%). La tranche d'âge la plus touchée est celle de 25-44 ans. Parmi ces cas, 1273 enfants sont dépistés soit 5,2% des cas. La recherche active des cas auprès des populations cibles est effective. Les activités communautaires sont visibles et bien suivies par toutes les parties prenantes. On note aussi une augmentation des cas suspects référés par les agents communautaires et une demande accrue des examens au laboratoire entraînant une réduction du taux de positivité (Rapport annuelle d'activité PNLT 2019).

Le taux d'acceptation du test de dépistage au VIH était de 91% chez tous les cas tuberculeux parmi lesquels, 29% ont été testés positifs au VIH (taux de co-infection TB/VIH). Les résultats montrent que la co-infection TB/VIH est plus élevée dans la région du Nord-ouest (45%).

Alors que dans les régions du nord (14%) et de l'Extrême-nord (11%) sont les moins touchées. Les personnes vulnérables sont les prisonniers, les réfugiés et les immunodéprimés y compris les personnes vivant avec le VIH. Il existe 28 centres de dépistage et de traitement fonctionnels de tuberculose au Cameroun. En plus de ces 28 CDT, on dénombre 11 centres de prise en charge de la Tuberculose Multirésistante (TB-MR) fonctionnels.

Le taux de succès thérapeutique des malades tuberculeux a subi une légère amélioration passant de 84% en 2015 à 86% en 2020 (Rapport PNLT 2020). La proportion des pertues de vue en 2018 au Cameroun reste élevée (6%), il en est de même pour la proportion des décès qui reste autour de 6%.

L'incidence de la Tuberculose est plus élevée chez les hommes que celle observée chez les femmes quel que soit le groupe d'âge. Dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et protection sociale, on évalue à 52% le pourcentage de personnes notifiées qui bénéficie de la couverture de traitement de tuberculose en 2017. Parmi ces derniers, le taux de létalité de la tuberculose enregistré en 2017 était de 0,29%.

De 2014 à 2015, le nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive a augmenté de 4353 cas (passant de 11 655 cas en 2014 à 16008 cas en 2015) avec un taux de guérison de 85%. Les principaux blocages du système de santé qui ont été identifiés sont : l'absence d'un plan intégré de suivi et évaluation, le déficit des mécanismes de redevabilité⁶⁵, l'inadéquation entre les résultats attendus et les ressources disponibles.

L'OMS a, dans son rapport 2014, estimé que, le nombre de cas incidents variait entre 47 000 et 49 000, soit un taux compris entre 210 et 265 pour 100 000 habitants. La région de l'Est a connu une augmentation des cas de l'ordre de 35% entre 2013 et 2014 à cause de l'afflux de populations réfugiées en provenance de la République Centrafricaine⁶⁶.

2.3.1.2. Maladies à Potentiel Epidémique (MAPE) et les urgences

Au cours des cinq dernières années, le paysage épidémiologique (voir tableau VII) a été particulièrement marqué par la survenue des épidémies suivantes : (i) choléra (23152 cas ont été suspectés en 2011, et des mesures de prévention ont permis de réduire la survenue d'autres épidémies) ; (ii) les méningites bactériennes (les sérogroupes les plus fréquents étaient le A et le MenAfricaW135 dont les épidémies se sont estompées avec l'introduction du vaccin anti-méningococcique) ; (iii) les gripes : la période de 2008- 2012 a été marquée par la survenue des gripes pandémiques. La lutte contre ces épidémies s'est faite par le renforcement du système de surveillance à tous les niveaux et le renforcement des infrastructures hospitalières (création des centres spécialisés pour la prise en charge des cas).

Par ailleurs, le concept « One Health » a vu le jour par la mise en place d'une collaboration entre le MINSANTE et le MINEPIA ; (iv) la rougeole avec 45 Districts de santé affectés en 2018, 61 en 2019 et 79 en 2020, l'incidence au cours de la dernière épidémie était de 44 pour 100 000 habitants avec un taux de létalité de 7 décès pour 1000 cas)⁶⁷ et (vi) la poliomyélite (Le Cameroun a été certifié libre de poliovirus sauvage depuis le 18 juin 2020. Cependant le pays continue à faire face à des flambées des cas de poliovirus circulant de type-2 dérivés de souche vaccinale (cVDPV2) avec 4 cas confirmés en 2019 et 15 en 2020.

Concernant les zoonoses et les épizooties, le pays a connu au cours de la dernière décennie, la survenue de plusieurs épisodes zoonotiques au nombre desquels figurent la fièvre jaune chez les êtres humains, l'anthrax chez les bovidés et primates, la grippe aviaire H5N1 chez la volaille domestique et l'avifaune, la grippe pandémique A (H1N1) en 2009 chez les porcs, la fièvre de la vallée du Rift chez les ruminants et les êtres humains, la variole des singes (Monkeypox) chez les chimpanzés. Les risques épidémiques endogènes ou d'importation des cas de maladie à virus Ébola continuent d'être présents.

Maladies évitables par la vaccination (MEV)

À ce jour, 13 maladies sont ciblées par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine : tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos néonatal, coqueluche, Hépatite virale B, infection à *Haemophilus* type B, infection à pneumocoque, diarrhée à Rotavirus, fièvre jaune, rougeole et rubéole⁶⁸ et les infections à Human Papilloma Virus (HPV)⁶⁹. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce programme sont de plusieurs ordres :

- l'insuffisance en ressources humaines formées sur la vaccination en pratique (12,2%)⁷⁰ ;
- la couverture des besoins en matériel roulant est insuffisante (36% pour les motos au niveau des aires de santé, 54% pour les véhicules dans les districts de santé et 40% pour les hors bords)⁷¹ ;
- la couverture des formations sanitaires en matériel de chaîne de froid est de 75% (la norme nationale étant de 80%)⁷² ;
- la faible réalisation des stratégies avancées/mobiles dans plusieurs districts de santé ;
- la faible qualité et utilisation des données de routine pour la prise de décisions ;
- l'insuffisance de la capacité de l'offre de service notamment des équipements de la chaîne de froid fonctionnelle (14% des FOSA couverts en équipement homologués, 53% vaccinant sans équipements de la chaîne de froid), en matériel roulant (36% des d'AS disposant d'une moto) et en ressources humaines formées sur la vaccination en pratique (12,2%)⁷³ ;
- l'accessibilité difficile d'une bonne partie de la population cible en raison des conditions géographiques et climatiques, l'insécurité et la forte mobilité de la population ;
- la baisse de confiance vis-à-vis des vaccins dans un contexte de propagation des rumeurs et des désinformations durant la pandémie de la Covid-19 ayant impacté la génération de la demande de service ;

- l'inadéquation des stratégies actuelles aux nouveaux défis que posent l'urbanisation, les urgences sanitaires et humanitaires et la forte mobilité ;
- la faible qualité et utilisation des données de routine pour la prise de décisions.

Actuellement, 7 maladies évitables par la vaccination sont sous surveillance. Il s'agit de : la fièvre jaune, la rougeole, tétanos néonatal, la poliomyélite, syndrome de rubéole congénitale, la méningite à méningocoque et diarrhées à Rotavirus. Les 3 dernières font l'objet d'une surveillance sentinelle. En dépit du dispositif de surveillance mis en place (outils de gestion, flotte téléphonique, internet, circuit de notification, etc.), la collaboration et la coordination multidisciplinaire et multisectorielle de la surveillance intégrée des maladies ne sont pas optimales. Actuellement, il existe un plan multirisque de préparation et de réponse aux urgences sanitaires au Cameroun. Celui-ci couvre la période 2022-2024 et pourrait garantir à travers des stratégies dédiées, la riposte ponctuelle et efficace devant toute épidémie déclarée sur l'ensemble du territoire. Les laboratoires ne sont pas encore mis en réseau. Le Centre Pasteur du Cameroun à Yaoundé et son annexe de Garoua, le laboratoire Global Viral Cameroon, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Centre de Recherche des Maladies Emergentes et Ré-émergentes (CREMER) et le Laboratoire National Vétérinaire (LANAVET) sont actuellement les seuls laboratoires de référence. Cependant, l'acheminement des prélèvements vers ceux-ci n'est pas encore optimal. Le tableau 7 ci-après récapitule l'historique de quelques MAPE de 2016 à 2020⁷⁴.

La surveillance communautaire est passive. Elle est faite par les ASC, certains leaders communautaires et les structures de dialogue. Cependant, les rapports hebdomadaires ne sont pas encore produits. Cela s'expliquerait par le fait que cette activité relève du bénévolat et n'est pas rémunérée. Pourtant, un système d'alerte précoce non fonctionnel entraîne une réponse tardive en cas d'épidémie.

Pandémie à COVID-19

Les deux premiers cas de COVID-19 ont été identifiés au Cameroun le 06 mars 2020 et le Système de Gestion de l'Incident (SGI) COVID-19 a été activé au Centre de Coordination des Opérations d'Urgences de Santé Publique (CCOUSP). Le 03 novembre 2021, on enregistre 105 719 cas positifs au COVID-19 avec 1758 décès soit un taux de létalité de 1,7%. De manière générale les personnes de 60 ans et plus sont celles qui décèdent le plus. La tranche d'âge la plus infectée est celle de 30 à 39 ans et les hommes sont plus infectés.

Le personnel de santé paye un lourd tribut face à cette pandémie avec 57 décès. Sur 3 569 cas positifs on note 545 femmes enceintes infectées dont 6 décès.

La vaccination contre la Covid-19 a été introduite le 12 avril 2021. Mais la couverture vaccinale reste faible, soit 4,1% de la population cible vaccinée. Le variant delta de la COVID-19 a été isolé au Cameroun en Mai 2021. (SITREP Covid19 du 18-24/11/2021). Deux plans de riposte

ont déjà été élaborés et mis en œuvre au Cameroun. Les axes stratégiques de la riposte sont : i) la coordination ; ii) la communication de risque et l'engagement communautaire ; iii) la surveillance et investigation ; iv) la prise en charge ; v) la prévention et contrôle des infections ; vi) la logistique ; vii) la vaccination et la continuité des services essentiels. Les mesures de prévention édictées par le Gouvernement parmi lesquels : la distanciation, le port de masque, le lavage des mains, la limitation des regroupements de plus de 50 personnes, etc., sont très peu appliquées par les populations. La mise en œuvre du deuxième plan de riposte au niveau opérationnel fait face à des goulots au niveau de certains piliers de la réponse, à savoir :

- **Prise en charge** : rupture de certains intrants du protocole de traitement ;
- **Prévention et le Contrôle des Infections (PCI)** : insuffisance des Equipements de Protection Individuelle (EPI), gestion des déchets hospitaliers dans les FOSA;
- **Logistique** : inadéquate/insuffisante dans la majorité des Districts de Santé et ne couvre pas les besoins exprimés;
- **Vaccination** : insuffisance de ressources, et faible adhésion à la vaccination contre la COVID-19.

Préparation à la gestion des épidémies et des zoonoses

Les expériences des épidémies antérieures n'ont pas permis de mettre en place une structure pérenne de riposte à l'instar de ce qui est recommandé dans le Guide technique National pour la Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte (comités de gestion, équipes d'intervention rapide, etc.). Au-delà de la menace de la maladie à virus Ébola, il n'y a pas eu d'autres évaluations des besoins ni de pré-positionnement des stocks des produits et équipements. Il n'existe pas de plan intégré de gestion des épidémies, ni de laboratoires de haut niveau de sécurité biologique (NSB4 : niveau de sécurité biologique 4).

Par ailleurs, un programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes a été créé et organisé en avril 2014. Cette structure est logée dans les services du Premier Ministre et son plan d'action élaboré en décembre 2015.

Tableau 7: Historique de quelques MAPE au Cameroun de 2016 à 2020

MAPE	2016			2017			2018			2019			2020 (SE 50)		
	Cas suspects	Décès	Létalité (%)												
Cholera	78	1	1,3	20	0	0	993	58	5,8	1168	114	9,8	1885	80	4,2
Méningites	1366	58	4,2	1349	66	4,9	1060	88	8,3	2034	16	0,8	1300	38	2,9
Rougeole	1669	2	0,1	1142	3	0,3	1316	286	21,7	8742	204	2,3	5596	91	1,6
Gastroentérite aigue sévère*	62048	99	0,2	54083	74	0,1	63112	562	0,9	110590	389	0,4	112641	242	0,2
Diarrhées sanglantes	14065	1	0,0	12750	6	0,0	11034	246	2,2	12778	157	1,2	11634	108	0,9
Fièvre typhoïde	275950	16	0,0	249811	7	0,0	341246	1460	0,4	595620	739	0,1	554476	521	0,1
Syndrome grippal	107334	20	0,0	84591	55	0,1	138941	749	0,5	228397	464	0,2	162090	175	0,1
Poliomyélite**	779	1	0,1	598	0	0,0	1046	31	2,9	1176	8	0,7	569	46	8,1
Paludisme	1400113	1150	0,1	1130067	1036	0,1	1694216	5538	0,3	2610539	4210	0,2	2388369	3542	0,1
COVID-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25449***	447	1,8

* surveillance de la diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans

** surveillance de la Paralysie Flaque Aigue

*** nombre de cas confirmés à la semaine 50

Sources : Historique de quelque MAPE, 2016-2020. (DLMEP, données non publiées)

2.3.1.3. Maladies Tropicales Négligées

Les principales Maladies Tropicales Négligées (MTN) font l'objet de programmes de santé prioritaires. Il s'agit de :

Onchocercose

D'après les enquêtes de cartographie initiales effectuées en 2020, la prévalence de l'onchocercose est estimée à 40% au Cameroun. Cette maladie reste endémique dans les dix régions du pays, avec plus de dix-huit millions de personnes exposées (62 % de la population totale) et cinq millions de personnes infectées (64% de la population à risque).

Au cours de la même année, on estimait à plus de 32000 le nombre de personnes infectées atteintes de cécité et à plus de 1 500 000 le nombre de personnes infectées présentant des lésions graves de la peau. Sur le nombre total de districts existants, 128 sont endémiques à la loase parmi lesquels 103 co-endémiques à l'onchocercose. Tous les districts santé hyper et méso endémiques à l'onchocercose sont sous « Traitement par l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) ». En 2020, le taux de couverture thérapeutique à l'Ivermectine était de 71,74% et le taux de couverture géographique s'élevait à 89,03%.

Filariose lymphatique

La prévalence de la filariose lymphatique reste élevée et varie de 6% au Nord-Ouest à 1,1% à l'Ouest⁷⁵. En 2020, après 6 ans de traitements de masse à l'Ivermectine et à l'Albendazole, la plupart des DS, à l'exception du DS d'AKWAYA, ont atteint le critère d'arrêt de traitement et sont en phase de surveillance. (Source : Rapport enquête 2018,2019,2020)

Schistosomiase et helminthiases intestinales (géo helminthiases)

La schistosomiase touche actuellement plus de 2 millions de camerounais. Les enfants en âge scolaire (5-14 ans) constituent le groupe le plus vulnérable et le plus atteint par cette parasitose et représentent 50% des personnes infectées. Un tiers de la population générale est du reste exposé aux facteurs de risques de cette maladie. Les trois régions septentrionales du Cameroun sont les plus touchées, certains districts de santé dans les régions du, Sud-Ouest, Nord-Ouest, Littoral, Est, Ouest et du Centre sont également atteintes.

En ce qui concerne, les helminthiases, elles touchent actuellement plus de 10 millions de camerounais. Les enfants en âge scolaire (5-14 ans) constituent le groupe le plus vulnérable et le plus atteint. Les 10 régions du Cameroun sont touchées par les vers intestinaux et presque toute la population est à risque d'infection par cette maladie. La lutte contre les géo helminthiases est intégrée à celle contre la schistosomiase, ainsi 122 millions de traitements cumulés ont été administrés pour ces deux maladies entre 2006 et 2019.

De 2003 à 2021, la stratégie de lutte contre la schistosomiase et helminthiases intestinales était basée sur le déparasitage annuel des enfants d'âge scolaire et des groupes à risques. En 2021, une nouvelle feuille de route 2021-2030 pour l'élimination de la schistosomiase au Cameroun a été adoptée⁷⁶.

Ulcère de Buruli

Il sévit principalement dans la vallée du Nyong (Centre), dans la cuvette de Bankim (Adamaoua) et dans la zone de Mbonge (Sud-Ouest). Le nombre de districts de santé endémiques est passé de 5 en 2005 à près de 30 en 2015, malgré la gratuité du traitement. Cependant, le nombre de Centres de Traitement de l'ulcère de Buruli (CDT-UB) stagne. Des études ont montré que les coûts indirects inhérents à sa prise en charge constituent un fardeau important pour les malades et leurs familles^{77,78}. Le manque de données sur le plan national constitue une faiblesse pour la coordination nationale.

Trypanosomiase Humaine Africaine⁷⁹

Il existe actuellement cinq foyers actifs de THA au Cameroun, à savoir : CAMPO et BIPINDI dans la région du Sud, DOUME et YOKADOUMA à l'Est, et SANTCHOU à l'Ouest. Les anciens foyers de MAMFE et de FONTEM dans le Sud-ouest nécessitent une réévaluation afin de déterminer leur statut actuel. La population à risque dans ces foyers est actuellement estimée à 52 000 personnes. Les foyers actifs susmentionnés bénéficient annuellement des activités de supervision intégrées formatives, des campagnes de sensibilisation et de dépistages des populations avec traitement des cas positifs. Au cours de l'année 2021, tous ces foyers ont été supervisés; les campagnes de prospection ont été organisées dans les foyers de Bipindi et de Campo. Concernant la lutte anti-vectorielle, des pièges anti-tsétsé ont été installés au foyer de Campo. Pour l'introduction du nouveau protocole de la THA à Gambiense à base du Flexinidazole, il est prévu la formation des acteurs directement impliqués dans la prise en charge des cas de THA dans les foyers. Des activités ponctuelles de sensibilisation, de mobilisation, de dépistage et de traitement gratuit sont organisées annuellement dans ces foyers.

Trachome

Le trachome est endémique dans 21 districts de santé. Les régions les plus touchées sont l'Extrême-Nord (14 districts de santé) et le Nord (3 districts de santé). En 2014, près de 1 156 483 patients ont été traités et 3 889 cas de trichiasis opérés. Après la mise en œuvre de la stratégie CHANCE de l'OMS, les enquêtes d'impact ont été conduites. Elles ont abouti à l'arrêt des traitements de masse dans tous les DS. Une enquête de surveillance réalisée en 2019, soit deux ans au moins après la dernière enquête d'impact a montré la résurgence de la maladie dans les DS de Goulfey 6,9% et Makary 10,01%. L'OMS recommande dans ce cas de refaire les

traitements de masse, soit un tour pour une prévalence comprise entre 5 et 9,9 %, et 3 tours pour une prévalence comprise entre 10 et 30%.

Dans les districts en cours de traitements, il est prévu une enquête d'impact en fin 2022. Pour ce qui est de la complication du trachome qui est le trichiasis, des chirurgiens ont été formés, et les dépisteurs communautaires outillés pour la détection des cas. La plupart des districts est entré dans le processus d'élaboration des plans de transitions. Ils y définissent les modalités de prise en charge du trichiasis une fois que les bailleurs de fonds étrangers se seront retirés de la lutte contre le trachome.

2.3.2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

De manière globale, la situation épidémiologique des Maladies Non Transmissibles (MNT) est encore peu élucidée, tout comme la prévalence de leurs facteurs de risque. Les faiblesses dans la gestion des MNT sont perceptibles, notamment la faible prise en compte des variables des MNT dans le système de collecte des données de routine et l'absence de plan stratégique de lutte contre les MNT. En outre, la majorité des structures sanitaires du niveau opérationnel ne disposent pas des plateaux techniques appropriés pour offrir des services et des soins de qualité conformes aux attentes des populations. L'on pourrait néanmoins remarquer que les principales MNT enregistrées au Cameroun sont : les maladies cardiovasculaires, les cancers et les accidents de la voie publique.

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de troubles cognitifs. En 2018, environ deux femmes de 15-49 ans sur trois (68 %) ont déclaré avoir déjà eu leur tension artérielle mesurée. Parmi elles, 6% ont été informées qu'elles souffraient d'hypertension artérielle et parmi ces dernières, 55 % l'ont été au cours des 12 mois précédant l'enquête EDS 2018. Chez les hommes de 15-49 ans, 41 % avaient déjà eu leur tension artérielle mesurée et 4 % avaient été informés qu'ils avaient de l'hypertension. Parmi ces derniers, 67 % avaient été informés de leur état de santé au cours des 12 derniers mois.

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant appris par un prestataire de santé qu'elles souffraient d'hypertension, le pourcentage de celles à qui l'on a prescrit des médicaments antihypertenseurs est de 56 %. Cependant, seulement 22% des femmes suivaient au moins un traitement contre 15 % des hommes. Parmi les hommes de 15-49 ans qui avaient été informés par un prestataire de santé que leur tension était trop élevée, le pourcentage de ceux à qui l'on a prescrit des médicaments antihypertenseurs est de 51 % et, comme chez les femmes, Le pourcentage de ceux qui suivaient un traitement est nettement plus faible (15 %).

Que ce soit parmi les femmes ou parmi les hommes de 15-49 ans, les pourcentages de ceux qui ont eu leur tension mesurée augmentent globalement avec l'âge, passant chez les femmes de 59 % à 15-29 ans à 79 % à 40-49 ans et, chez les hommes, de 34 % à 15-29 ans à 54 % à 40-

49 ans. Les pourcentages de ceux qui ont été informés qu'ils souffraient d'hypertension artérielle augmentent aussi avec l'âge, passant chez les femmes de 5 % (15-29ans) à 10 % (40-49 ans) et, chez les hommes, de 3 % (15-29 ans) à 6 % (40-49 ans).

Les pourcentages d'enquêtés ayant eu leur tension artérielle mesurée par un prestataire de santé augmentent avec le niveau d'instruction, passant, chez les femmes, de 59 % parmi celles sans niveau d'instruction à 85 % parmi celles ayant le niveau supérieur ; chez les hommes, ce pourcentage varie respectivement de 18 % à 70 %. Les pourcentages d'enquêtés ayant eu leur tension artérielle mesurée par un prestataire de santé augmentent avec le niveau de bien-être économique, passant, parmi les femmes de 55 % parmi celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas à 73 % parmi celles dont le ménage est classé dans les deux derniers quintiles. Parmi les hommes, le pourcentage passe de 15 % dans le quintile le plus bas à 58 % dans le plus élevé.

Diabète

Plus d'une femme de 15-49 ans sur trois (35 %) a effectué un test de la glycémie auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé et 1 % d'entre elles ont été informées par le prestataire qu'elles souffraient d'hyperglycémie. Chez les hommes de 15-49 ans, le pourcentage de ceux qui ont effectué un test de glycémie est deux fois plus faible (17 %). Environ 1 % ont été informés qu'ils souffraient d'hyperglycémie.

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont appris d'un prestataire de santé ou un médecin qu'elles souffraient d'hyperglycémie ou de diabète, 57 % ont été informées dans les 12 mois précédant l'enquête, 43 % se sont vu prescrire des médicaments pour contrôler la glycémie et 33 % suivaient un traitement en 2018. Chez les hommes de 15-49 ans, ayant été informé par un prestataire de santé ou un médecin qu'ils souffraient d'hyperglycémie, ces pourcentages sont respectivement 60%, 45% et 34%.

Les pourcentages de femmes et d'hommes qui ont eu leur niveau de glycémie mesuré sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 43 % contre 24 % pour les femmes et 24 % contre 9 % pour les hommes). Les pourcentages de femmes et d'hommes qui ont eu leur niveau de glycémie mesuré augmentent du quintile le plus bas (respectivement 15 % et 3 %) au quintile le plus élevé (respectivement 50 % et 31 %).

Maladies cardiaques chroniques

La quasi-totalité des femmes et des hommes de 15-49 ans n'ont jamais été informés par un prestataire de santé qu'ils avaient une maladie cardiaque ou une insuffisance cardiaque chronique (respectivement 99 % et 97 %). En outre, parmi ceux ayant appris qu'ils avaient un problème cardiaque, moins d'un pour cent suivait un traitement.

Insuffisance pulmonaire chronique

La quasi-totalité des femmes et des hommes de 15 à 49 ans n'ont jamais été informés par un prestataire de santé qu'ils avaient une maladie pulmonaire ou une insuffisance pulmonaire chronique (respectivement 99 % et 98 %). Parmi ceux ayant appris qu'ils avaient un problème pulmonaire, moins d'un pour cent suivait un traitement.

Cancers⁸⁰

Les cancers deviennent de plus en plus préoccupants au Cameroun. Selon le Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa)-2020 –2024, plus de 15 700 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. En matière d'incidence, les femmes sont les plus affectées avec 9 335 nouveaux cas chaque année, soit un risque standardisé égal à 116,9 cas pour 100 000 femmes comparé à un risque standardisé de 100,5 pour 100 000 hommes (incidence de 6 434 nouveaux cas chaque année). Les personnes âgées de 15 ans et plus sont les plus affectées avec 15 262 nouveaux cas. Environ un cinquième des cas surviennent chez les patients âgés de plus de 65 ans.

En termes d'incidence annuelle, les cinq principaux cancers sont : (i) le cancer du sein (3 265 nouveaux cas) ; (ii) le cancer du col de l'utérus (2 349 nouveaux cas) ; (iii) le cancer de la prostate (2 064 nouveaux cas) ; (iv) le cancer du foie (919 nouveaux cas) ; (v) les cancers colorectaux (832 nouveaux cas).

Au Cameroun, 43% de la population est constituée des moins de 15 ans. Les cancers pédiatriques représentent 1 à 2% de l'ensemble des cancers. Le nombre de cas incidents attendu annuellement est d'environ 900 nouveaux cas. En 2018, le service d'oncologie pédiatrique du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya a enregistré 150 nouveaux cas de cancer. Ce nombre de cas ne reflète pas la réalité de la situation des cancers pédiatriques au Cameroun, car certains patients n'arrivent pas à Yaoundé pour des raisons diverses : pauvreté, distance, défaut de diagnostic etc. Dans cette tranche d'âge, les hémopathies malignes représentent 50% des cancers diagnostiqués. Bien que 90% des cancers soient guérissables, plus de 80% des malades arrivent à un stade avancé avec un taux de létalité élevé (40%).

Les maladies mentales

Le poids des maladies mentales est de 3,5% tandis que sa contribution au décès de 0,9% en 2013⁸¹. Le renforcement de l'action gouvernementale pour limiter la consommation abusive des substances illicites et nocives s'aligne parfaitement sur les orientations nationales notamment l'ODD n°3.9 qui vise la réduction du nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

Les maladies rhumatismales

Les maladies rhumatismales sont la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardiovasculaires. Elles constituent le premier motif de consultation en médecine par la douleur ressentie au niveau des articulations : Les maladies rhumatismales sont également la première cause d'arrêt de travail selon les spécialistes de ce domaine. Les maladies les plus fréquentes sont : l'arthrose touchant les membres et la colonne vertébrale ; la goutte, les connectivites (polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, dermatomyosite, sclérodermie syndrome de Sjogren, l'ostéoporose et d'ostéopathie fragilisante, les arthrites juvéniles idiopathiques. Les rhumatismes sont en général les facteurs de risque d'HTA, du diabète, des fractures....

Au plan diagnostique on note une insuffisance de plateau technique pour le diagnostic des connectivites et sur le plan thérapeutique une prise en charge inadéquate par un personnel insuffisamment capable.

Autres maladies chroniques

Environ 4 % de femmes et 9 % d'hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir été informés par un médecin ou un prestataire de santé qu'ils souffraient d'une maladie chronique autre que celles mentionnées précédemment. Environ 2% des femmes et 7% des hommes connaissant leur état de santé ont déclaré ne prendre aucun traitement. En outre, 2% de femmes et 2% d'hommes informés de leur problème sont sous traitement⁸².

En ce qui concerne le handicap, le Rapport mondial sur le handicap publié en 2010 conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque Mondiale estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap. Ce qui représente près de 15% de la population (Rapport mondial sur le Handicap). Au Cameroun, environ 5,4% de la population souffrent d'au moins un handicap. Les déficiences sensorielles (3,5%) sont les plus fréquemment rencontrées, suivies des déficiences motrices (1,5%)⁸³. Selon ces mêmes enquêtes, la maladie se révèle être la principale cause du handicap. Elle est ainsi à l'origine entre autres de 44% de cas de déficience auditive, de 45% de cas de déficience visuelle. La prévention et une prise en charge adéquate de ces maladies permettent de réduire la prévalence du handicap. Quelques formations sanitaires disposent des services de kinésithérapie et de rééducation fonctionnels, mais de manière globale, les aspects de prévention et de prise en charge des handicaps ne sont pas suffisamment pris en compte dans le système de santé.

2.4. FACTEURS DE RISQUE

L'une des innovations majeures de la SSS 2020-2030, est le rôle important qu'elle attribue à la promotion de la santé et la nutrition. Son orientation est d'agir suffisamment en amont

dans la résolution des problèmes de santé. L'enjeu stratégique étant d'avoir un système suffisamment proactif et faiblement centré sur la prise en charge des cas.

L'analyse situationnelle des facteurs de risque se fera sur la base des sous-composantes définies dans l'axe promotion de la santé et nutrition défini dans la SSS 2020-2030 à savoir : (i) Capacités institutionnelles, communautaire et coordination pour la promotion de la santé ; (ii) Cadre de vie des populations ; (iii) Renforcement des aptitudes favorables à la santé ; (iv) Pratiques familiales essentielles et planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement.

2.4.1. CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES, COMMUNAUTAIRE ET COORDINATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET NUTRITION

Les capacités des communautés dans la résolution des questions de santé ne se sont pas significativement améliorées au cours des dernières années. Ce problème est particulièrement mis en évidence à travers leur leadership insuffisant. Celui-ci devrait être impulsé par le Fonds Régional pour la Promotion de la Santé et la Délégation Régionale de la Santé Publique notamment dans la mise en œuvre des Initiatives sous Directives Communautaires (ISDC), aussi bien depuis leurs conceptions, que dans le cofinancement et la cogestion. En effet, les communautés se contentent généralement de s'aligner sur les orientations de l'Etat en matière de santé ou se mettent tout simplement en arrière-plan dans les activités visant à assurer leur participation. Dans la majorité des districts de santé, leurs représentants peinent à faire valoir leurs points de vue ou à échanger d'égal à égal avec ces derniers comme de véritables partenaires. Par ailleurs, les activités mises en œuvre par la communauté sont faiblement documentées et ce en dépit d'un cadre juridique existant.

En effet, les communautés se contentent généralement de s'aligner sur les orientations de l'Etat en matière de santé ou se mettent tout simplement en arrière-plan dans les activités nécessitant impérativement leur participation. Dans la majorité des Districts de Santé, leurs représentants peinent à faire valoir leurs points de vue ou à échanger d'égal à égal avec ces derniers comme de véritables partenaires. Par ailleurs, les activités mises en œuvre par la communauté sont faiblement documentées et ce en dépit d'un cadre juridique existant.

Malgré l'existence du Guide des Interventions Sous Directives Communautaires et du plan stratégique de santé communautaire assorti de son dossier d'investissement, la situation des ASC reste problématique. En effet, le pays dispose d'environ 10 000 ASC polyvalents pour plus de 1 600 aires de santé, ce qui représente une couverture insuffisante au vu des besoins. En outre, les orientations liées à la motivation de ces ASC sont faiblement et diversement appliquées. L'institutionnalisation de ces derniers tarde à prendre corps.

Pour ce qui concerne la coordination des activités communautaires, plusieurs interventions ont été mises en œuvre au cours des cinq (05) dernières années, notamment les interventions visant à redynamiser les Comités de Santé de Districts (COSADI). Celles-ci auront principalement permis de faire passer la proportion des COSADI fonctionnels de 65% en 2015

à 95% en 2020⁸⁴. La fonctionnalité des COSADI est un point fort qui aura milité en faveur de l'efficacité des actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire. Cette performance varie d'une région à l'autre. Elle va de 13% dans la région du Centre à 100% dans les régions du Nord et de l'Ouest (Cf. tableau 8 ci-après). En dépit de cette performance, de nombreux efforts restent à consentir pour permettre à l'action communautaire d'être plus efficace dans l'ensemble.

Tableau 8: Répartition de la proportion des COSADI fonctionnels par région en 2020

REGION	%	REGION	%	REGION	%
EXTREME-NORD	16,66%	SUD	90%	EST	86%
NORD	100%	LITTORAL	73%	CENTRE	13%
ADAMAOUA	90%	SUD OUEST	72,2%	OUEST	100%
				NORD	ND
				OUEST	

Source : Rapport d'évaluation finale du PNDS 2016-2020

2.4.2. CADRE DE VIE DES POPULATIONS

Le cadre de vie des populations peine à s'améliorer malgré les efforts déjà consentis à cet effet. A titre d'exemple, **l'utilisation des combustibles solides** comme source d'énergie pour cuisiner est restée stable autour de 78%. Cette situation montre qu'une frange non négligeable de la population reste exposée aux maladies et infections respiratoires⁸⁵. L'une des causes profondes de ce problème est la concertation insuffisante entre le MINSANTE et les administrations partenaires. En effet, le MINSANTE n'a pas suffisamment impulsé l'approche ONE HEALTH dans le secteur de la santé d'où la faible appropriation de l'approche « one plan, one budget and one evaluation framework ».

Le PNDS 2016-2020 qui avait cette vocation n'a pas été accompagné d'un Compact National. Par conséquent, les interventions nécessitant une forte concertation entre le MINSANTE et les autres administrations ont été faiblement mises en œuvre. Elles n'ont pas été planifiées, coordonnées, suivies et évaluées conjointement. Les quelques initiatives implémentées ont donc été éparpillées et les problèmes inefficacement adressés. A titre illustratif, les tableaux 9 et 10 ci-après montrent comment les problèmes d'accès à l'eau potable, et aux installations sanitaires améliorées demeurent assez préoccupants dans certaines régions malgré les progrès enregistrés dans l'ensemble.

Tableau 9 : Proportion (en %) de la population ayant accès à une eau potable de boisson

REGION	Situation en 2014*	Situation en 2020**	Taux de croissance
Adamaoua	72,7	61	-16,09%
Centre (sans Yaoundé)	77,4	64	-17,31%
Est	67,9	68	0,15%
Extrême-Nord	63,7	76	19,31%
Littoral (sans Douala)	77,8	87	11,83%
Nord	56,7	43	-24,16%
Nord-Ouest	71,9	80	11,27%
Ouest	69,1	76	9,99%
Sud	75,2	80	6,38%
Sud-Ouest	66,6	98	47,15%
Yaoundé	95,7	99	3,45%
Douala	99	99	0,0%
Urbain	93,2	96	3,00%
Rural	54,2	43	-20,66%
ENSEMBLE	72,9	74,9	+2,74%

Source des données : *MICS 4 ; **EDS 2018

Environ 75% des ménages consomment de l'eau à boire provenant d'une source améliorée en 2020. Selon EDS 2018, il s'agit essentiellement de l'eau provenant d'un puits à pompe/forage (30 %), de robinets dans leur logement/concession/cour/parcelle (15 %) et de robinets publics ou par une borne fontaine (11 %) ⁸⁶. Le tableau ci-dessus montre que la proportion des ménages ayant accès à l'eau potable varie d'une région à l'autre (43% dans le Nord et 87% dans le Littoral sans Douala). Toutefois, il convient de relever que certaines régions ont fait d'énormes progrès malgré des performances restées relativement faibles. Les régions ayant fait le plus de progrès sont : le Sud-Ouest et l'Extrême-Nord qui ont respectivement des taux de croissances de 47, 15% et de 19,31% au cours de la période 2016-2020. Bien que cet indicateur se soit amélioré dans l'ensemble, on constate sa dégradation dans les régions du Centre (sans Yaoundé) de l'Adamaoua et du Nord. En outre, ce problème qui se posait avec plus d'acuité en milieu rural s'est aggravé au cours des dernières années avec une baisse de 20,66%. Les populations rurales se trouvent d'avantage exposées aux risques de maladies hydriques.

Tableau 10: Proportion (en %) de la population habitant dans des logements disposant d'installations sanitaires améliorées non partagées

REGION	Situation en 2014*	Situation en 2020**	Taux de croissance
Adamaoua	49,5	40,3	-19%
Centre (sans Yaoundé)	38,5	54,4	41%
Est	30	40	33%
Extrême-Nord	12,2	33,7	176%
Littoral (sans Douala)	54,2	69	27%
Nord	30	41,8	39%
Nord-Ouest	27,9	44,4	59%
Ouest	41	75	83%
Sud	25	53,6	114%
Sud-Ouest	37,5	96	156%
Yaoundé	55,2	89,5	62%
Douala	57,9	93,2	61%
Cameroun	34,9	57,9	+66%

Source des données : *MICS 4 ; **EDS 2018

La proportion de ménages disposant de toilettes améliorées a progressé de 35% en 2014 à 56% en 2020 soit une augmentation de 21%. Cette performance varie selon les régions (33,7% dans l'Extrême-Nord et 69% dans le Littoral sans la ville de Douala). Il est important de relever que l'Extrême-Nord reste la région où le problème d'accès aux toilettes améliorées se pose avec plus d'acuité, toutefois, on observe un grand progrès au cours de la période 2016-2020 (+176%). Elle est suivie des régions du Sud-Ouest (+156%), du Sud (+114%) et de l'Ouest (+83%). A contrario, l'indicateur s'est plutôt dégradé dans la région de l'Adamaoua en passant de 49,5% à 40,3% au cours de la même période exposant davantage les populations aux risques de maladies diarrhéiques et du péril fécal.

Les chiffres sus présentés démontrent que de nombreux efforts devraient encore être consentis pour favoriser la réalisation de l'ODD n°: 6.2 qui vise à assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats, et mettre fin à la défécation en plein air.

2.4.3. RENFORCEMENT DES APTITUDES FAVORABLES À LA SANTÉ

Le rapport d'évaluation du PNDS 2016-2020 montre que, les indicateurs visant à mesurer le niveau d'acquisition des aptitudes saines et favorables à la santé par les individus et les communautés se sont améliorés. Cependant, toutes les cibles programmatiques n'ont pas été atteintes. C'est notamment le cas de la prévalence des grossesses chez les adolescentes qui a connu une légère baisse de 1.6 et n'a pas pu atteindre la cible prévue qui était de 14%. La prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus a significativement baissé bien plus que prévu en atteignant 4,3% au lieu de 5% comme ciblé (Voir tableau XI).

Tableau 11: Evolution de la prévalence de la grossesse chez les adolescentes et du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus

Indicateurs de performance	Baseline en 2015	Résultats en 2020	Observations
Prévalence des grossesses chez les adolescentes	25,6% MICS 5 Page 125	24% EDS 2018 Page 105	Stabilisation
Prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus	6%	4,3% (EDS 2018 P.xxxix)	Amélioration

Source : Rapport d'évaluation finale du PNDS 2016-2020

Accouchements assistés

Le taux d'accouchements assistés par un personnel formé est passé de 63,6% à 61,3% entre 2011 et 2014, soit une régression de 2,3%⁸⁷. Ce chiffre s'est amélioré au cours de la période 2016-2020 et se situe désormais à 69%⁸⁸. Les performances les plus faibles ont été enregistrées dans les régions du Nord (40%) ; de l'Extrême-Nord (40%) et de l'Adamaoua (47,4%).

Dans la même tendance, près de sept accouchements sur dix (67 %) se sont déroulés dans un établissement de santé. Les formations sanitaires publiques (45 %) restent les plus fréquentées. Toutefois, une proportion relativement importante des naissances s'est déroulée à domicile (33 %) exposant ainsi les parturientes au risque de mortalité maternelle. En effet, l'accouchement par un personnel qualifié dans un établissement de santé est l'un des quatre piliers de la réduction de la mortalité maternelle⁸⁹. Les services de SRMNI et de CPN sont disponibles dans la plupart des FOSA du pays. Les efforts de gratuités sont effectifs et favorisent l'utilisation des soins et services de santé par ces cibles.

Dans les Figures 7 et 8 ci-après, il y a lieu de noter l'évolution de la situation des naissances vivantes ayant eu lieu dans une FOSA en 2018 comparée à 2011. Les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord ont les taux les plus faibles, mais la tendance est en augmentation.

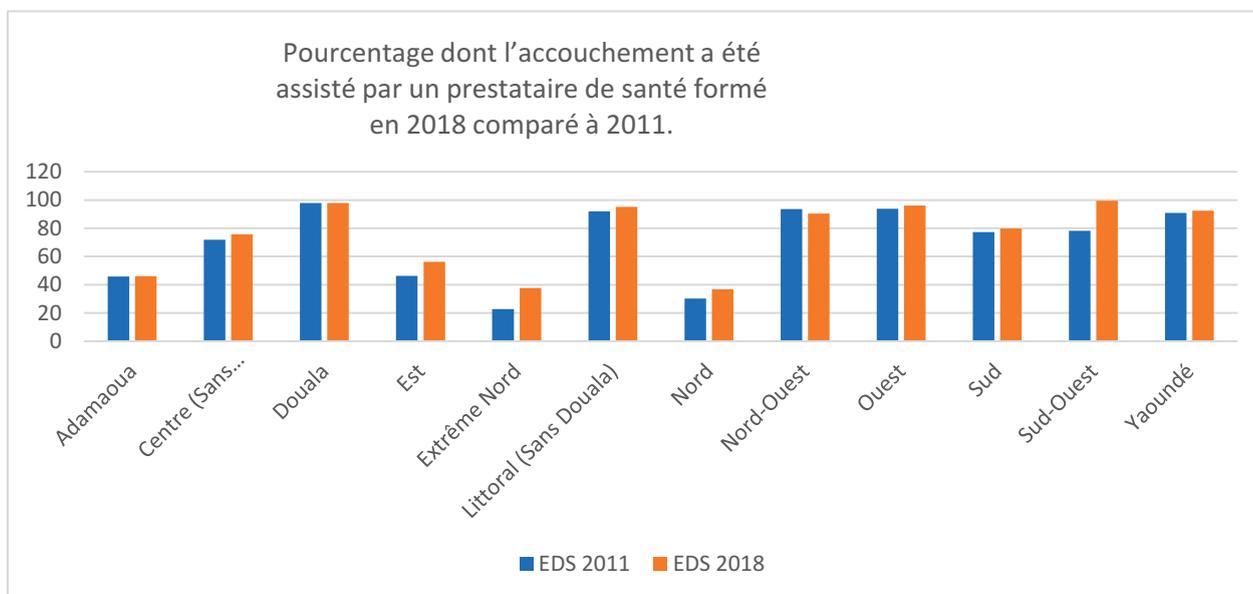


Figure 7: Fécondité des adolescentes 15-19 ans. Femmes qui ont eu une naissance vivante

Source : EDS 2011 et EDS 2018

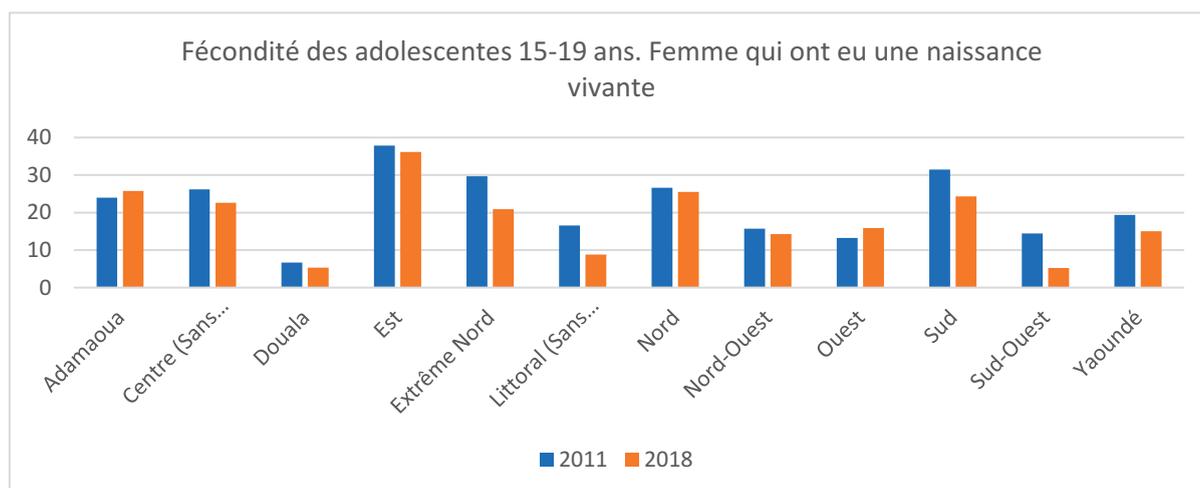


Figure 8: Fécondité des adolescentes 15-19 ans. Femme qui ont eu une naissance vivante

Source : EDS 2011 et EDS 2018

Le taux de fécondité total a légèrement diminué, passant de 5,1 à 4,9. Environ 25 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà commencé à procréer avec des variations régionales. En effet, ce taux de fécondité des adolescentes âgées entre 15 et 19 ans passe de 38% à 36.2% dans la région de l'Est, de 32% à 24.3% dans la région du Sud, de 30% à 20,9% dans la région de l'Extrême-Nord et de 27% à 25,5% dans la région du Nord.

Tableau 12: situation de l'accouchement assisté et de la prévalence contraceptive en 2018

REGIONS	Accouchements Assistés par un prestataire formé	Prévalence Contraceptive moderne	Besoins en planification familiale non satisfaits
Adamaoua	47,4	6,0	28,3
Centre (Sans Yaoundé)	80,4	22,4	28,0
Douala	97,4	26,0	22,0
Est	58,2	42,0	13,4
Extrême-Nord	40,0	7,1	22,1
Littoral (Sans Douala)	96,2	25,4	29,9
Nord	39,6	8,0	19,7
Nord-Ouest	90,9	24,3	26,0
Ouest	97,0	25,4	21,3
Sud	83,3	14,9	34,2
Sud-Ouest	99,4	23,3	23,8
Yaoundé	93,7	31,5	22,4
Ensemble	69	15,4	23

Source : EDS 2018

Consultation Périnatale

La couverture en soins prénatals par du personnel formé a augmenté de façon régulière passant de 78% en 1991 à 87% en 2018. Par ailleurs, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales a augmenté de 16 points de pourcentage sur la même période. Il faut aussi relever que la proportion de femmes qui ont effectué une visite prénatale au premier trimestre après avoir stagné autour de 34 % entre 2004 et 2011, a augmenté pour atteindre 41 % en 2018. La couverture en soins prénatals par un prestataire formé est beaucoup plus faible en milieu rural (79 %) qu'en milieu urbain (95 %). Elle est plus faible dans l'Adamaoua (70 %) et le Nord (73 %) qu'ailleurs. Les femmes de ces régions ne profitent par conséquent pas suffisamment des opportunités offertes par la période post natale. En effet, la CPN permet de faire bénéficier aux femmes enceintes d'un certain nombre d'interventions essentielles à leur santé et bien-être, et à celle de leurs nourrissons. Elle leur permet d'obtenir une meilleure compréhension de la croissance, du développement du fœtus et de son lien avec la santé de la mère et donne lieu à une attention accrue aux soins prénatals qui constituent des interventions visant à améliorer la santé maternelle et néonatale⁹⁰. C'est également un levier désormais important dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Consultation Postnatale

Entre 2011 et 2018, le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'un examen postnatal au cours des deux jours après la naissance de l'enfant a augmenté, passant de 37% à 59 %⁹¹. Cela sous-entend que 41% de femmes sont exposées au risque de mortalité maternelle. En effet, une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui se produisent dans la période néonatale ont lieu dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Il est donc fortement recommandé que les femmes bénéficient d'un examen postnatal dans 6 heures, 6 jours et 6 semaines qui suivent l'accouchement. L'on constate que cette recommandation est beaucoup plus mise en œuvre en milieu urbain (72 %) qu'en milieu rural (49%) et varie suivant les régions. Le niveau le plus élevé est enregistré à l'Ouest (85 %) tandis que les pourcentages les plus faibles sont à l'Extrême-Nord (40 %) et au Nord (42%)⁹².

Les autres aspects retenus par la SSS 2020-2030 pour décrire la situation en matière d'acquisition des comportements sains et favorables à la santé sont notamment : (1) alimentation et nutrition ; (2) sécurité routière en milieu urbain et interurbain ; (3) pratiques des activités physiques et sportives ; (4) abstention de l'usage abusif des substances illicites ou nocives.

Alimentation et nutrition

Le double fardeau de la malnutrition demeure un problème de santé publique au Cameroun. Ce problème affecte surtout les groupes vulnérables que sont les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes. Il est la résultante d'une alimentation inadéquate due à des pratiques alimentaires inappropriées du fait d'un déficit d'éducation nutritionnelle ou d'une indisponibilité alimentaire (sous-nutrition et surnutrition) et à la persistance des maladies infectieuses ou parasitaires qui se développent dans les mauvaises conditions d'hygiène environnementale, individuelle et collective. De même, les enfants mal nourris sont plus susceptibles que les autres de contracter des maladies infectieuses ou non transmissibles et donc plus exposés aux risques de décès. C'est à cet effet que l'analyse situationnelle de l'alimentation et de la nutrition s'est focalisée davantage sur les cibles vulnérables que sont la femme et les enfants de moins de cinq ans.

- *État nutritionnel des enfants*

En 2018, près de trois enfants de moins de 5 ans sur dix (29 %) souffrent d'un retard de croissance, 4 % sont émaciés, 11 % présentent une insuffisance pondérale et 11 % sont en surpoids⁹³. Ces chiffres sont en baisse par rapport à ceux de 2014 où ils étaient respectivement de 31,7%, 5,2% et 14,8%⁹⁴. Il en est de même de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois qui a baissé de 2004 à 2018 en passant de 68 % à 57%. Mais de manière générale, ce problème reste préoccupant dans l'ensemble du territoire. Les résultats selon la région d'enquête montrent que le Centre (sans Yaoundé) et l'Est (65 %), ainsi que l'Extrême-Nord (64 %)

enregistrent les pourcentages les plus élevés d'enfants de 6-59 mois anémiés. En revanche, le Nord-Ouest (44 %) et Yaoundé (43 %) présentent les pourcentages les plus bas⁹⁵.

Certains indicateurs de l'allaitement maternel ont connu des améliorations au cours de la période 2016-2020. En effet, près d'un enfant sur deux (48%) a été allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance et 40 % des enfants de 0-5 mois sont exclusivement allaités au sein. En 2014, ces indicateurs se situaient respectivement à 31,2% et 28%.

De manière globale, le pourcentage d'enfants allaités au sein a légèrement baissé de 95,8% à 92 % entre 2016 et 2020. C'est également le cas de la proportion des enfants de 6-23 mois, ayant reçu un apport alimentaire minimum acceptable, tel que défini par l'OMS. Celui-ci a baissé de 20,9 % à 11% au cours de la période 2014-2020^{96,97}.

De 2011 à 2018, le pourcentage d'enfants de 6-23 mois ayant consommé des aliments riches en vitamine A est passé de 73 % à 76 %. En revanche, pour la consommation d'aliments riches en fer dans les dernières 24 heures, le pourcentage a diminué de 61 % à 56 %. On note une stabilité du pourcentage d'enfants de 6-23 mois ayant reçus des suppléments en vitamine A en 2018 (55%). Cependant, on observe une hausse des pourcentages d'enfants de 6-59 mois qui ont reçu des suppléments en fer et de ceux qui ont été déparasités au cours de la même année. En effet, ces pourcentages sont passés respectivement de 9% à 18% et de 51% à 53%⁹⁸.

- *État nutritionnel des femmes*

Près de deux femmes sur cinq âgées de 15 à-49 ans sur cinq (40 %) sont anémiées. Parmi les femmes de 15-49 ans, 6 % ont un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 et présentent donc un état de déficience énergétique chronique. A l'opposé, 37 % sont en surpoids/obèses (IMC égal ou supérieur à 25). L'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est l'un des facteurs déterminants du bon déroulement des grossesses, de leur issue ainsi que de la mortalité maternelle. En outre, il influe sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. Les chiffres sus évoqués démontrent de la nécessité d'améliorer l'accès des femmes à une alimentation équilibrée.

En outre, 97 % de femmes vivent dans un ménage disposant du **sel iodé** pour la cuisine. La consommation de du sel iodé dans par la population générale a augmenté entre 2011 et 2018 en passant de 90,9% à 93%. Cette augmentation pourrait être imputable à l'implémentation de l'Arrêté N° 0113/A/MSP/SG/DSFM du 29 mai 1991 instituant l'iodation obligatoire du sel sur toute l'étendue du territoire national.

Pour ce qui est de la supplémentation en micronutriments, **la supplémentation en fer** d'au moins 90 jours au cours de la grossesse est plus fréquente en milieu urbain (60 %) qu'en milieu rural (39 %). Le déparasitage durant la grossesse est aussi plus courant en milieu urbain (37 %) qu'en milieu rural (26 %).

De manière générale, il ressort la nécessité pour le Cameroun de s'employer davantage dans l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition des cibles vulnérables que sont la femme et

l'enfant de moins de cinq ans. En effet ces efforts pourraient à terme permettre de se rapprocher davantage de l'ODD n°2.2 qui est de mettre fin à toutes les formes de malnutrition, et de répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées en matière de nutrition. Cependant, il convient de tenir compte de la crise sécuritaire qui sévit dans certaines parties du pays et qui y constitue une menace à la sécurité alimentaire des populations.

Pratique des activités physiques et sportives

La pratique régulière de l'Activité Physique et Sportive (APS) permet de prévenir entre autres l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le stress. Afin de promouvoir l'adoption de ces pratiques au quotidien par les populations, les orientations de la SSS 2020-2030 sont d'accentuer le plaidoyer en faveur de : (i) la construction et la réhabilitation des infrastructures sportives de proximité pour la pratique de l'exercice physique; (ii) la formation et le recrutement des ressources humaines en APS et; (iii) l'augmentation des ressources financières destinées au développement des infrastructures en milieux carcéral, éducatif et professionnel.

- *La construction et la réhabilitation des infrastructures sportives de proximité pour la pratique de l'exercice physique*

Les efforts consentis dans le cadre du développement des infrastructures de proximité pour la pratique des activités physiques et sportives (APS) restent insuffisants. Les principales entreprises gouvernementales concernent la construction de 10 plates-formes sportives de proximité, de 0 04 parcours Vita (Yaoundé, Douala, Bamenda, Ngaoundéré) et de complexes sportifs dans certaines villes (Bertoua, Bafoussam, Maroua, Ebolowa etc.), ainsi que leur réhabilitation pour l'organisation des jeux scolaires et universitaires mais, ces derniers ne sont pas convenablement entretenus⁹⁹.

L'action gouvernementale prévoit également la construction/réhabilitation des infrastructures sportives de proximité suivant un Programme National de Développement des Infrastructures Sportives (PNDIS)¹⁰⁰, mais celui-ci est insuffisamment mis en œuvre. En effet, très peu d'infrastructures sportives ont été mises en place au cours des dernières années en milieux carcéral, éducatif et professionnel. Les principales réalisations actuelles concernent le développement des infrastructures sportives pour les sports d'élite. Il s'agit notamment de : la réhabilitation du stade omnisport et du stade militaire de Yaoundé, du stade de Roundé-adjia de Garoua ; le lancement de plusieurs projets de structures d'encadrement en prélude à l'organisation de la CAN 2021 telles que les complexes sportifs d'OLEMBE (Yaoundé), JAPOMA (Douala), le stade municipal de Bafoussam et le stade de Limbé, etc.¹⁰¹

- *La formation et le recrutement des ressources humaines en APS*

Le nombre de personnes formées et recrutées en APS n'a pas significativement augmenté au cours de la période 2016-2020. Cela s'explique par le nombre de places offertes aux concours

de l'INJS et des CENAJES qui baisse de plus en plus¹⁰². Face à cette problématique, l'une des solutions adoptées par le MINSEP est l'augmentation du nombre d'auditeurs libres dans les écoles de formation (INJS, les CENAJES et l'ANAFoot), afin de mettre à disposition des populations des encadreurs qualifiés. Pour compléter cette mesure palliative, le MINSEP met actuellement en œuvre le PROGRAMME 007 : DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION PHYSIQUE. Celui-ci a pour objectif d'accroître la pratique saine, méthodique et encadrée des Activités Physiques et Sportives (APS) ; d'où son articulation autour des 04 actions que sont : l'enseignement de l'éducation physique et sportive ; la promotion et vulgarisation des APS ; la dynamisation de la mise en œuvre de la décentralisation dans le sous-secteur éducation physique ; et le développement et suivi de la formation des acteurs institutionnels en EPS. Grâce à ce programme, le nombre de pratiquants d'APS, le nombre d'instruments pédagogiques et réglementaires disponibles, le nombre d'éducateurs physiques bénévoles pour 100 000 habitants et le nombre d'installations et d'infrastructures sportives de masse fonctionnelles devraient augmenter d'ici 2024¹⁰³.

Usage abusif des substances illicites ou nocives

- *Le taux de consommation de tabac*

Le taux de consommation de tabac entre 2016 et 2020 a baissé en passant de 6% à 4,3% soit un différentiel de 1.7 point¹⁰⁴. Cependant, la consommation abusive des substances illicites, de psychotropes antidouleur (Tramadol et Cannabis) reste préoccupante dans toutes les régions du pays¹⁰⁵. Pour y remédier, plusieurs interventions de sensibilisation et de plaidoyer sont menées dans le cadre du Comité National de Lutte contre la Drogue créé en 1992. Cependant, il n'existe pas de structures appropriées de lutte contre les addictions pour accompagner le sevrage.

- *La consommation d'alcool*

La consommation de l'alcool est estimée à 8,4 litres pur par personne et par an chez les plus de 15 ans¹⁰⁶. La prévalence de l'alcoolisme est de 4% chez les hommes contre 0,9% chez les femmes. Celle des maladies liées à l'alcool est estimée à 9,5% chez les hommes contre 1,9% chez les femmes¹⁰⁷.

Santé et sécurité au travail

Le problème de l'insuffisance de la couverture en matière de sécurité sociale reste d'actualité au Cameroun. Il résulte de l'inadéquation du système actuel et de l'absence d'une stratégie de sécurité sociale globale. En effet, le système actuel de sécurité sociale semble être arrivé à épuisement de son potentiel, à la fois par rapport à sa configuration et sa gestion. Sur le premier point, les champs couverts n'intègrent pas toutes les branches de la convention 102 de l'OIT, en particulier l'assurance maladie, ni toutes les couches de la population. De plus, les

niveaux et les modalités des prestations, dans le public comme dans le privé, restent insatisfaisants. A titre d'exemple, l'on peut remarquer que la proportion d'entreprises assujetties ayant un Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS) installé et fonctionnel n'est que de 25% ; et seulement une entreprise sur 5 (20%) dispose d'un service médical (services autonomes, services interentreprises, conventions de visites et de soins). Ces chiffres démontrent clairement que, la prévention des risques professionnels et le suivi de la protection des travailleurs contre ces risques sont insuffisamment effectués¹⁰⁸.

Pourtant, le dialogue social est une réalité au Cameroun. Même si le pays n'a pas ratifié la Convention no. 144 de 1976, il a fait siennes ses dispositions à travers l'adoption de la loi N°.92/007 du 14 août 1992 portant Code du Travail, qui crée une Commission Nationale Consultative du Travail (CNCT) ainsi qu'une Commission Nationale de Santé et de Sécurité au travail (CNSST). Dans le même sens, l'Arrêté N° 039 /MTPS/IMT du 26 novembre 1984 fixant les mesures générales d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail est disponible. Les efforts de l'Etat dans le domaine se sont poursuivis à travers l'élaboration d'un Programme Pays pour le Travail Décent (PPTD). Parmi les orientations en matière de santé contenues dans ce document, l'on retient : (i) le renforcement des Comités d'Hygiène et Salubrité et (ii) l'élaboration d'une politique nationale de lutte contre le VIH/Sida en milieu du travail¹⁰⁹. Actuellement, le CDMT CSP du MINTSS prévoit la mise en œuvre de l'action Promotion des principes de santé, de sécurité, d'humanisation et de bien-être en milieu de travail. L'objectif de celle-ci est de renforcer le dispositif de santé et de sécurité en milieu de travail.

2.4.4. PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES ET PLANIFICATION FAMILIALE, PROMOTION DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT ET SOINS APRÈS AVORTEMENT

Planification familiale

Les indicateurs traceurs visant l'accès à la planification familiale ne se sont pas améliorés malgré les nombreuses interventions implémentées dans ce cadre. On note une insuffisance des services dédiés aux adolescentes et une faible création de la demande qui prennent en compte les spécificités de cette cible en matière de SR/PF. En effet, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer a baissé de 6%, tandis que la proportion des besoins non satisfaits en PF s'est aggravée en augmentant de 5%¹¹⁰.

Cette performance tant à éloigner le pays de la cible ODD n°3.7 qui est d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux d'ici 2030. Il est pourtant important que tous les couples puissent avoir accès à l'information et aux services permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses. La planification familiale volontaire est importante pour la santé des femmes et

des enfants, car elle permet : 1) la prévention des grossesses trop précoces ou trop tardives ; 2) l'extension de l'intervalle entre les naissances ; 3) la limitation du nombre total d'enfants en tenant compte de ses besoins et de ses moyens.

Les performances enregistrées en 2018 montrent que de nombreuses femmes ont été exposées à de nombreux risques. Ce problème s'est fait le plus ressentir dans les régions du, Sud, Littoral, centre et de l'Adamaoua où la proportion des besoins non satisfaits en PF est respectivement de : 34,2%, 29,9%, 28,3% et 28%. En effet, des intervalles inter-génésiques courts (de moins de 24 mois) peuvent avoir des effets néfastes pour les nouveau-nés et pour leurs mères, notamment des naissances avant terme, des faibles poids à la naissance et les décès. Par ailleurs, la maternité à un âge très jeune (avant 18 ans), à un âge avancé (à partir de 35 ans) est associée à un risque accru de complications durant la grossesse et la naissance de l'enfant.

Tableau 13 : Situation de quelques indicateurs de la planification familiale

Indicateurs de performance	Baseline en 2015	Résultats en 2020	Observations
Taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer	21%	15% (EDS 2018 P.129)	Baisse
Proportion des besoins non satisfaits en PF	18% MICS 5 Page 133	23% (EDS 2018 P.129)	Baisse

Source : Rapport d'évaluation finale du PNDS 2016-2020.

L'Enregistrement des naissances

Il se pose particulièrement le problème de la mise en œuvre d'une des PFE les plus importantes à savoir l'enregistrement des naissances. Le but de cette PFE est de garantir à tous les nouveau-nés une identité juridique. En effet, une personne qui n'est pas enregistrée à l'état civil n'a pas d'existence légale. L'enregistrement des faits à l'état civil est donc le seul moyen de déterminer et de protéger les identités, la citoyenneté et l'accès à d'autres droits. Selon l'EDS 2018, environ un tiers des enfants ne sont pas enregistrés à l'état civil au Cameroun entraînant un « scandale de l'invisibilité » associé à des risques accrus de pauvreté, de vulnérabilité, de marginalisation et d'exclusion du développement sanitaire, social, économique et politique¹¹¹. Pour y remédier, la déclaration systématique des naissances est essentielle. En qualité de principale entité chargée de déclarer les naissances et les décès, le rôle de la santé est essentiel au développement de l'enregistrement des naissances et des décès. Aussi, le Ministère de la Santé Publique et le Bureau National de l'Etat civil ont renforcé l'interopérabilité entre les services de la santé et ceux de l'état civil en signant un Mémoire d'entente le 18 février 2020. Il a contribué au développement de la sensibilisation à l'état civil pendant les CPN, les accouchements, la vaccination et les CPON, à

rendre obligatoire l'utilisation de formulaires harmonisés de déclaration de naissances et de décès et à ouvrir une page état civil dans le DHIS2 pour que les formations sanitaires déclarent toutes les naissances et tous les décès qui y surviennent. L'installation de bureaux d'état civil dans les formations sanitaires a également grandement contribué à l'amélioration de l'enregistrement des naissances et des décès. Les performances attendues sont de 90% pour des naissances enregistrées d'ici à 2026. L'adoption de cette PFE va permettre aux enfants de bénéficier d'un bon départ dans la vie.

Les Autres pratiques familiales Essentielles

Les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) constituent un domaine d'intervention prioritaire du MINSANTE et du MINPROFF pour l'atteinte des cibles programmatiques. Pour ce qui est du MINPROFF, l'action mobilisation des communautés pour l'adoption des PFE et la demande de services de santé ont été développées dans le cadre stratégique de performance 2020-2030. Par cette action, il s'agit pour cette structure de renforcer l'utilisation des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) dans les familles et de contribuer à l'amélioration du taux de fréquentation des formations sanitaires. Les performances attendues d'ici 2024 sont respectivement : le Pourcentage des familles qui connaissent, ont les aptitudes et pratiquent les PFE est de 75% et le taux de fréquentation des formations sanitaires est de 80%¹¹².

Au MINSANTE, les PFE sont prises en compte par le biais du programme promotion de la santé où, une action spécifique est dédiée aux questions de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. La mise en œuvre des interventions liées aux PFE de manière éparse se pose se problème d'appropriation du concept « One Health ». En effet, celui-ci s'illustre sur le terrain par la faible coordination des interventions, l'irrégularité des réunions des comités multisectoriels en faveur de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et prise en charge des cas à l'échelle régionale, départementale et communale.

Promotion de la santé de l'adolescent

La population du Cameroun est majoritairement jeune, plus de 65% de la population est âgée de moins de 25 ans et 43,6% est âgée de moins de 15 ans (RGPH 2010). Les adolescents et jeunes (10 à 24 ans) constituent 34,1% de la population générale du Cameroun et les adolescents (10-19 ans) 24%. Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque de contracter des IST. En effet, à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et la pratique du multi partenariat sexuel assez fréquente. Les indicateurs actuels de santé sexuelle et reproductrice des jeunes sont préoccupants (Nsangou et al, 2018). Ils se trouvent confrontés à plusieurs problèmes de santé sexuelle et reproduction tels que : la sexualité précoce, les grossesses précoces et les conséquences y afférentes, les IST et le VIH/Sida, les Violences Basées sur le Genre (VBG) et pratiques culturelles néfastes incluant le mariage précoce. Plusieurs facteurs favorisent ces problèmes parmi lesquels : le faible accès

à l'information de qualité, le faible accès aux services de santé et le manque de service d'écoute. Des facteurs comme la pauvreté, le relâchement de l'encadrement familial, le mauvais accueil du personnel de santé et la non-confidentialité des informations étant des facteurs aggravants (Jaffre et O. de Sardan, 2003). Les différents facteurs susmentionnés représentent des menaces pour la santé des adolescent(e)s. Le taux de fécondité total a légèrement diminué, passant de 5,1 à 4,9. Environ 25 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans ont déjà commencé à procréer (EDS 2018).

En effet, 24% des adolescentes de 15-19 ans avaient déjà débuté leur vie féconde en 2018, soit parce qu'elle était déjà mère (19%), soit parce qu'elle était déjà enceinte (5%) contribuant ainsi au taux de mortalité maternelle national estimé à 406/100000 NV en 2018. Par ailleurs, la prévalence contraceptive chez les 15-19 ans reste faible par rapport à la moyenne nationale, soit 10,3%. (EDS 2018). Elle a permis de comprendre l'ampleur des problèmes de SRAJ et de trouver des pistes de solution.

La mise en place des Unités de Santé de Reproduction des Adolescents (USRA) a permis de garantir l'information appropriée, notamment l'éducation complète à la sexualité, spécifique à leur âge et l'accès aux services de santé de reproduction de qualité aux adolescents et jeunes tout en respectant leurs droits. Ces unités doivent offrir un paquet minimum des activités (PMA) harmonisées en respectant les normes et standards. Les unités SRA sont fonctionnelles dans toutes les régions, mais ils existent des faiblesses à corriger : l'insuffisance du personnel formé en SRA, les besoins en infrastructure et équipements matériels, le nombre limité de USRA et leur faible fréquentation.

CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTE

Classé 164^{ème} parmi 191 pays, d'après une évaluation réalisée par l'OMS en 2011, le système de santé camerounais est fragile et par conséquent ne répond pas efficacement aux besoins des populations¹¹³. Afin de décrire ce système de santé et d'apprécier l'impact de chacun des piliers du système de santé sur la performance globale, notre analyse portera sur les 6 points suivants : (i) financement de la santé ; (ii) offre des soins et des services de santé ; (iii) pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques ; (iv) ressources humaines ; (v) système d'information sanitaire et recherche en santé ; (vi) gouvernance et pilotage stratégique.

3.1. FINANCEMENT DE LA SANTE

Le Cameroun dispose d'un document de stratégie nationale de financement de la santé qui n'est ni validé, ni implémenté. Les différentes fonctions du financement de la santé (collecte des ressources, mise en commun des ressources, mécanismes de partage du risque maladie, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre national. Ainsi, le financement de la santé sera présenté à travers ses trois fonctions à savoir : (i) la collecte des ressources ; (ii) la mise en commun des ressources et (iii) l'achat des services.

3.1.1. COLLECTE DES RESSOURCES

Selon les Comptes Nationaux de la Santé de l'année 2012, le volume total du financement de la santé était de 728 milliards FCFA, soit 5,4% du PIB. Les principales sources de financement (figure 4) étaient : les ménages (70,6%), le Gouvernement (14,6%), le secteur privé (7,7%) et les bailleurs de fonds (6,9%)¹¹⁴.

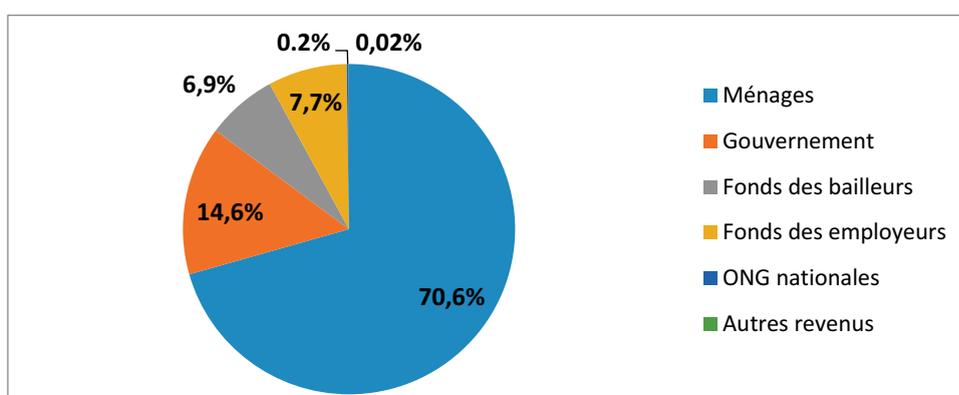


Figure 9: Répartition du financement de la santé au Cameroun par type de source (2012)

Source : Comptes Nationaux de la Santé 2012.

Financement de l'État

La part du budget de l'Etat allouée à la santé n'est pas connue avec exactitude. La seule information disponible à ce jour est la proportion du budget national alloué au ministère de la santé publique. Une étude des différents Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDM) ou des lois de règlement permettrait de déterminer avec exactitude la part réelle du budget de l'Etat alloué aux administrations du secteur santé. A défaut de cette information, il n'est pas possible de se prononcer sur l'effectivité de la déclaration d'Abuja où les chefs d'Etats africains avaient pris l'engagement d'allouer 15% de leur budget national à la santé. Il est tout de même possible d'observer que la proportion du budget national alloué au MINSANTE depuis 2005 n'a jamais atteint les 6%. Elle a même été en dessous de 5% au cours des quatre dernières années.

Les ressources financières publiques allouées à la santé sont insuffisantes ; ce qui favorise une dépendance aux financements extérieurs. De plus, on note que les politiques de santé publique basées sur la gratuité ou la subvention des intrants et prestations sont essentiellement supportées par les FINEX. Cependant, les FINEX manquent de visibilité dans leur prévision à moyen terme (3-5ans).

Par ailleurs, la multiplicité des procédures et des instances de coordination, la fragmentation du financement de la santé et la faible mise en commun des FINEX entraînent une perte d'efficacité et d'efficience lors de leur utilisation. En conséquence, ils contribuent peu au renforcement du système de santé. A titre illustratif, en 2014, 63% des FINEX couvraient la lutte contre les maladies transmissibles (Paludisme 51%, VIH/SIDA 12% et Tuberculose 0,3%), 27% étaient alloués aux interventions relatives à la santé de la mère et de l'enfant, et seulement 5% étaient affectés au renforcement du système¹¹⁵.

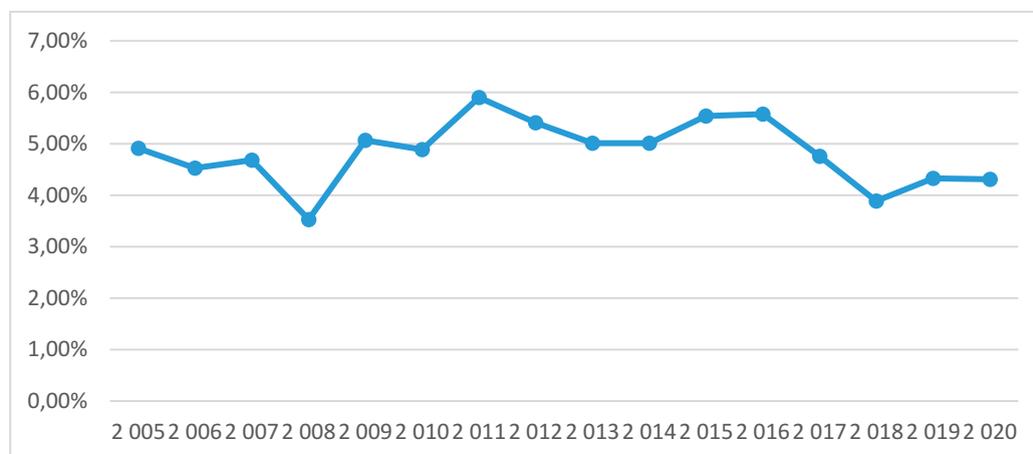


Figure 10: Evolution du budget alloué au MINSANTE et de son exécution depuis 2005 (proposition 2010-2020)

Source : loi des finances 2005-2020.

Financement provenant des ménages

Selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2012, les ménages ont contribué à hauteur de 70,6% pour le financement de leur santé. En outre, la contribution des ménages représentait près de 76% des dépenses totales de santé en 2018, soit l'une des plus importantes en Afrique Sub-saharienne⁵⁴.

Ressources nationales hors budget de l'État

En marge du budget de l'État, de nombreux acteurs nationaux s'investissent, à titre caritatif et humanitaire, pour soutenir des actions de santé. Ces actions se traduisent notamment par des campagnes de santé, s'inscrivant ou non dans le cadre des instruments de la stratégie partenariale. En l'absence d'un mécanisme intégré de suivi, l'incidence financière de ces interventions ne peut pas facilement être évaluée.

Financements innovants

Le MINSANTE et ses partenaires techniques et financiers sont engagés dans les stratégies innovantes de mobilisation des ressources additionnelles. On peut citer à titre illustratif la participation à l'initiative mondiale UNITAID à travers les fonds issus d'une quotité de 10% de la taxe aéroportuaire prélevée sur les billets d'avion des vols internationaux. Les réflexions sont en cours pour le développement de la parafiscalité afin d'accroître le financement de la santé.

Financements privés

L'accès aux financements privés et leur utilisation efficiente constitue un enjeu important et une source à fort potentiel pour le financement de la santé. Ils constituent une opportunité de diversification des sources de financements face aux contraintes budgétaires liées aux financements publics.

3.1.2. MISE EN COMMUN DES RESSOURCES ET PARTAGE DU RISQUE MALADIE

La mise en commun des ressources provenant des différentes sources de financement est limitée pour plusieurs raisons :

Premièrement, la contribution financière des patients au niveau des formations sanitaires représente environ 90% du financement des activités de celles-ci. Cependant, seulement 10% de ladite contribution alimente le fonds de solidarité au niveau national, dédié à la l'appui équitable des formations sanitaires publiques défavorisées.

Deuxièmement, les systèmes de prépaiement sont peu développés et fragmentés. En effet, les dépenses de santé des ménages sont constituées à près de 99% des paiements directs au point de contact avec l'offre de soins et seulement 1% de ces dépenses passent par des

mécanismes de mutualisation du risque ou de tiers¹¹⁶. En 2014, il existait 43 mutuelles actives couvrant 63 000 personnes, soit 0.2% de la population nationale¹¹⁷. L'affiliation à une mutuelle se faisait sur la base du volontariat pour une contribution annuelle allant de 3 000 à 5 000 FCFA par personne. Un ticket modérateur de 10 à 50% des frais des services et soins de santé restait à la charge du patient.

D'autres initiatives privées non-lucratives ont assuré la protection financière des patients. C'est le cas de BEPHA (Bamenda Ecclesiastical Province Health Assistance) dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest. L'adhésion n'était pas individuelle et la contribution était volontaire par ménage pour éviter la sélection inverse¹¹⁸. En 2013, BEPHA comptait 30 000 membres et projetait d'atteindre 80 000 d'ici 2017¹¹⁹. S'agissant des assurances privées, en 2014 on dénombrait 16 compagnies d'assurance offrant une couverture du risque maladie pour une souscription moyenne de 155 000 FCFA par adulte et par an¹²⁰.

En 2011, on estimait que moins de 3% de la population était couverte par un mécanisme de protection du risque maladie¹²¹. A l'occasion de son discours d'investiture à la magistrature suprême en novembre 2011, le Chef de l'Etat relevait déjà la nécessité de mettre en place un dans le cadre du système de sécurité sociale, un dispositif qui facilitera l'accès aux soins des moins favorisés.

Les recommandations du Comité Interministériel d'Examen des Programmes (CIEP) 2015 préconisaient le développement d'une stratégie pour la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) au Cameroun¹²². Un groupe technique intersectoriel national chargé de la mise en place de la CSU a été créé, les acteurs ont été formés et les différents travaux analytiques et de réflexion sont en cours. En 2017, le Chef de l'Etat dans son message à la nation réitérait l'instruction de parachever la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle.

En somme, la mutualisation des ressources de santé reste un grand défi à relever à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les programmes de santé prioritaires interviennent de manière cloisonnée (forte verticalisation) et dans la plupart des cas, sur les mêmes cibles. Cette situation est amplifiée par une faible coordination des interventions au niveau central et une mutualisation insuffisante des ressources allouées aux différents GTR des programmes.

3.1.3. ACHAT DES SERVICES

Plusieurs mécanismes de paiement des prestations de services existent dans le secteur santé, à savoir :

- *Paiement direct des soins par les ménages*

La majorité des coûts des soins (70,6%) sont supportés par les ménages qui payent directement ces prestations au niveau des structures sanitaires¹²³. Le système de paiement direct est source d'iniquité dans l'utilisation des services de santé. Il expose les ménages à des dépenses très élevées, conduit aux risques d'appauvrissement dus aux soins, et constitue une

barrière pour l'accès aux services de santé. Ceci s'explique d'une part, par l'insuffisance du financement venant de l'État et d'autre part, par le faible développement des mécanismes de partage du risque maladie.

- *Remboursement des frais de soins par les mutuelles/assurance maladie pour les personnes assurées avec ticket modérateur*

La majorité des mutuelles sont en faillite et n'arrivent pas à payer les formations sanitaires pour les services offerts à leurs membres. Les raisons de cette faillite sont liées à : (i) une insuffisance dans la conception des mutuelles basées sur le volontariat (approche limitant le partage de risque entre les riches et les pauvres et entre les personnes malades et celles en bonne santé) ; (ii) la modicité de la prime non compensée par un apport extérieur et (iii) une mauvaise gestion des ressources collectées.

- *Subvention de la gratuité de certains soins*

Depuis plusieurs années, certains services et soins sont offerts gratuitement ou à des prix subventionnés aux populations. Parmi ceux-ci, on peut citer : la vaccination, la prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans, la dispensation des antituberculeux et la dispensation des antirétroviraux pour les PVVIH, l'hémodialyse, le traitement des hépatites, etc. Or, les lois économiques montrent qu'une gratuité généralisée sans mécanisme de compensation financière adéquat pour les formations sanitaires n'est pas soutenable et viable à long terme. Les effets pervers sont notamment : la dégradation de la qualité des soins, les ruptures de stocks et l'accroissement des pratiques illicites. Ces politiques de gratuité n'ont pas été précédées par des études économiques de faisabilité et de soutenabilité fiables avant leur mise en place. Pourtant ces nombreux efforts de gratuité ont été consentis par l'Etat pour favoriser l'accès des cibles vulnérables aux services et soins de santé. Cependant, l'on pourrait déplorer le fait qu'elles ne soient pas toujours implémentées telles que prévues. A titre illustratif, si l'effectivité de la gratuité de la vaccination des enfants de 0-59 mois n'est plus à démontrer, la politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez les enfants peine à être effective.

- *Expérimentation du Financement basé sur les résultats (FBR/PBF)*

Le Financement Basé sur les Résultats a pour objectifs : d'améliorer l'accessibilité aux services et soins de qualité, avec une emphase sur l'efficience, et l'équité. Cette approche est mise en œuvre au Cameroun depuis 2006. En 2020 suite à la revue interne à mi-parcours de la phase pilote du projet (2013) qui a montré des résultats satisfaisants, le FBR/PBF est passé à échelle et est implémenté dans toutes les régions du pays.

Cependant, la mise en œuvre des bonnes pratiques du FBR/PBF se heurte à certains obstacles, notamment la contextualisation de cette initiative. En outre, la soutenabilité financière de la mise à échelle nationale de cette nouvelle approche représente un défi majeur à relever.

- *Expérimentation du Chèque santé*

Le Chèque Santé est un mécanisme de prépaiement subventionné des soins de la femme enceinte et de l'enfant de 0 à 42 jours. Il est disponible dans les formations sanitaires du secteur public et privé à but non lucratif accrédités de quelques Districts de Santé du septentrion. Les structures SONUB et SONUC préalablement accréditées offrent les prestations suivantes : soins de la grossesse, accouchements simples et compliqués, soins du post-partum et planning familial, soins de transfert et soins néonataux jusqu'au 42ème jour. La rémunération des prestataires se fait selon deux modes complémentaires :

Une rémunération fixe correspondant aux tarifs des prestations (actes et intrants médicaux) adoptés par le MINSANTE.

Une rémunération variable allouée aux prestataires après audit des critères de qualité et contrôle du respect des procédures de gestion associées au tiers-payant.

Le chèque santé utilise les mécanismes d'accréditation des FOSA et de paiement des prestataires qui pourraient inspirer les réflexions en cours autour de la CSU.

Subvention de l'État pour le fonctionnement des structures sanitaires

- *Allocation des ressources*

L'allocation des ressources se fait sur la base du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) basé sur la conjoncture économique et décliné au niveau ministériel en Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Il existe peu de données qui permettent de mesurer la performance de l'allocation budgétaire en matière de santé au Cameroun. Toutefois, la mise en application du budget-programme depuis 2013 vise à améliorer la gestion des ressources financières de l'État et l'efficacité des interventions de santé. Il convient de relever qu'à partir de 2020, ces allocations budgétaires ont été converties en subsides dans le cadre du passage à échelle du FBR/PBF. Cette réforme du financement de la santé connaît deux principaux goulots d'étranglements à savoir : (i) le retard dans le paiement des factures ; (ii) la non prise en compte de certains postes de dépenses incompressibles.

Malgré la politique de décentralisation en cours, il existe encore une importante centralisation de l'allocation budgétaire car les fonds décentralisés représentaient moins de 3% (6 milliards) du budget du MINSANTÉ en 2015. Bien que ce chiffre ait évolué pour atteindre 6,7 milliards en 2020, des efforts supplémentaires devraient être consenti dans le domaine de la décentralisation budgétaire.

La déconcentration, quant à elle, a connu une amélioration ces dernières années avec une ventilation des enveloppes budgétaires ciblant de plus en plus le niveau périphérique.

La formulation budgétaire se fait verticalement en suivant les plans stratégiques et opérationnels des différents programmes de santé. Ces plans sont budgétisés sur la base des intrants disponibles et non sur les besoins réels des populations couvertes par les structures sanitaires. La formulation budgétaire au niveau périphérique est quasi-inexistante et quand

elle est faite, les budgets confectionnés ne sont pas toujours consolidés au niveau régional. Or les budgets des districts de santé et des régions devraient être les piliers de la budgétisation nationale, dans une logique bottom-up. Dans la plupart des structures des niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire, il existe une grande discordance entre les besoins exprimés dans les PTA et les fonds alloués aux structures.

Le problème émanant généralement de l'incohérence entre la nomenclature budgétaire alloué et lesdits besoins. Le PBF est une tentative de réponse à ce problème, mais cette initiative peine à produire les résultats escomptés à cause des retards de paiements des factures des prestataires des services et soins de santé. Ces retards pourraient s'expliquer en grande partie par les résistances liées à la mise à disposition des fonds.

Il est par conséquent essentiel de : (i) conduire des études permettant d'évaluer les ressources nécessaires pour la délivrance d'un paquet de soins de qualité par une formation sanitaire à une population donnée ; (ii) former les acteurs du niveau opérationnel à la planification puis à la budgétisation des interventions et (iii) d'allouer les ressources en fonction des priorités validées.

- *Exécution budgétaire*

En 2019, le taux d'exécution budgétaire (base engagement) est de 96,2%, soit une augmentation de 8% par rapport à 2014^{124,125} Cependant, du fait des tensions de trésorerie au niveau du Ministère des Finances, il est parfois difficile de connaître le niveau réel de dépense effectué par les différents départements ministériels. Par ailleurs, le calcul du taux d'exécution est rendu difficile par l'absence d'un système de collecte et d'analyse de l'information financière. De plus, la lourdeur des procédures de la dépense publique ne garantit pas la visibilité et la prévisibilité de la chaîne des dépenses.

Tableau 14 : Taux d'exécution (base engagement) du budget MINSANTÉ 2019

Budget	Allocation 2019 (milliards FCFA)	Montant engagé 2019 (milliard FCFA)	Taux budgétaire d'engagement
Fonctionnement	104 074	98 540	94,68%
Investissement	103 869	102 100	98,30%
TOTAL	207 943	200 640	96,49%

Source: DRFP, MINSANTE

- *Suivi et évaluation de l'exécution budgétaire :*

Le système d'information et de suivi global en temps réel de l'exécution budgétaire existe mais devrait être amélioré. En effet, le logiciel utilisé pour la budgétisation (PROBMIS¹²⁶) ne permet pas un suivi prompt de l'utilisation des ressources au niveau des arrondissements. Il convient tout de même de reconnaître que ce suivi est possible du niveau central jusqu'au niveau départemental.

Il existe par ailleurs, un corpus de procédures consolidées qui gouverne la gestion des ressources (budget national et financement extérieur) du secteur.

Le contrôle de gestion et le contrôle interne mis en place en 2015 pour améliorer le suivi-évaluation de l'exécution budgétaire sont effectifs. Toutefois, leur implémentation reste insatisfaisante. En outre, on observe sur le terrain des problèmes récurrents de gouvernance et une faible remontée des pièces justificatives, notamment en ce qui concerne les financements extérieurs, les ressources transférées aux CTD et les subventions.

En guise de conclusion sur le financement de la santé, il apparaît que le niveau d'efficience des dépenses en santé est faible. À titre illustratif, en 2012, le Cameroun a dépensé \$61 par habitant et a eu des résultats comparables à ceux des pays dépensant entre \$10 et \$15 par habitant¹²⁷.

3.2. PRESTATIONS DES SOINS ET DES SERVICES

La description de l'état des lieux relatif à l'offre de services et des soins concerne les aspects suivants :

- les types d'offre de services et de soins :
 - o Soins de Santé Primaires (PMA, PCA) ;
 - o Soins de santé secondaires ;
 - o Soins de santé tertiaires ;
 - o Autres types de soins (médecine traditionnelle et médecine parallèle/médecine alternative) ;
- les stratégies d'offres de soins (fixe, avancée, mobile) ;
- les modalités d'offres de soins (système de référence et de contre référence, télémédecine, etc. ;
- le recours informel des populations aux soins de santé (automédication, médicaments de la rue) ;
- les initiatives d'amélioration de l'offre de services et de soins (les concours qualités) ;
- les stratégies de stimulation de la demande.

3.2.1. TYPES D'OFFRES DE SERVICES ET DES SOINS

Soins de Santé Primaires (SSP)

Conformément à l'orientation stratégique validée par les Chefs d'Etat africains au cours de la Conférence de Bamako, les Soins de Santé Primaires constituent la stratégie préconisée pour la satisfaction des besoins de santé de la majorité de la population. Les principes retenus à cet effet sont : (i) une participation communautaire renforcée, (ii) une action intersectorielle plus efficace, (iii) la disponibilité des technologies appropriées, (iv) l'équité et la justice sociale.

A l'analyse, le niveau de couverture de certaines interventions est acceptable mais les populations ne bénéficient pas encore de l'ensemble des prestations. En effet, elles éprouvent toujours des difficultés d'accès à l'ensemble des interventions du Paquet Minimum d'Activités

(PMA) délivrés par les formations sanitaires de premier échelon. Le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) quant à lui est délivré dans les Hôpitaux de Districts.

Le niveau de perception des patients sur la qualité des soins et services de santé n'est pas satisfaisante. En effet, les principaux motifs d'insatisfaction cités par ces derniers sont le mauvais accueil notamment, les délais d'attente, la mauvaise orientation, l'indisponibilité de l'information sur l'offre de services et des soins ainsi que les coûts y relatifs.

L'intégration des prestations des soins au niveau des ASC (Agents de Santé Communautaires) polyvalents a renforcé les interventions sous directives communautaires. En effet, le pays s'est doté en 2021, d'un Plan Stratégique National pour la Santé Communautaire (PNSC) 2021-2025 assorti d'un Dossier d'Investissement et a développé le Rapport Mensuel d'Activités Communautaires (RMAC) qui sera désormais intégré dans la plateforme DHIS2. Leur dissémination et le renforcement des capacités des acteurs à leur utilisation est en cours. Cependant, le quota d'ASC polyvalents par aire de santé est encore insuffisant. Par ailleurs, ces derniers ne sont pas sélectionnés sur la base de critères objectifs et connus de tous. Enfin, l'on peut relever l'insuffisance des éléments de leur motivation, notamment l'indisponibilité financière pour assurer leur gratification.

Pour garantir une couverture plus grande des interventions, la majorité des CSI et CMA planifient régulièrement des stratégies avancées et mobiles. Mais leur mise en œuvre reste faible à cause du découpage des aires de santé qui ne tient pas compte des distances et du relief. Mais aussi à cause de l'insuffisance des ressources (humaines et financières) et de la faible organisation des ASC au niveau de l'aire de santé.

Soins et services de santé spécialisés (secondaire et tertiaires)

Les formations sanitaires de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégories offrent des soins spécialisés (chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, soins bucco-dentaires, hémodialyse, psychiatrie, etc.). Cependant, les soins hautement spécialisés (radiothérapie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, etc.) sont offerts par les hôpitaux de 1^{ère} catégorie.

L'accès aux soins spécialisés est faible en raison du faible niveau socio-économique des usagers, d'une faible protection financière en santé et du dysfonctionnement du système de référence et contre référence. Toutefois, certains soins comme l'hémodialyse, la radiothérapie et la chimiothérapie bénéficient de subventions. La qualité des soins reste cependant non optimale en raison de l'insuffisance des infrastructures et plateaux techniques (équipements et ressources humaines) d'une part, et du faible respect des normes et standards, d'autre part.

Autres types de soins (médecine traditionnelle et médecine parallèle/médecine alternative)

La médecine traditionnelle et la médecine parallèle restent le premier recours aux soins de la population. La médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent rationnellement ou non sur des théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir des êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. La médecine parallèle quant à elle renvoie à l'ensemble des pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition, ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées dans son système de santé prédominant.

Le MINSANTE n'a pas le contrôle des activités des tradipraticiens de santé bien qu'il existe un service dédié au développement de la médecine traditionnelle au niveau central (DOSTS). Au surplus, la formalisation des dites pratiques, bien que reconnues, n'est pas encore encadrée au plan juridique. Toutefois, le processus d'élaboration d'un projet de loi sur la médecine traditionnelle est en cours.

Recours informel des populations aux soins de santé (soins à domicile, automédication, médicaments de la rue).

Il est important de relever que le réseau informel des soins de santé s'étend et gagne du terrain. Il se manifeste notamment, par la faible fréquentation des structures sanitaires conventionnelles, l'accroissement de la vente illicite des médicaments et la prolifération des structures informelles de prestations de soins et services de santé. Cette situation, principalement causée par les barrières socio-culturelles et l'insuffisance de l'offre de soins a des conséquences néfastes sur la santé des populations.

Malgré les efforts consentis par le gouvernement et ses partenaires, les faibles revenus des ménages ne leur permettent pas d'avoir accès aux soins et services de santé. En effet, une grande partie de la population camerounaise continue de vivre en dessous du seuil de pauvreté et la majorité des dépenses de santé continuent d'être financées par les paiements directs des ménages. Dans certains cas ces dépenses sont de nature à appauvrir les ménages et sont donc qualifiées de "dépenses catastrophiques".

Il faut cependant relever que certaines FOSA sont dotées d'un service social en charge des indigents. Mais très souvent celles-ci ne sont pas fonctionnelles à cause du manque des fonds et du personnel qualifié.

Toutefois, la réforme du Financement Basé sur les Résultats a prévu de mécanismes d'identification des indigents dans les communautés afin d'assurer leur prise en charge gratuite. Par ailleurs, des dispositions de gratuité des soins pour le personnel de santé sont prévus mais leur application n'est pas toujours effective.

3.2.2. MODALITÉS D'OFFRES DE SERVICES

Stratégies fixes et stratégies avancées

Les paquets minimum et complémentaire d'activités (PMA et PCA) sont le plus souvent délivrés en stratégie fixe (au sein de la FOSA). Les stratégies avancées visent à atteindre les populations qui vivent au-delà de 5 kilomètres ou à une heure de marche de la FOSA tandis que celles mobiles sont pour les populations vivant au-delà de 15 kilomètres de la FOSA. Ces deux dernières sont également utilisées dans les cas de catastrophes et urgences non épidémiques.

Cependant, ces stratégies sont insuffisamment mises en œuvre du fait de l'insuffisance de ressources financières, notamment l'inexistence d'une ligne budgétaire exécutable par procédure de régie d'avance au niveau des districts de santé dédiée à la gestion des stratégies avancées, des catastrophes et urgences de santé publique.

Une étude d'envergure mériterait d'être menée pour déterminer la proportion des populations non desservies par les CSI/CMA et qui ne bénéficient pas encore du PMA.

Le système de référence-contre référence

Le système de référence établit un lien opérationnel entre deux niveaux de santé. La référence consiste à envoyer un patient d'un niveau inférieur au supérieur. La contre-référence envoie le patient du supérieur à l'inférieur. Ce système permet d'améliorer l'accès idoine et le continuum des soins. La continuité des soins consiste en la prise en charge du début à la fin de l'épisode de la maladie avec ou sans référence¹²⁸. Il existe peu d'études spécifiques sur la fonctionnalité du système de référence et de contre-référence au Cameroun, mais il a été plusieurs fois décrit comme peu performant^{129,130,131}.

L'intégration des soins et des services

L'intégration des soins et des services est un concept ou une question transversale dans le domaine de la santé. Au niveau opérationnel, elle consiste en la dispensation dans une même formation sanitaire, des soins préventifs, promotionnels, curatif, et de réhabilitation¹³². Elle est couramment pratiquée dans les activités de supervision, de coordination et de soins dans le système de santé mais reste peu performant, non documenté et les effets attendus ne sont pas toujours visibles en matière de rationalisation des interventions, d'efficience dans l'atteinte des résultats, de qualité dans la mise en œuvre des activités.

Aussi, en termes de réduction de la surcharge de travail sur les acteurs et enfin c'est un facteur d'amélioration de la bonne gouvernance dans le secteur de la santé pour ne citer que ceux-là. Il serait idoine de définir un ensemble minimal d'interventions devant accompagner le

processus de mise en œuvre du concept d'intégration des services et des soins par les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.2.3. INITIATIVES D'AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SERVICES ET DE SOINS

De nouvelles initiatives pour l'amélioration de l'offre de soins et services de santé ont récemment vu le jour dans le système de santé. Il s'agit notamment du financement basé sur la performance (PBF), la gestion axée sur les résultats (GAR), du renforcement du partenariat public-privé, de la démarche qualité, du marketing social, de l'implication des communautés surtout des Collectivités Territoriales Décentralisées, de la télémédecine, de la délégation des tâches ainsi que des approches compétitives d'amélioration de la performance.

3.2.4. STRATEGIES DE STIMULATION DE LA DEMANDE

Il n'existe pas de stratégie globale de stimulation de la demande des services et soins de santé. Néanmoins, plusieurs types de mécanismes innovants de financement de la demande de santé sont mis en œuvre dans les districts de santé : chèques santé, kits obstétricaux, assurances maladies, gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes etc. Mais ces expériences réalisées sont très limitées dans l'espace et les résultats obtenus pas suffisamment diffusés.

3.3. INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS

En 2020, on dénombrait 6202 formations sanitaires publiques et privées (tableau 11). Le même tableau montre que la majorité des formations sanitaires qui existent dans le pays sont des établissements privés-laïcs (41%). Ajouté aux établissements privé-confessionnels (12,40%), il ressort que la proportion des formations sanitaires du sous-secteur privé représente plus de la moitié des FOSA du pays (53%).

Dans certaines régions comme le Centre, le Littoral et l'Ouest, c'est le sous-secteur privé qui constitue l'essentiel de l'offre des soins et des services de santé. Cette situation pourrait en partie s'expliquer par une prolifération anarchique des formations sanitaires privées dans les districts urbains de ces régions. En effet, plusieurs de ces formations sanitaires ne disposent ni d'autorisation de création ni d'ouverture du MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle.

En outre, on relève dans certains cas que les demandes ne sont pas traitées dans les délais requis au MINSANTE tandis que le contrôle des autorisations de création ou d'ouverture octroyées n'est pas toujours effectif.

Ces hôpitaux offrent des soins spécialisés sans différenciation et dans la concurrence, mais ne sont pas régulièrement évalués. Par ailleurs, le rôle de structures d'appui et de référence qu'ils sont censés jouer pour les autres formations sanitaires de catégories inférieures n'est que faiblement assuré. Enfin, les laboratoires de référence sont insuffisants bien que leurs modalités d'accréditation aient été récemment définies.

La répartition géographique de formations sanitaires au niveau opérationnel dans le pays n'est pas équitable. On note une concentration des Fosa dans les régions du Centre et du Littoral respectivement 1580 et 1297 tandis que les régions de l'Adamaoua et de l'Est ne comptent que 184 et 263 respectivement. La situation de l'Extrême Nord est particulièrement grave avec 444 Fosa pour 30 Districts de Santé, 86% d'entre elles étant des Centres de Santé Intégrés.

Par ailleurs, l'on note une insuffisance qualitative et quantitative en ressources humaines spécialisé à la maintenance biomédicale, ainsi qu'une faible disponibilité en matériel et équipements rendant ainsi non fonctionnels la plupart d'établissements existants. La stratégie de maintenance préventive et curative nécessite d'être actualisée et mise en œuvre. La diversité des marques d'équipements médicaux, la fluctuation énergétique et l'état de vétusté desdits équipements ne facilitent pas le suivi de leur maintenance.

Tableau 15: Répartition des formations sanitaires par statut et par région en 2020

Région	Public	Privé-laïc	Privé-confessionnel	TOTAL
Sud Ouest	234	65	37	336
Centre	475	933	172	1580
Nord Ouest	247	76	86	409
Nord	267	23	23	313
Ouest	430	299	102	831
Est	187	31	45	263
Sud	209	45	55	309
Littoral	223	923	151	1297
Extrême Nord	384	24	36	444
Adamaoua	132	19	33	184
National	2788	2438	740	5966

Source : DHIS-2

Le tableau 16 ci-après présente la répartition des formations sanitaires des régions par catégorie. De façon générale, le nombre de formations sanitaires au niveau opérationnel est satisfaisant, mais leur répartition géographique dans le pays est inéquitable.

Tableau 16: Répartition des formations sanitaires par catégorie et par région au Cameroun en 2020

Région	Population 2020	CSI	CMA	HD & Assimilés	HR	HC & HG	Total général
Sud-Ouest	1 899 941	276	26	32	2	0	336
Centre	4 965 861	1425	95	49	1	10	1580
Nord-Ouest	1 868 031	346	32	30	1	0	409
Nord	2 996 271	287	9	16	1	0	313

Ouest	2 327 807	727	68	35	1	0	831
Est	1 360 451	220	21	21	1	0	263
Sud	894 878	260	34	13	1	1	309
Littoral	4 277 464	1159	79	53	2	4	1297
Extrême Nord	4 967 788	384	27	30	3	0	444
Adamaoua	1 518 189	154	17	12	1	0	184
Total général	27 076 681	5328	408	291	14	15	5966

Source : DHIS-2 et population cible 2020, Densité des formations sanitaires

Sur le plan national, quel que soit le statut, la densité des formations sanitaires est d'une formation sanitaire pour 4274 habitants. La région ayant la plus faible densité de formations sanitaires est celle de l'Extrême-Nord avec près d'une formation sanitaire pour 10 000 habitants, suivie de celle du Nord avec environ une formation sanitaire pour 9 523 habitants. Les régions du Sud et de l'Ouest sont les régions ayant les densités de formations sanitaires les plus élevées du pays : soit respectivement une formation sanitaire pour 2602 habitants et une formation sanitaire pour 4274 habitants. L'analyse portant essentiellement sur les formations sanitaires du secteur public montre que sur le plan national, la densité de formations sanitaires publiques est d'une formation sanitaire pour 8690 habitants. C'est la région du littoral qui se présente comme la moins lotie avec une formation sanitaire pour 17 071 habitants, suivi de celle de l'Extrême-Nord (une formation sanitaire pour 11 706 habitants) et du Nord (une formation sanitaire pour 10 965 habitants). Les régions ayant une densité acceptable sont le Sud (soit une formation sanitaire pour 3798 habitants) et l'Ouest (soit une formation sanitaire pour 4 704 habitants).

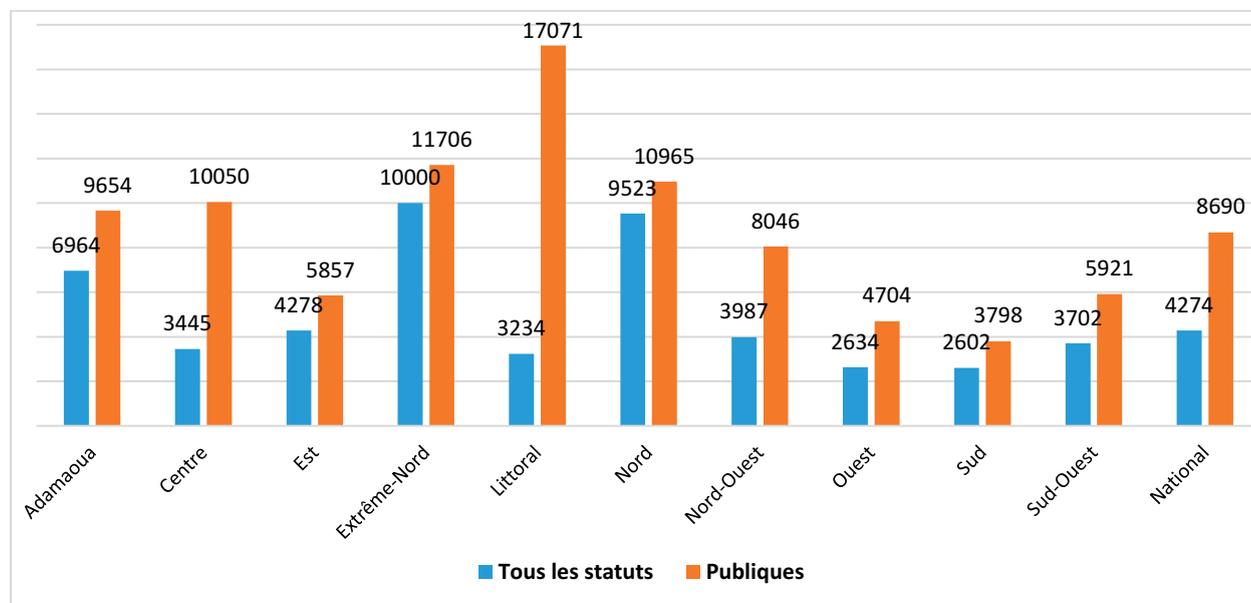


Figure 11 : Ratio de population par formation sanitaire par région

Source : CIS/DHIS2

La fonctionnalité d'une FOSA est conditionnée non seulement par la présence d'une infrastructure, mais aussi par la présence d'un plateau technique (équipement) fonctionnel répondant au PMA et PCA. Par ailleurs, les équipements de ces FOSA sont pour la plupart en état de dégradation faute de maintenance. L'analyse situationnelle en 2009 a révélé que 50% et 80% respectivement des hôpitaux régionaux et de district disposaient d'un service de maintenance. Aussi, aucune région ne dispose d'un service de maintenance des équipements pour répondre aux besoins des FOSA de 5^{ème} et de 6^{ème} catégorie. Par contre, les FOSA de 1^{ère} et de 2^{ème} catégorie disposent d'un service technique (gestion et maintenance des équipements) bien que non adapté à toutes les spécialités requises (biomédical, matériel non médical, etc.).

Globalement, la difficulté de la maintenance des équipements est due à l'absence d'une stratégie d'amortissement et de maintenance des équipements, la diversité des marques pour un même type d'équipement et l'absence de la procédure opérationnelle standard harmonisée pour assurer le suivi de la gestion optimale des équipements.

3.4. PHARMACIE, LABORATOIRE, MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Malgré le dispositif légal mis en place par le gouvernement afin d'améliorer l'accès des populations aux médicaments sûrs, efficaces et de qualité, on constate que le besoin des populations n'est pas pleinement satisfait.

3.4.1. APPROVISIONNEMENT ET DISTRIBUTION

Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments et autres produits pharmaceutiques (SYNAME) est un ensemble de structures, d'acteurs et de procédures visant à assurer la disponibilité et l'accessibilité continue des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité sur l'ensemble du territoire national.

Il comprend les établissements pharmaceutiques de fabrication, les établissements pharmaceutiques de distribution/vente en gros, les établissements pharmaceutiques de dispensation ou de vente au détail et les structures chargées de la réglementation pharmaceutique.

A l'instar du secteur pharmaceutique, le SYNAME est organisé en deux sous-secteurs que sont : (i) le sous-secteur public (CENAME, FRPS et FOSA), et (ii) le sous-secteur privé (à but lucratif et non lucratif).

La présente analyse situationnelle se rapporte aux structures pharmaceutiques du sous-secteur public à savoir la CENAME, les FRPS et les formations sanitaires.

L'approvisionnement en médicaments est organisé de manière pyramidale, du haut vers le bas et autour de la CENAME. Cette dernière est le fournisseur prioritaire des FRPS, qui ont

entre autres missions la gestion et de la distribution des médicaments et autres produits pharmaceutiques pour le compte des formations sanitaires de leurs ressorts.

Du fait des difficultés financières que rencontre la CENAME depuis quelques années, traduites par une incapacité à satisfaire pleinement les besoins en médicaments exprimés par les FRPS, ces structures font régulièrement recours à d'autres fournisseurs agréés par le MINSANTE.

Aussi, à la faveur de l'introduction du PBF dans le secteur santé et de son principe de libre concurrence, les formations sanitaires ont été autorisées à s'approvisionner directement auprès d'établissements de distribution agréés, lorsque les FRPS ne se montrent pas à même de satisfaire leurs besoins.

En effet, dans la pratique, la disponibilité insatisfaisante des médicaments et autres produits pharmaceutiques dans les structures publiques de distribution, la faible appropriation par certains acteurs des procédures en matière d'approvisionnement et l'insuffisante régulation des activités des différentes structures du SYNAME contribuent à des dysfonctionnements tant en termes de traçabilité des stocks de produits pharmaceutiques acquis que pour ce qui est du respect des prix de vente desdits produits au public. En effet, il est devenu courant que les FRPS et les Formations Sanitaires s'approvisionnent indifféremment auprès des mêmes établissements agréés de distribution en gros.

Par ailleurs, les dons en médicaments et autres produits pharmaceutiques constituent une source non négligeable d'approvisionnement, dont les données ne sont pas toujours captées par le système d'information. La réglementation en matière de dons n'est pas toujours respectée.

Certaines administrations autres que le MINSANTE disposent de réseaux de formations sanitaires qui peuvent être clientes de la CENAME. Les données de gestions des stocks desdites formations sanitaires méritent elles aussi d'être captées.

Ces dysfonctionnements du SYNAME et d'autres causes exogènes au Système de Santé expliquent la persistance, voire l'accroissement du circuit d'approvisionnement illicite en médicaments et produits pharmaceutiques, qui alimente le marché de la rue et qui pourrait avoir des connexions avec le secteur licite.

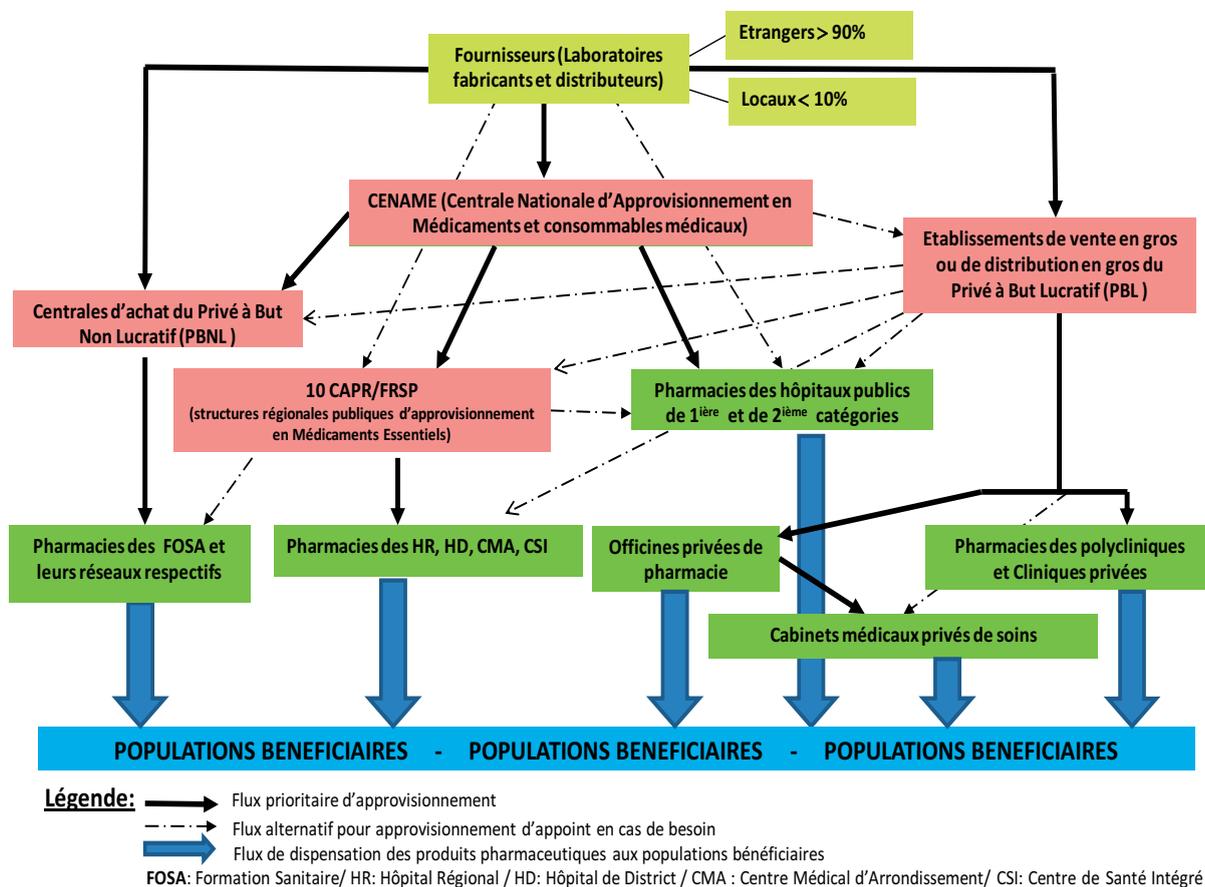


Figure 12: Organisation du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME).

Source : MINSANTE/Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires - Version de janvier 2016

Le ratio pharmacien par habitant varie entre un pour 6920 et un pour 177 051 habitants avec une répartition inégale entre les milieux rural et urbain. En général, l'achat des médicaments et consommables médicaux représente près de 40% des dépenses courantes de santé¹³³. On décrit cependant le fait que l'industrialisation pharmaceutique locale se trouve jusqu'aujourd'hui, dans un état embryonnaire.

3.4.2. ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE ET FINANCIÈRE

En 2003, l'accès géographique aux médicaments a été évalué à 66% et le niveau de disponibilité des médicaments traceurs était estimé à 86% en 2008¹³⁴. S'agissant du nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs, ce chiffre est passé de 21 jours en 2012, à 14 jours en 2015 indiquant une amélioration de la disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires^{135,136} à date ce chiffre situe à 10 jours¹³⁷. Bien qu'il y'ai amélioration de cet indicateur, le nombre moyen de jours de rupture de stocks de médicaments essentiels traceurs reste préoccupant. Cette situation est très souvent due aux lacunes émanant de la quantification et de la gestion prévisionnelle des stocks. Par ailleurs, l'on peut aussi relever les difficultés d'accès aux zones affectés par les crises sécuritaires qui ne favorise pas le réapprovisionnement régulier des FOSA en intrants. A cela l'on peut ajouter

le problème de la lutte insuffisante contre le faux médicament et le trafic illicite des produits pharmaceutique qui continue de prospérer.

Grâce aux appuis des différents partenaires et aux subventions de l'État, certaines classes thérapeutiques sont délivrées gratuitement (antituberculeux, antirétroviraux de 1ère et 2nde lignes, certaines combinaisons antipaludiques ACT, dérivés de l'artémisinine injectables pour les enfants de 0 à 5 ans, anti-lépromateux, etc.). D'autres classes sont disponibles à moindre coût (kits obstétricaux, contraceptifs, insulines, antipaludiques etc.).

Un effort de régulation des prix est fait au cours du processus d'homologation des médicaments. Ce qui permet d'obtenir des fabricants de génériques et de spécialités, des baisses significatives de leurs prix.

Les médicaments bénéficient d'une exonération des droits de douane, de la TVA et de la taxe informatique mais, la taxe SGS qui est de l'ordre de 1% reste appliquée. La production locale des médicaments est faible¹³⁸. En dépit des efforts, une frange non-négligeable de la population s'approvisionne en produits pharmaceutiques dans la rue.

3.4.3. RÉGULATION DES MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Il existe une plateforme de coordination des structures de l'ANRPh (IGSPL, DPML, DSF, DROS et LANACOME...) d'une part, et les autres acteurs majeurs du secteur pharmaceutique (CENAME, Ordre National des Pharmaciens du Cameroun, Partenaires au Développement), pour le partage des informations et une meilleure application des orientations en matière de régulation du secteur pharmaceutique.

La tarification des médicaments dans le sous-secteur public est harmonisée sur l'ensemble du territoire national mais les prix affichés ne sont pas toujours respectés, du fait notamment de la diversification des sources d'approvisionnement. Dans le sous-secteur privé non lucratif, les structures agréées disposent de leur propre système de tarification. Elles sont, sous certaines conditions, autorisées à accéder à l'ensemble des produits de la CENAME au travers de leurs Centrales.

Sur le plan national, le processus de mise en place d'un Système électronique d'Information harmonisé en Gestion Logistique pour les médicaments (« Electronic Logistics Management Information System ») (SIGLe/eLMIS) est effectif au niveau Central, avec la mise en réseau de la DPML, de la CENAME et des 10 GIP-FRPS. Ce processus est en cours de mise en œuvre au niveau opérationnel, par le déploiement d'une application au niveau des formations sanitaires. Dans l'intervalle, le DHIS-2 permet d'effectuer le suivi de certains indicateurs traceurs en matière de gestion des médicaments.

Toutefois, dans le cadre de la décentralisation et la nécessité de capter le flux de circulation du médicament des administrations partenaires, il est important de mettre à jour les

paramètres du DHIS-2 notamment ceux relatifs à l'intégration des données des FOSA appartenant aux autres sectoriels ainsi que celles issues du transfert de compétences.

3.4.4. ASSURANCE QUALITÉ DES MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Le système d'assurance qualité des médicaments et autres produits pharmaceutiques repose sur plusieurs piliers à savoir : (i) l'homologation, (ii) le contrôle qualité, (iii) l'inspection pharmaceutique et la surveillance du marché, (iv) la pharmacovigilance.

On note une nette amélioration du processus d'homologation des médicaments avec la tenue régulière de sessions de la Commission Nationale du Médicament et de ses Commissions Spécialisées, chargées de formuler à l'attention du Ministre de la Santé Publique des avis techniques sur les demandes de mise sur le marché des produits pharmaceutiques. Ce processus inclut le contrôle de qualité en laboratoire des lots échantillons soumis à l'homologation.

Par ailleurs, à la faveur de la dématérialisation des opérations de commerce extérieur à travers la plateforme du Guichet Unique, une meilleure célérité, visibilité et traçabilité des stocks de médicaments et autres produits pharmaceutiques importés est rendue possible.

Aux vérifications des liasses documentaires relatives aux importations, sont désormais adjointes un contrôle de conformité physique à certaines portes d'entrée (port de Douala et aéroports notamment). Ce contrôle aux importations mérite d'être étendu à l'ensemble des portes d'entrée pour un filtrage plus rigoureux.

Le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) est chargé, entre autres, du contrôle de qualité des lots de médicaments soumis à homologation, et de ceux en circulation sur le marché. On constate que l'activité de contrôle de qualité en post-marketing (après obtention de l'AMM) n'est pas systématique, du fait notamment d'une absence de cadre réglementaire formalisé pour la surveillance du marché pharmaceutique et de l'insuffisance des ressources financières nécessaires à la réalisation de ces activités.

Ainsi, la contrefaçon des médicaments et autres produits pharmaceutiques s'est développée et le secteur illicite du médicament représenterait environ 30% du marché pharmaceutique dans les pays africains et au Cameroun. L'inspection des établissements pharmaceutiques reste très irrégulière faute de moyens logistiques et financiers.

3.4.5. INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES LOCALES

Au cours de la première phase de mise en œuvre du PNDS, des initiatives et mesures salutaires visant le développement et la promotion de l'industrie pharmaceutique locale ont été prises, à l'instar de l'extension de la mesure d'exonération des droits et taxes de douanes aux intrants pharmaceutiques utilisés pour la production la mise sur pied d'un Comité interministériel chargé du suivi des travaux de développement de l'industrie pharmaceutique

locale. Les médicaments bénéficient d'une exonération des droits de douane, de la TVA et de la taxe informatique mais, la taxe SGS qui est de l'ordre de 1% reste appliquée. La production locale des médicaments demeure faible¹³⁹, afin d'y remédier, le Gouvernement s'est résolument engagé dans une promotion de l'industrie locale dans le cadre de sa politique d'import substitution adossée à la SND30.

Aussi, des efforts d'accompagnement sont consentis pour la promotion de la médecine traditionnelle avec pour traduction, l'homologation et la mise sur le marché d'un certain nombre de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) au cours des dernières années.

En dépit de ces avancées, la production locale demeure largement insuffisante (absorption de moins de 5% du besoin) et peu compétitive. De plus on observe toujours que l'essentiel des MTA circulant sont produits et mis sur le marché en marge de la réglementation en vigueur.

3.4.6. LABORATOIRES D'ANALYSE MÉDICALES ET TRANSFUSION SANGUINE

Le MINSANTE a élaboré et adopté en 2009 un document de politique nationale de technologie sanitaire qui définit les équipements de laboratoire par catégorie de formation sanitaire. L'exercice de la biologie médicale et les modalités d'organisation et de fonctionnement des laboratoires d'analyses médicales privés sont réglementés par le décret n° 90/1465 du 09 novembre 1990.

Sur le plan institutionnel, plusieurs organes sont chargés de la mise en œuvre et de la régulation de la politique en matière des laboratoires. Le décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique prévoit une Sous-Direction en charge des Laboratoires et de la Transfusion Sanguine qui a la charge d'organiser le système national des laboratoires. Cependant, elle ne dispose pas d'une autonomie suffisante lui permettant de mener à bien ses missions. L'inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des laboratoires qui a un rôle de contrôle des laboratoires n'arrive pas toujours à assurer ses missions du fait du vide juridique observé. Par ailleurs, l'Arrêté N°2964/MINSANTÉ du 09 octobre 2013, portant création, organisation et fonctionnement du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) place cette structure sous la coordination de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires. Ce texte juridique ne lui permet pas de remplir de manière optimale les missions qui incombent à un Laboratoire de Santé Publique. Il n'existe pas encore un organisme d'accréditation des laboratoires d'analyses de biologie médicale. Il n'existe ni un réseau national des laboratoires, ni un système de référence et contre référence fonctionnel pour les laboratoires.

Sur le plan structurel, le système national des laboratoires s'organise dans les secteurs public et privé. C'est ainsi que l'on distingue les laboratoires logés dans les formations sanitaires publiques ou privées, les laboratoires autonomes et les centres de recherche. Dans le secteur public, les laboratoires des formations sanitaires (FOSA) sont organisés selon la pyramide sanitaire. Bien qu'il existe un texte spécifiant le contenu du paquet minimum d'activités des laboratoires, il ne prend pas en compte toutes les catégories des FOSA. Dans le secteur privé,

les laboratoires qui disposent d'un plateau technique adéquat et parfois de pointe sont généralement concentrés dans les grandes villes. De façon générale, on observe :

- l'inadéquation répartition des laboratoires sur le territoire national ;
- l'absence de texte catégorisant les laboratoires par niveau ;
- une prolifération des laboratoires non autorisés ;
- les mauvaises pratiques non conformes à l'éthique et à la déontologie professionnelles.

Pour ce qui est des ressources humaines, les personnels de laboratoire sont formés dans les institutions académiques et professionnelles publics et privés. Dans les formations sanitaires publiques, on relève une inéquitable répartition des ressources humaines variant d'une formation à une autre. L'analyse situationnelle des laboratoires effectuée en 2014 dans 756 laboratoires montre un déficit de la présence des profils de personnels de laboratoire à différents niveaux.

L'hétérogénéité des marques et des technologies d'équipements de laboratoire traduit la non harmonisation des équipements de laboratoires par niveau. On note aussi l'absence d'un plan de maintenance et de suivi des équipements et des contrats de maintenance signés pour la plupart des équipements.

Malgré l'exigence des procédures d'homologation, la plupart des réactifs et dispositifs médicaux utilisés ne justifient pas d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) ce qui ne garantit pas la qualité et la fiabilité des résultats d'analyses.

Pour ce qui est de la transfusion sanguine, elle est régie par la loi n° 2003/014 du 23 décembre 2003 qui crée le Centre national de Transfusion Sanguine (CNTS). Outre l'existence d'un service spécialement dédié à la Transfusion Sanguine au MINSANTE, le décret N°2019/067 du 12 février 2019 régit l'organisation et le fonctionnement du CNTS. La plupart des hôpitaux généraux, centraux et régionaux disposent de services chargés de la collecte, de la qualification et de la conservation du sang.

Même si on note une avancée pour ce qui est de la transfusion sanguine, on déplore l'insuffisance et l'obsolescence des textes qui régissent l'exercice de la biologie médicale.

3.5. RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

3.5.1. SITUATION ET BESOINS DU SECTEUR (NORMES ET BESOINS)

Malgré le recrutement important du personnel de santé au cours des dix dernières années, le besoin en ressources humaines qualifiées reste assez élevé au regard de la dynamique démographique. On note un nombre insuffisant de personnels qualifiées dans les FOSA et la plupart de ces personnels sont en situation précaire et sans contrat. En plus, la gestion actuelle du personnel présente des limites dans la réponse formulée à la demande des services de santé : Insuffisance du personnel tant en quantité qu'en qualité ; mauvaise répartition du personnel de santé sur l'ensemble du territoire national, absence d'informations sur le

personnel actif dans le secteur privé et même dans les administrations partenaires du secteur santé, etc.

Tandis que le nombre de personnels recrutés par la fonction publique n'est pas en adéquation avec les chiffres de départ à la retraite, au niveau opérationnel, les CTD s'impliquent très peu à la résolution de ce problème. Par conséquent, le gap entre les besoins et les personnels affectés continue de s'agrandir au fil du temps. L'effectif du personnel médical exerçant au MINSANTE est estimé à 38 207 en 2018 (tableau 7). Sur la base de ces données et de celles du 3ème Recensement Général et Physique des ressources des Humaines (RGPH), le ratio personnel/population au Cameroun reste largement inférieur à la norme de l'OMS qui est de 2,3 pour 1000 habitants.

Tableau 17: Effectif de chaque catégorie de personnel médical public par région en 2018

QUALIFICATION	SERVICES CENTRAUX	CE	SUD	OUEST	AD	EST	NO	S-O	E-N	LIT	N-O	TOTAL
MEDECINS	99	619	113	180	88	99	71	143	93	535	116	2156
TECHNICIENS MEDICO-SANITAIRES	27	545	104	158	87	109	70	166	103	330	143	1842
PHARMACIENS	32	78	25	30	22	21	19	32	21	79	20	376
INFIRMIERS	76	2039	438	1030	487	449	707	744	774	1585	652	8981
CHIRUGIEN-DENTISTES	1	39	16	15	10	10	6	10	14	34	11	166
MAÏEUTICIEN/ SAGE-FEMME	60	60	23	32	23	31	28	32	54	50	28	421
GENIE-SANITAIRE	27	27	7	13	12	8	7	15	14	16	12	158
ADMINISTRATIONHOSPITALIERE	70	26	12	8	12	8	8	9	6	21	8	188
TECHNICIENS -BIOMEDICAUX	9	9	3	2	8	3	1	10	1	9	5	60
AUTRES	538	235	39	120	2019	102	156	180	82	414	157	4042
TOTAL	939	3677	780	1588	2768	840	1073	1341	1162	3073	1152	18390

Source: MINSANTE, SIGIPES, 2019.

L'analyse de la répartition du personnel de santé par région montre que c'est la région du Centre qui a le plus grand effectif du personnel médical public, suivi de la région du Littoral. La région du Sud est par contre celle qui a le plus faible effectif de personnel médical public. En outre, la composition de ce personnel médical du secteur public sur le plan national montre que ce sont les Aides-soignants qui sont majoritaires (7173), suivi des d'infirmiers (IDE + IS) qui sont évalués à 5 261. Par ailleurs, à partir des données du RGPS de 2011 et des données du DHIS2 de 2018, on constate que le nombre de médecins généralistes a légèrement diminué entre 2011 et 2018 (avec 1420 médecins généralistes en 2011 contre 1345 en 2019 soit une différence de 75 médecins généralistes), tandis que le nombre de spécialistes a augmenté sur la même période (soit de 137 spécialistes avec 559 spécialistes en 2019 et 422 en 2011).

Tableau 18: Estimation des besoins en ressource humaines par niveau de la pyramide sanitaire pour 2020

N°	CATÉGORIES PROFESSIONNELLES	EFFECTIFS PRÉVUS (HD+CMA+CSI)
1	Médecins spécialistes	512
2	Médecins Généralistes	155
3	Pharmaciens	102
4	Chirurgiens-Dentistes	52
5	Ingénieurs médico-Sanitaires	113
6	Sages-femmes	538
7	Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers (Infirmiers supérieurs)	729
8	Infirmiers Diplômés d'Etat (Infirmiers principaux)	1437
9	Techniciens Médico-Sanitaires	2074
10	ATMS	1088
11	ASG	1645
12	Agents de Santé Communautaires	115
TOTAL		8560

Source: MINSANTE, 2019

En 2020, les besoins en personnel technique, administratif et d'appui au niveau des districts de santé étaient évalués à environ 8560 personnels pour les catégories professionnelles les plus couramment utilisées comme repartis dans le tableau 17 ci-dessus. Ces besoins ne prennent pas en compte les pertes qui sont causées par les retraites, les décès, les migrations des professionnels de santé, etc.

3.5.2. PRODUCTION DES RESSOURCES HUMAINES

Formation initiale

Il existe une faible adéquation entre la formation initiale des personnels de santé et les besoins des structures sanitaires. Ce problème est principalement dû notamment à la faiblesse de la régulation au niveau central.

Un plan stratégique de développement des spécialités médico-chirurgicales a été mis sur pied en 2010. Le début d'exécution de ce plan a abouti à la production en 2014 des premières promotions de spécialistes en néphrologie, neurologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, etc. À cela, il faut ajouter les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes désormais formés localement. A ce jour, le nombre de spécialistes est de 626 dont 5 psychiatres et 09 néphrologues¹⁴⁰. De nombreuses autres spécialités restent sous-représentées. C'est le cas de : la gériatrie, de la radiologie interventionnelle, l'hématologie, la biologie médicale, infectiologie, etc. (voir annexe 1). En 2014, l'on dénombrait 92 écoles publiques et privées de formation des personnels médico-sanitaires. Le rythme actuel de formation des personnels médicaux et paramédicaux est largement supérieur aux capacités d'absorption du sous-secteur public.

En fonction des besoins du système, de nouvelles filières ont vu le jour : sage-femmes /maïeuticiens (238 + 183 formées depuis 2011 avec un rythme de production annuel de 250), techniciens médico-sanitaires en optique et réfraction, aides-soignants option santé communautaire, agents techniques médico-sanitaires, préposés de morgue. Un cycle d'agents techniques médico-sanitaires assistants de pharmacie a été ouvert pour remplacer progressivement les actuels commis de pharmacie.

Formation continue

Dans l'ensemble, la formation continue est insuffisante pour toutes les catégories de personnels. Elle est en inadéquation avec les besoins du secteur faute d'une planification pluriannuelle précise et de ressources financières. Néanmoins, chaque année, une part des fonds du budget de l'État est allouée aux bourses et stages. Cette part représentait environ 0,1% du budget total du MINSANTE en 2015 Ce chiffre ne concerne que le budget alloué à la Direction des Ressources Humaines et ne prend pas en compte celui des autres directions, projets et programmes ou organismes spécialisés. Par ailleurs, certains partenaires au développement accompagnent ce processus de formation continue. Toutefois, ce financement est orienté pour l'essentiel vers les demandes individuelles de formation plutôt que vers les besoins institutionnels.

Recrutement et gestion des RHS

En 2018, on note une augmentation du personnel de santé avec le recrutement de 460 médecins diplômés, de 16 administrateurs principaux de la santé, tandis que sur concours, 66 médecins généralistes, 10 pharmaciens, 06 médecins spécialisés, 148 sage-femmes, 50 aides-soignants, 05 techniciens principaux et 10 techniciens du génie sanitaire, 15 infirmiers principaux, 18 infirmiers diplômés d'État et 38 infirmiers diplômés d'État et 38 infirmiers ont accédé à la Fonction Publique. Au total, 1013 personnels de santé auxquels s'ajoutent 97 personnels d'appui au service de la santé des populations.

Sur le plan quantitatif, les effectifs minimums requis en 2005 étaient de 49 074 dans le sous-secteur public. En 2010, seulement 19 709 étaient disponibles¹⁴¹, ce chiffre a atteint 21567 en 2015 selon les données administratives de l'Observatoire National des RHS. La crise économique de 1986 et les programmes d'ajustement structurel ont entraîné une forte émigration des professionnels de la santé^{142,143}. Au déficit quantitatif et qualitatif subséquent, s'est ajoutée une gestion non optimale du personnel caractérisée par : la non-maitrise des effectifs, leur sous-utilisation, l'inadéquation entre les profils et les postes de travail, le non-respect du profil de carrière, et un fort taux d'absentéisme dans les formations sanitaires publiques variant entre 2 et 37%¹⁴⁴. Il est à noter que cet absentéisme est dû entre autres à la recherche de revenus alternatifs et à l'insuffisance des mécanismes de fidélisation des personnels, notamment dans les zones difficiles (infrastructures de base, primes spécifiques, distinctions honorifiques, assurance maladie, etc.)¹⁴⁵. Par ailleurs, les affectations sont centralisées et ne répondent pas souvent aux besoins des structures utilisatrices. Dans le sous-secteur public, on note un taux d'attrition élevé, faiblement compensé par les recrutements qui dépendent de la compétence exclusive du MINFOPRA.

3.6. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHE EN SANTE

3.6.1. SITUATION DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE (SNIS)

Un plan stratégique de renforcement du SNIS pour la période 2009-2015 a été élaboré en 2008, toutefois il a été faiblement mis en œuvre. Jusqu'en 2015, le SNIS du Cameroun était caractérisé par une multitude de sous-systèmes d'information dépendant des différents programmes en fonction des bailleurs de fonds. Ensuite, il a connu une mue avec l'harmonisation des différents outils de collecte des données et s'est doté du logiciel District Health Information System 2 (DHIS 2) pour le suivi intégré des activités du secteur santé (Lettre circulaire N°D36-59/L/MINSANTE/SG/CIS du Ministre de Santé Publique du 22 Novembre 2017). Du fait du déploiement de cette plateforme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les données validées au niveau des districts de santé et des régions sont disponibles. Ainsi le taux de complétude des Rapports Mensuels d'Activités (RMA) est passé de 11,4% en 2017 à 80,1% en 2020. La disponibilité des données désagrégées par région et même par district de santé facilite l'identification des zones d'Interventions prioritaires.

Cependant, l'on peut déplorer le fait que ces RMA ne soient pas suffisamment utilisés par les structures qui les élaborent afin de prendre des décisions localement. Certaines structures de santé n'analysent pas les données qu'elles collectent. Généralement, les données collectées par les formations sanitaires sont systématiquement envoyées aux niveaux supérieurs à travers le DHIS 2 afin de pallier au problème de promptitude. Les ECD ont pour la plupart été formées sur l'élaboration des rapports trimestriels et des canevas y relatifs ont été mis à leur disposition. Cependant, ces dernières peinent encore à les produire à cause de la surcharge de travail et du chevauchement entre les activités planifiées qui empêchent un suivi et une

reddition des comptes appropriés. A cela, l'on peut ajouter le fait que les rapports fournis par les niveaux inférieurs soient rarement suivis de feedback.

Tableau 19 : Complétude Globale des RMA par Région de Janvier 2017 à Novembre 2020 en %

REGION	2017	2018	2019	2020
Adamaoua	7,7	98,8	99	85
Centre	3,8	83,3	98,2	85,8
Est	90,5	95,2	95,6	85,5
Extreme Nord	17,9	95,1	106,8	85,3
Littoral	3	42,7	87,3	65,1
Nord	7,6	91,3	100,1	91,8
Nord Ouest	6,2	61,8	79,4	69,6
Ouest	3,3	85,6	97,1	87,9
Sud	5,8	51,6	95,8	83,9
Sud Ouest	32,3	61,9	80,2	74,8
National	11,4	72,8	93,9	80,1

Source : DHIS2 MINSANTE

Il est également à relever ici que l'information sanitaire actuelle telle qu'elle est collectée ne permet pas de rendre disponible l'information sur l'état civil. Cela s'explique en partie par le fait que la supervision des FOSA s'intéresse très peu aux questions d'enregistrement des faits d'état civils.

3.6.2. SITUATION DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

La recherche en santé reste un secteur d'activités dont les compétences sont réparties entre plusieurs départements ministériels (MINSANTE, MINRESI et MINESUP etc.). Selon le Décret N°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, le MINSANTE comporte en son sein une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) qui a pour missions principales la promotion de la recherche opérationnelle, la production et la vulgarisation de ses résultats, la promotion de l'éthique et le suivi des questions relatives à la bioéthique. La DROS a coordonné en 2013 l'élaboration du Plan Stratégique National de la Recherche Opérationnelle en Santé 2014-2018 qui s'est faite de façon conjointe avec toutes les parties prenantes ; l'évaluation et l'actualisation de ce plan sont prévues pour 2022. De nombreux problèmes ont été identifiés dans le domaine de la recherche en santé.

- *Coordination insuffisante*

Avec la variété d'acteurs intervenants dans la recherche, il a été mis sur pied par décision N°0286/D/MSP/CAB du 05 juillet 2004 une Commission Consultative Scientifique et Stratégique de la Recherche en Santé (CCSRS) au Ministère de la Santé Publique pour échanger notamment sur les questions et les priorités de recherche en fonction de l'actualité sanitaire.

Seulement, cette commission connaît un fonctionnement irrégulier depuis sa création. Cette situation induit le fait que les travaux de recherche menés portent majoritairement sur la maladie au détriment des autres domaines (système de santé et promotion de la santé). Le choix des sujets de recherche est laissé à l'investigateur, lui-même influencé par la disponibilité du financement et les exigences du bailleur de fonds.

- *Insuffisance du cadre juridique sur la recherche*

Plusieurs instruments réglementaires (tels que la décision N°0689/D/MINSANTE/SG/DROS du 29 juillet 2009 portant conditions de délivrance de l'Autorisation Administrative de Recherche en Santé Humaine au Cameroun et la lettre-Circulaire N°D36-13/LC/MINSANTE/SG/DROS/YC du 09 février 2011 relative à la Mise en Œuvre de la Recherche Opérationnelle en Santé au Cameroun) ne sont pas observés et appliqués dans la mise en œuvre de certains projets de recherche. Ces textes stipulent notamment que toute recherche doit être mise en œuvre à la suite de l'obtention de la double clairance administrative et éthique. On observe cependant une inadéquation entre le nombre d'Autorisations Administratives de Recherche (en moyenne 30 par an) délivrés par le MINSANTE et le nombre de clairances éthique (en moyenne 80 par an) délivrés par le Comité National d'Éthique de la Recherche en Santé Humaine (Rapports annuels de performance DROS et CNERSH).

- *Encadrement juridique et éthique insuffisants*

La recherche en santé ayant pour sujet l'homme, elle nécessite un encadrement éthique rigoureux. Il n'existe pas à ce jour une loi/décret spécifiquement destiné à encadrer ce domaine d'activités : pas de code éthique en matière de recherche en santé, ni de textes législatifs ou réglementaires satisfaisants sur le sujet.

- *Financement insuffisant*

Les recommandations internationales prescrivent qu'au moins 2% des budgets des ministères en charge de la santé et au moins 5% des fonds d'aide au développement soient affectés à la recherche en santé. A ce jour cette proportion est faible (moins de 1%). En 2020, l'actualité sanitaire a permis de relever que 43% des projets de recherche autorisés par le MINSANTE ont porté sur la COVID-19 et tous financés par des fonds étrangers.

- *Faible dissémination, exploitation et valorisation des résultats*

Le processus de prise de décisions sur des bases factuelles au Cameroun est encore en cours de maturation. Cette situation s'explique par la faible capacité nationale partant de la conception, la mise en œuvre des projets de recherche jusqu'à la restitution et la traduction de leurs résultats en propositions d'actions (Notes d'Informations Stratégiques, Policy briefs) ou en articles scientifiques. Aussi, les recommandations formulées dans les résultats de travaux de recherche sont faiblement considérées dans la prise de décision. De plus, dans les budgets de ces projets, il n'est pas systématiquement prévu une ligne budgétaire pour la dissémination de leurs résultats.

Vulgarisation des résultats de la recherche

Plusieurs rencontres scientifiques (fora, conférences, journées scientifiques,) sont organisées en routine en vue de restituer les résultats de travaux de recherches menés au Cameroun. L'année 2020 ayant limité les rencontres scientifiques du fait des contraintes liées à la COVID-19, on est passé de 33% à 61% de projets autorisés dont les résultats ont été restitués respectivement entre 2020 et 2021 (DROS, rapports annuels de performance 2020 et 2021). Aussi, l'existence d'une bibliothèque virtuelle permet la vulgarisation/publication de la documentation scientifique produite dans le secteur santé notamment les résultats de la recherche. Elle est accessible à l'adresse www.cdncss.minsante.cm.

Production des bases factuelles à partir des travaux de recherche en santé

Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS-H) est une unité de recherche créée en 2008 au sein de l'Hôpital Central de Yaoundé qui vise à contribuer à la prise de décision éclairée en collectant, synthétisant, reformatant et communiquant les bases factuelles issues de la recherche sous une forme attractive et lisible pour les décideurs. Cette unité, de même que l'Observatoire Nationale de la Santé Publique, travaille de concert avec la DROS pour la production et l'utilisation de bases factuelles.

Renforcement de la gouvernance de l'éthique en recherche pour la santé humaine

Le projet BREEDSAFCA (Strengthening the regulatory framework on ethical review and drug safety monitoring in Cameroon) financé par EDCTP et mis en œuvre entre 2019 et 2021, a permis à la DROS d'élaborer d'importants documents : (i) le « Guide de procédures d'évaluation éthique et administrative des protocoles de recherche en santé humaine » et (ii) les textes portant création, organisation et fonctionnement des comités d'éthique de la recherche pour la santé humaine au sein des structures du ministère en charge de la santé publique, fixant le montant des frais d'évaluation des protocoles de recherche, fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement du secrétariat technique du Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine, fixant les modalités et les conditions de réalisation de la recherche sur la santé humaine au Cameroun.

Encadrement juridique et éthique

Des initiatives sur l'élaboration des projets de loi sur la recherche impliquant la personne humaine et sur la Procréation Médicalement Assistée ont débuté depuis 2017 et sont en cours de finalisation. On peut également relever la mise en place de comités d'éthique régionaux à l'Ouest, au Littoral et au Nord.

Coordination et suivi des activités de recherche en santé

Il y a une collaboration croissante entre la DROS, les directions techniques et programmes prioritaires disposant de financements dédiés à la recherche. Une initiative de réseautage en collaboration avec des PTF du domaine du VIH (CAM–HERO 2020) a été lancée en vue de coordonner les travaux de recherche y relatifs. Les activités de sensibilisation systématique des investigateurs sur la régulation de la recherche sont menées en routine et lors des missions de suivi de la mise en œuvre des projets de recherche. Au niveau opérationnel, les données sont collectées, analysées et transmises au niveau supérieur mais celles-ci ne font pas l'objet d'une recherche opérationnelle. Ceci est dû au manque de moyens financiers, motivation, compétence technique et la ressource humaine qualifiée.

3.7. GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE

3.7.1. GOUVERNANCE

Cadre législatif et règlementaire

En l'absence d'un code de santé publique intégré, de nombreux textes juridiques encadrent les principales fonctions et interventions de santé. Cependant, plusieurs domaines de la santé publique ne disposent pas d'un encadrement juridique approprié. Il s'agit notamment de : la bioéthique (assistance médicale à la procréation, don d'organes, transplantations, etc.) ; de l'exercice de la médecine traditionnelle et du développement des médecines alternatives ; des prestations des soins de santé ambulatoires, etc.

Par ailleurs, la tarification des actes médicaux et soins est régie dans les sous-secteurs public et privé respectivement par deux décrets : le décret n°62/DF/62 du 1er mars 1962 portant fixation pour la santé publique des tarifs de consultation, visites, accouchements, certificats médicaux ainsi que la valeur des lettres clefs de la nomenclature des actes professionnels pour la médecine privée d'une part, et le décret n°63/DF/141 du 24 avril 1963 portant fixation pour la santé publique des tarifs de consultation, visites, accouchements, certificats médicaux ainsi que la valeur des lettres clefs de la nomenclature des actes professionnels d'autre part. Ces instruments juridiques sont obsolètes et les prix pratiqués ne correspondent plus à la situation socioéconomique actuelle du Cameroun. Il en résulte parfois une violation par plusieurs acteurs des dispositions de ces instruments juridiques qui se traduit par la disparité des prix pratiqués aussi bien dans le sous-secteur public que privé.

Le cadre juridique des interventions est aussi caractérisé par une multitude d'actes réglementaires aux dispositions parfois concurrentes, discordantes et obsolètes. Ceci s'explique par :

- le non-respect du circuit d'élaboration des instruments juridiques par les acteurs du système de santé ;
- la méconnaissance des instruments juridiques existants.

Le dispositif institutionnel, organisationnel et structurel mis en place pour gérer les problématiques juridiques dans le secteur de la santé (MINSANTE) est disponible au niveau central à travers la Division des Affaires Juridiques et du Contentieux (DAJC) dont les activités ne sont pas déconcentrées au niveau régional, d'où l'engorgement observé dans cette structure.

Audits et contrôles internes

A l'échelon central, la nécessité d'une mise en œuvre effective des missions de régulation, d'audit et de contrôle statutairement dévolues aux inspections générales couvrant tous les aspects de la gestion du secteur s'imposent. Les actions d'audit et de contrôle sont limitées par l'insuffisance de moyens logistiques et financiers, ainsi que par l'absence de mise en œuvre des recommandations issues des missions d'inspection à tous les niveaux¹⁴⁶. Pour pallier cette dernière difficulté, des brigades de contrôle ont été créées et dotées de personnels dans les Délégations Régionales de la Santé Publique¹⁴⁷. Ces Brigades de Contrôle restent très peu active et ont besoin d'un renforcement des capacités.

Lutte contre la corruption et redevabilité

Le Gouvernement a adopté une stratégie anticorruption 2010-2017 dont la mise en œuvre concerne tous les secteurs. Une feuille de route basée sur l'approche « PRECIS » (Prévention, Éducation, Conditions, Incitation et Sanctions) a été élaborée pour accélérer la mise en œuvre des stratégies anticorruption, avec comme conditions de réussite la redevabilité, la transparence, la consolidation de l'État de droit et la décentralisation. Les organisations de la société civile ont été mises à contribution à travers plusieurs initiatives telles que CHOC (Changer les attitudes, Opposition à la Corruption).

Il existe un Comité ministériel de lutte contre la corruption, coordonné par l'Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires. En outre, des comités internes de lutte contre la corruption ont été mis en place dans les hôpitaux publics et des supports de transparence et de dénonciation (boîtes à plaintes et à suggestion, etc.) ont été installés. Les Initiatives à Résultats Rapides (IRR) de lutte contre la corruption ont été mises en œuvre avec l'appui de la CONAC dans les hôpitaux. Les jalons desdites IRR ont été traduits en mesures de renforcement de la gouvernance et de sécurisation des recettes et des biens des hôpitaux.

Au niveau national, la redevabilité reste un problème important dans le système de santé et représente un frein à l'appropriation de la mise en œuvre de la SSS par tous les acteurs. A ce jour, plusieurs dispositifs institutionnels (rapport mensuel d'activités, rapports annuels d'activités, rapport annuel de performance, etc.) sont mis en place pour que les autorités de la santé, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, puissent rendre compte de la mise en œuvre de leurs activités. La mise en place des plateformes d'échanges (Conférence annuelle des responsables, Réunions de coordination, Comités de pilotage et de suivi, CCIA, etc.) met

en relief le souci et la volonté des pouvoirs publics d'associer toutes les parties prenantes à la mise en œuvre de la SSS et à la prise de décisions. Mais, l'insuffisance des ressources financières pour l'organisation des réunions de coordination, surtout au niveau déconcentré, limite leur fonctionnalité.

Contrôle social

Le contrôle social des interventions de santé dont l'une des modalités est la participation communautaire aux activités du système de santé est « assez faible »¹⁴⁸. Les structures de dialogue existent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et devraient participer aux interventions de co-financement et de cogestion des structures de santé. Mais, elles sont peu fonctionnelles pour la plupart. Toutefois, il y a lieu de relever le fort impact de la société civile et des associations des malades dans le contrôle des interventions de santé.

3.7.2. PILOTAGE STRATÉGIQUE

Le pilotage/gestion stratégique consiste à conduire une organisation vers l'atteinte des objectifs préalablement définis en utilisant de façon efficace et efficiente les ressources disponibles. Dans ce document, la description et l'analyse du pilotage stratégique du secteur de la santé s'articule autour de quatre principaux axes à savoir : (i) la veille stratégique, (ii) la planification et la coordination stratégiques, (iii) le suivi-évaluation des interventions, (iv) le partenariat pour la santé.

Veille Sanitaire

Dans le secteur de la santé, le dispositif de veille sanitaire est organisée autour de l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) créé en 2010. L'une de ses principales missions est d'assurer la surveillance de l'état de santé des populations, des cohortes d'intérêts épidémiologiques afin de prévenir l'extension des épidémies et/ou de pandémies. Cependant, l'ONSP peine à implémenter efficacement cette mission du fait l'insuffisance des ressources humaines, financières et technologiques.

Planification, coordination et veille stratégique dans le secteur santé

Planification Stratégique

La planification stratégique dans le secteur santé a pour cadre de référence la Vision Cameroun 2035, déclinée dans le DSCE pour la période 2010-2020 et la SND30 pour la période 2020-2030. Elle s'est opérationnalisée dans le secteur santé à travers les SSS 2001-2015, la 2016-2027 et la SSS actualisée 2020-2030. Mais l'on note une faible mise en œuvre de ces cadres de référence du fait de leur faible vulgarisation, appropriation et utilisation pour la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'accent est plutôt mis sur la

programmation et la budgétisation au détriment de la planification opérationnelle et de l'arrimage à la stratégie sectorielle de santé décliné dans le PNDS.

Par ailleurs, aux niveaux régional et opérationnel, l'on a constaté une faible disponibilité des documents de référence du secteur santé (SSS 2016-2027 ; PNDS 2016-2020, PISE, etc.) d'où la faible appropriation des orientations stratégiques à ces niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, la majorité des districts de santé enquêtés a affirmé avoir élaboré leurs Plans de Développement Sanitaire de Districts, mais ceux-ci ont été insuffisamment mis en œuvre et a connu une faible appropriation. Ce problème s'est posé avec plus d'acuité dans la région du Littoral et une partie de la région du Centre où l'élaboration des PDSD n'a pas eu lieu pendant le cycle programmatique 2016-2020.

Coordination Stratégique

En ce qui concerne la coordination, le secteur santé reste caractérisé par une multiplicité d'instances de coordination. En effet, la plupart des programmes et projets de santé disposent d'une instance de pilotage et d'orientation à caractère intersectoriel ou interministériel au niveau central (Instance de Coordination Nationale pour les financements du Fonds Mondial de lutte contre la TB, le VIH ; le Paludisme, le Comité de Coordination Inter Agence, etc.). Ces instances de coordination des programmes verticaux ne disposent pas d'une instance faitière de suivi. Ces problèmes de coordination et de pilotage stratégique se répercutent également au niveau régional. La majorité des acteurs interrogés au niveau régional ont affirmés que les mécanismes de coordination multisectoriels n'étaient pas adéquats bien qu'existant. Les Comités de Coordinations Administratives (CCA) dirigées par les autorités administratives servent de cadre de concertation multisectorielle pour débattre des questions de développement au niveau régional et opérationnel. Mais celles-ci ne permettent pas d'aborder suffisamment les questions de santé en vue de leur résolution.

Pour le MINSANTE, un comité interne de gestion de la chaîne Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-Évaluation (PPBS) a été mis en place en 2009. Pour assurer son fonctionnement annuel, un acte signé du Ministre de la Santé Publique a actualisé la composition dudit comité. Cependant, les réunions y relatives ne sont pas fréquemment tenues. Il convient de relever que les activités de planification du niveau central ne sont pas des agrégations des besoins exprimés par les niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire. Par conséquent, les dotations budgétaires sont faites de manière égalitaire sans prise en compte des spécificités des différentes régions et structures. Avec la réforme budgétaire intervenue en 2007 et revue en 2018, puis l'instauration du budget programme en 2013, le rôle de la Chaîne PPBS a été mieux défini et renforcé. Un décret du Chef de l'Etat de 2018, fixe le calendrier budgétaire et précise pour chaque étape (planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-Évaluation), la démarche, les activités, le chronogramme, les acteurs, les résultats attendus et les livrables.

Veille Stratégique

La veille stratégique dans le secteur santé consiste en la prospective afin de collecter les informations stratégiques nécessaires pour anticiper les évolutions et les innovations dans le domaine de la santé. Il s'agit d'une action continue qui vise la surveillance active de l'environnement externe en vue d'anticiper les évolutions et d'assurer la flexibilité du système de santé. C'est donc une aide à la prise de décision utile au pilotage stratégique et la décision opérationnelle dans la mise en œuvre des interventions de santé. Ce rôle devrait être assuré par le Secrétariat Technique de la sous-commission sectorielle du secteur santé.

Suivi - évaluation

Le Plan Intégré de Suivi-Évaluation (PISE) de la SSS 2016-2020 a été validé mais sa mise en œuvre n'a pas encore été évaluée. Dans la majorité des cas, les rapports annuels sont produits par les structures de santé, puis transmis aux niveaux supérieurs mais sont rarement partagés au grand public. Pourtant, il conviendrait que chaque structure puisse diffuser les rapports validés à la communauté.

L'on peut également relever que, les structures des niveaux supérieurs ne font pas systématiquement des feedbacks lorsqu'ils reçoivent des rapports. En outre, les niveaux inférieurs initient très peu de rapports de manière spontanée.

En outre, à la faveur de réforme budgétaire au sein de l'administration du Cameroun, le contrôle de gestion a été institué comme mécanisme de suivi-évaluation et outil d'aide au pilotage de la performance. Son déploiement est progressif.

Une avancée majeure a été réalisée avec l'introduction du DHIS2 pour le reporting des données sanitaires du rapport mensuel d'activités des FOSA et d'autres programmes spécifiques. Avec une complétude d'environ 90%, le DHIS2 permet la collecte mensuelle des données de 6 202 FOSA enrôlées. Il permet également la remontée hebdomadaire des données de la surveillance épidémiologique. Il constitue la principale source de données pour le suivi-évaluation des activités et interventions de santé. Il présente cependant des faiblesses, notamment en ce qui concerne la collecte des données de santé communautaire et son découpage sanitaire qui ne permet pas une lecture et compilation des données selon le découpage administratif. Des actions sont en cours pour renforcer le DHIS2 sur ces deux aspects.

Partenariat pour la santé

Le secteur santé a développé une véritable dynamique partenariale grâce à laquelle il a élargi son réseau de partenaires tant sur le plan national qu'international.

Sur le plan international, le Cameroun est membre des partenariats globaux pour la santé, à l'instar de l'International Health Partnership (IHP+); GAVI alliance, Global Health agenda etc.

Il coopère en outre avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui soutiennent la santé à l'échelle internationale.

Sur le plan national, le portefeuille du partenariat compte plusieurs centaines d'acteurs : les départements ministériels, les Institutions et organismes sous tutelle, les entreprises publiques et privées, les Collectivités Territoriales Décentralisées, les ONG et les associations.

Le cadre institutionnel et technique de coordination actuel nécessite un renforcement et des appuis multiformes pour animer, capitaliser et rentabiliser cet important patrimoine partenarial. Par ailleurs, la recherche partenariale gagnerait à être plus offensive pour anticiper le retrait annoncé de certains partenaires.

CHAPITRE 4 : PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR SANTE

L'analyse situationnelle qui a pris en compte les orientations de la SND30, la SSS 2020-2030 et des recommandations de l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 échu a permis d'identifier les problèmes prioritaires du secteur santé pour le cycle 2021-2025. Ces derniers sont articulés autour des 5 axes stratégiques de la SSS 2020-2030.

4.1. PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION

- Faible prise en compte des déterminants sociaux de santé dans l'offre des services et soins de santé et des politiques publiques (nutrition assainissement, hygiène du milieu et de l'environnement, etc.) ;
- Synergie d'intervention intersectorielle insuffisante ;
- Faible implication des collectivités territoriales décentralisées dans les interventions de promotion de la santé ;
- Faible fonctionnalité des mécanismes d'adhésion des populations au CSU.

4.2. PREVENTION DE LA MALADIE

- Sous-estimation par les acteurs du secteur santé des avantages comparatifs de la prévention de la maladie par rapport à la prise en charge des cas ;
- Campagnes de prévention et de dépistage des maladies faiblement exécutées particulièrement dans les aires de santé ;
- Faible disponibilité des données pour une meilleure prise de décisions relative à la prévention de la maladie ;
- Faible utilisation des services de prévention offerts ;
- Faible prise en compte du volet prévention lors de l'élaboration des stratégies de riposte en cas d'épidémie ;
- Décentralisation insuffisante de la riposte aux épidémies ;
- Mise en œuvre des interventions à haut impact sur la santé de la mère de l'enfant, du nouveau-né et de l'adolescent insuffisantes.

4.3. PRISE EN CHARGE DES CAS

- Insuffisance du développement du réseau national des SONUB et SONUC ;
- Qualité de l'offre de soins et services de santé insuffisante (qualité du diagnostic et de la prise en charge curative des cas, offre du PMA et du PCA) ;
- Préparation, détection et riposte tardive dans la prise en charge des cas de MAPE ;
- Faible organisation de la prise en charge communautaire des cas ;
- Respect insuffisant des directives nationales en matières de prise en charge ;
- Faiblesse du système d'approvisionnement en intrants et stocks ;

- Faible prise en charge des cas des maladies émergentes et ré-émergentes y compris les maladies tropicales négligées
- Prise en compte insuffisante des maladies non transmissibles dans la politique sanitaire ;
- Faible dispositif de prise en charge des handicaps corrigeables.

4.4. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

- Insuffisance dans la mise sur pied de nouveaux mécanismes de financement au niveau opérationnel notamment ceux permettant aux structures de dialogue de fonctionner de manière effective ;
- Faible existence des mécanismes de mutualisation du risque maladie ;
- Accessibilité physique et financière aux formations sanitaires limitée ;
- Inexistence d'un mécanisme de suivi des ressources allouées à la santé dans les différentes administrations partenaires et les collectivités territoriales décentralisées. ;
- Faible mobilisation des ressources allouées à la mise en œuvre du PNDS pour tous les axes stratégiques ;
- Accessibilité financière aux soins et services de santé de qualité limitée pour les populations vulnérables ;
- Ressources humaines quantitativement et qualitativement insuffisantes et inéquitablement réparties dans les régions ;
- Faible mise en œuvre des mécanismes de motivation et de fidélisation des RHS ;
- Plateau technique et infrastructures sanitaires insuffisants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Dotation insuffisante des Services de Santé de Districts de véhicules 4x4 et les CSI/CMA des motos tout terrain pour effectuer régulièrement les supervisions y compris en matériel de la chaîne de froid ;
- Faible évolution des Districts de Santé vers la viabilisation ;
- Faible utilisation des structures et des services de santé ;
- Faible utilisation des médicaments et produits pharmaceutiques de qualité
- Persistance du faux médicament et du trafic illicite des produits pharmaceutiques ;
- Faible valorisation du potentiel pharmaceutique local ;
- Faible développement de la recherche en santé et prise de décision pas toujours basée sur des données probantes.

4.5. GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE

- Insuffisances dans l'application effective des mécanismes de planification, de coordination et de suivi-évaluation des interventions du secteur santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Faible mise en application des mécanismes de redevabilité, de reddition des comptes et des audits de Fosa ;
- Faible diffusion et appropriation des documents de références à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Faible implication des acteurs clés du secteur santé aux activités de planification, coordination et suivi-évaluation.

CHAPITRE 5 : OBJECTIFS, CIBLES ET CADRE D'INTERVENTION DU PNDS

5.1. OBJECTIFS ET CIBLES DU PNDS 2021-2025

5.1.1. OBJECTIF GLOBAL DU PNDS

Objectif global du PNDS: Améliorer l'accès des populations aux services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité

Autrement dit, le Cameroun ambitionne d'offrir un accès universel aux services essentiels de santé de qualité, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination. C'est dans cette perspective que s'inscrit résolument le PNDS 2021–2025 qui privilégie le renforcement du système de santé et la gouvernance pour la réalisation optimale des interventions à haut impact, capables de réduire significativement la mortalité et la morbidité chez toutes les cibles, avec un accent particulier pour les plus vulnérables (cible mère-enfant).

La mise en œuvre du PNDS s'articulera autour de 3 axes verticaux, à savoir (i) la promotion de la santé et nutrition, (ii) la prévention de la maladie, (iii) la prise en charge des cas ; et de 2 axes transversaux qui sont (iv) le renforcement du système de santé et (v) la gouvernance et le pilotage stratégique.

5.1.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET CIBLES DU PNDS

Dans l'ensemble, les interventions développées dans le cadre d'intervention on pour assurer but d'assurer la réalisation des cibles prioritaires du cycle 2021-2025. Celles-ci sont synthétisées dans le tableau ci-après :

OBJECTIFS SPECIFIQUES	CIBLES
AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION	
Sous axe stratégique 1.1 : Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la promotion de la santé	
Objectif spécifique PS 1.1 : Renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé	Faire passer la proportion des DS disposant des COSADI fonctionnels de 94.2% à 95%
	Faire passer le ratio d'ASC par habitants à 1 pour 1000 habitants
	Atteindre un taux de complétude du RMA Communautaire de 100%
	Améliorer la proportion du budget des CTD allouées aux FOSA dans le cadre de la décentralisation
	Améliorer de 30% 35% le taux d'accès des populations autochtones aux services sociaux de base (notamment la santé) et à la vie publique

	Améliorer la proportion du budget des FRPS alloués à l'appui des COSADI
Sous-axe stratégique 1.2 : Cadre de vie des populations	
Objectif spécifique : 1.2 Améliorer le cadre de vie des populations	Faire passer le pourcentage des ménages utilisant les toilettes améliorées de 57.9% à 75%
	Réduire la proportion des ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner en la faisant passer de 78% à 50%
	Améliorer la proportion des ménages ayant accès à l'eau potable en la faisant passer de 79% à 90%
	Réduire le Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) (ODD 3.9.2.) de 45,2 pour 100 000 habitants à 25 pour 100 000 habitants
	Faire progresser de 55% à 75% la proportion des districts de santé qui mettent en œuvre l'assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)
	Améliorer la proportion d'entreprises assujetties ayant un Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS) installé et fonctionnel de 25% à 40%
	Réduire le nombre d'accident de travail (mortels et non mortels) de 684 à 382
	Améliorer la proportion des ménages vivants dans un habitat décent de 35% à 35,5%
	Améliorer la proportion des ménages ayant accès à un système d'assainissement de 2,5% à 3 %
	Améliorer la capacité de production journalière d'eau en la faisant passer de 1 100 000m ³ /jours à 1 600 000m ³ /jours
	Faire passer le taux de desserte en eau potable de 47% à 55%
	Faire progresser le taux de desserte en infrastructure d'assainissement autonome amélioré de 45% à 61%
	Faire passer la quantité de déchets urbains solides éliminés de façon adéquate de 7000 à 11000 tonnes
	Réduire le pourcentage des personnes vulnérables au changement climatique de 1,3 % à 1 %
Sous axe stratégique 1.3: Renforcement des aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés	
Sous axe stratégique 1.3 : Développer des actions de promotion de la santé afin de renforcer les aptitudes	Réduire de 24% à 17% la prévalence des grossesses chez les adolescentes
	Réduire la prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus de 4.3% à 2%

favorables à la santé des individus et des communautés	Réduire le taux de malnutrition chronique des femmes enceintes ou allaitantes de 39.4% à 20%
	Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire de 10 à 7 %
	Faire passer de 50 à 70% la proportion des cibles touchées lors des activités de sensibilisation sur la lutte contre la consommation de la drogue en milieu scolaire et extra-scolaire
	Réduire de 473 à 385 le nombre de mort due aux accidents de la route
	Assurer la disponibilité d'une source d'approvisionnement en eau potable dans 100 % des établissements scolaires
	Réduire de 29% à 26% le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans
Sous Axe stratégique 1.4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement	
Objectif spécifique PS 1.4 : Amener les familles à adopter les pratiques familiales essentielles, notamment la planification familiale et l'enregistrement des naissances	Améliorer la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer en la faisant passer de 15% à 30%
	Réduire de 23% à 13% la proportion des besoins non satisfaits en PF
	Réduire de 24% à 15% le taux de fécondité chez les adolescentes 15 à 19 ans pour 1 000 adolescentes
	Réduire la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans de 10.7% à 8%
	Réduire la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans de 29,8% à 20%
	Réduire de 31.5% à 25% la proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire
	Réduire de 15 à 10% la proportion d'enfants ayant subi au moins une forme de violence ou d'abus
Assurer l'établissement d'un acte de naissance à au moins 95 % de naissances vivantes enregistrées	
AXE STRATEGIQUE 2 : PREVENTION DE LA MALADIE	
Sous Axe stratégique 2.1 : Prévention des Maladies Transmissibles	
Objectif spécifique 2.1 : Réduire l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et d'éliminer	Réduire l'incidence du VIH de 40 0000 à 1,7‰
	Réduire la prévalence du VIH de 2.70% à 3.7%
	Réduire la prévalence de l'hépatite virale B de 8.30% à 6%
	Faire passer la couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose de 81% à 86%

certaines MTN (filariose lymphatique et THA)	Réduire le taux de prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de 24% à 16%
	Faire passer le % de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV de 63,91% à 95%
	Faire passer le taux de prévalence des maladies transmissibles en milieu carcéral de 20% à 14%
	Réduire l'incidence de la tuberculose TPM+ de 194 nouveaux cas pour 100 000 habitants à 1.7%
	Assurer le déparasitage de 100% d'enfants en âge scolaire
Sous axe stratégique 2.2: Surveillance et réponse aux maladies a potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de sante publique	
Objectif spécifique 2.2 : Réduire les risques de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique, y compris les zoonoses	Améliorer de 61% à 90% la proportion d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées
	Faire progresser la proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national de 52% à 90%
	Faire passer la couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3) de 88% à 95%
	Améliorer la couverture vaccinale au RR1 de 73.9% à 85%
	Améliorer l'Indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International (RSI) de 40% à 100%
Sous axe stratégique 2.3 : SRMNEA et PTME	
Objectif spécifique 2.3 : Accroître la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né, et enfant	Faire passer le taux de couverture en CPN 4 de 65% à 95%
	Réduire de 3% à 1% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (proportion d'enfants exposés séropositifs)
	Réduire la proportion de nouveau-nés ayant moins de 2500 g en la faisant passer de 7% à 5%
	Améliorer de 50% la proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)
	Amener 100% d'HD et assimilés du DS à offrir les SONUC selon les normes (9 fonctions)
Sous axe stratégique 2.4 : Prévention des maladies non transmissibles	
Objectif spécifique 2.4 : Réduire la prévalence des principales maladies non-transmissibles	Réduire la prévalence du Diabète type 2 chez les adultes ayant au moins 18 ans de 2.85% à 1%
	Réduire le taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques de 22% à 18%
	Réduire de 25% prévalence Hospitalière de l'HTA

	Faire passer l'incidence du cancer du Col de l'utérus de 21% à 12%
	Assurer à 100 % l'accompagnement et l'assistance psychologique des militaires revenus d'une OPS
	Réduire de 21 à 12 % le pourcentage de cibles touchées lors des campagnes de sensibilisation sur la prévention du handicap et des maladies invalidantes chez l'enfant
PRISE EN CHARGE DES CAS	
Sous axe stratégique 3.1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles	
Objectif spécifique 3.1 : Assurer une prise en charge curative selon les normes des maladies transmissibles et non-transmissibles, ainsi que leurs complications	Faire passer de 86% à 89% le taux de succès thérapeutiques des malades tuberculeux à bacilloscopie positive
	Réduire de 35.7 à 24% le taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans
	Améliorer la proportion des cas d'ulcère de Buruli guéris sans complications en la faisant passer de 82% à 98%
	Réduire de 20% à 10% le taux de mortalité péri-opératoire dans les hôpitaux de 4ème catégorie
	Réduire le taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière de 107 Décès pour 100 000 à 96 Décès pour 100 000
	Augmenter le pourcentage des personnes âgées qui bénéficient d'une assistance sanitaire et psychosociale de 8000 à 25000
Sous axe stratégique 3.2 : Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents la santé	
Objectif spécifique 3.2 : Assurer une prise en charge globale des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, selon les normes dans les structures sanitaires	Améliorer de 60.4% à 90% la proportion de nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance
	Améliorer de 9% à 25% la proportion des cas de fistules obstétricales réparées
	Améliorer de 3.5% à 8% le taux d'accouchements par césarienne
	Réduire le taux de mortalité maternelle de 406 à 300 /100 000 NV
	Réduire le taux de mortalité néonatale de 28/1000NV à 17/1000NV
	Réduire le taux de mortalité infantile de 48/1000NV à 36/1000NV
	Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 80/1000 NV à 62/1000NV
	Faire passer de 35% à 100% le pourcentage des Femmes Enceintes diagnostiquées de syphilis en CPN et qui reçoivent un traitement selon les normes
	Améliorer la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 61.3% à 75%
	Faire passer à 100% la proportion de naissances vivantes ayant abouti à une déclaration de naissance
Sous axe stratégique 3.3 : Urgences et événements de santé publique	

Objectif spécifique 3.3 : Assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, des catastrophes et des crises humanitaires, selon les procédures opératoires standards (POS)	Faire passer de 77% à 100% la proportion d'urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé au niveau national
	Faire passer de 10% à 60% la proportion des Hôpitaux de District offrant une transfusion sanguine selon les normes
	Atteindre une proportion de 100% de DS disposant d'une ambulance médicalisée et dont le système de référence contre référence est fonctionnel
	Atteindre une proportion de 100% de Centres d'opérations d'urgence régionales qui dispose des RHS requises
Sous axe stratégique 3.4 : Prise en charge du Handicap	
Objectif spécifique 3.4 : Réduire la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigible	Proportion des patients souffrant de cataracte et ayant recouvré une acuité visuelle supérieure à 3/10 une semaine après l'intervention chirurgicale
	Nombre de personnes handicapées pris en charge dans les centres de réadaptation fonctionnels
AXE STRATEGIQUE 4: RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	
Amener 75% des DS à atteindre la phase de consolidation	
Sous axe stratégique 4.1 : Financement de la santé	
Réduire les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable	Réduire de 52% à 30% la proportion des dépenses de santé supportées par les ménages
	Améliorer de 20% à 60% le taux de personne couvertes par un mécanisme de protection sociale en santé
	Faire passer à 15% la proportion du budget de la santé dans le budget national (SND30)
	Faire passer de 45% à 65% la proportion des mutuelles de sécurité sociale couvrant au moins trois (03) risques
	Faire passer de 22.7% à 23% la proportion de la population active occupée couverte pour au moins trois (03) risques
Sous axe stratégique 4.2 : Offre de soins et de services	
Assurer le développement harmonieux des infrastructures, des équipements et la disponibilité des paquets de services et de soins de santé, selon les normes, dans les formations sanitaires de 3 ^{ème} , 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} catégories	Atteindre une Proportion de 100% d'HD construits selon les normes
	Atteindre une proportion de 100% de SSD construit selon les normes
	Faire passer à 100% le pourcentage d'HD et assimilés qui délivrent le PCA complet
	Améliorer le nombre de patients soignés dans les structures et formations médicales militaires de 253 478 Patients à 260 000
	Faire passer de 20% à 33% la proportion d'établissement de santé de première ligne (CSI et CMA) qui délivrent le PMA complet
Sous axe stratégique 4.3 : Médicament et autres produits pharmaceutiques	

Accroître la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé	Amener à 100% la proportion des formations sanitaires qui disposent d'un ensemble de base de médicaments essentiels disponibles et abordables de manière durable
	Amener à 0% la part des médicaments de la rue dans l'offre totale des médicaments
	Faire évoluer la part des médicaments traditionnels dans l'offre totale des médicaments à 25%
Sous axe stratégique 4.4 : Ressources humaines en santé	
Augmenter, selon les besoins priorités, la disponibilité des RHS	Améliorer de 52% à 60% le pourcentage des structures sanitaires dotées d'au moins 50% des ressources humaines selon les normes
	Faire évoluer la Proportion de médecins par habitant à 1 pour 10 000 habitants
	Améliorer le Nombre d'étudiants formés par ans en santé humaine et animal de 4400 à 5000
Sous axe stratégique 4.5 : Information sanitaire et recherche en santé	
Assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité, pour une prise de décision basée sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Faire passer le taux de promptitude des RMA dans le DHIS2 de 56,6% à 80%
	Faire passer à 80% le taux de complétude des RMA dans le DHIS2
	Améliorer de 70% à 80% proportion des résultats de recherche ayant fait l'objet d'une restitution
	Améliorer le pourcentage de projets de recherche autorisés dont les résultats ont été publiés de 90% à 100%
	Faire passer à au moins 70% la proportion de décès survenus en milieu sanitaire qui ont été déclarés au Centre d'état civil compétent
	Faire passer à au moins 70% la proportion de décès dont la cause a été identifiées et documentée
AXE STRATEGIQUE 5 : GOUVERNANCE & PILOTAGE STRATEGIQUE	
Améliorer le taux de réalisation des objectifs de la SSS 2020-2030 en le faisant passer de 32% à 80%	
Sous axe stratégique 5.1 : Gouvernance	
Objectif spécifique 5.1: Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité	Améliorer le taux de réalisation des objectifs de la SSS 2020-2030 de 32% à 80%
	Faire passer de 0% à 100% la proportion du budget alloué aux priorités programmatiques
	Réduire de 50% le taux de déperdition des ressources allouées aux structures du niveau opérationnel
	Auditer et contrôler au moins 60% de structures de santé par an
Sous axe stratégique 5.2 : Pilotage stratégique	

Objectif spécifique 5.2: renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire	Améliorer le taux de réalisation des missions d'inspection (niveau central) et de supervision intégrée (DRSP et des DS) à 100%
	Amener 100% de DRSP à renseigner le tableau de bord de suivi des performances projetées dans le PNDS
	Produire 01 rapport annuel de revue sectorielle santé
	Arrimer 100% des PTA des structures du secteur santé au PNDS

5.2. CADRE D'INTERVENTION DU PNDS 2021-2025

Objectif Global de la SSS : Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable

Objectif global PNDS : Améliorer l'accès des populations aux services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité

Tableau 20: Cadre d'intervention

AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION						
Problème central de la composante : Capacités insuffisantes des populations à adopter des comportements favorables en vue de résoudre leurs problèmes de santé						
Objectif stratégique : Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2025						
Sous axe stratégique 1.1 : Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la promotion de la santé						
Objectif spécifique 1.1 : Renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé						
CIBLES :						
<ul style="list-style-type: none"> • Faire passer la proportion des DS disposant des COSADI fonctionnels de 94.2% à 95% • Améliorer le ratio d'ASC par habitants • Atteindre un taux de complétude du RMA Communautaire de 100% • Améliorer la proportion du budget des CTD alloués aux FOSA dans le cadre de la décentralisation • Améliorer de 30% 35% le taux d'accès des populations autochtones aux services sociaux de base (notamment la santé) et à la vie publique • Améliorer la proportion du budget des FRPS alloués à l'appui des COSADI 						
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme			
			2021	2022	2023	2024
1.1.1 Mise à disposition de l'expertise technique et transfert des compétences aux administrations du secteur santé pour une mise en œuvre efficace des actions de promotion de la santé	1.1.1.1.Renforcer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire la disponibilité des intrants de promotion de santé (ressources humaines, financières, médicaments, matériel de sensibilisation, etc.) 1.1.1.2 Renforcer l'offre de formation initiale en santé communautaire	MINSANTE MINSANTE	X X	X X	X X	X X

	1.1.1.3 Renforcer les capacités des services techniques des DRSP/DS dans le domaine de la promotion de la santé	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
1.1.2 Transfert des compétences aux acteurs communautaires pour une appropriation des interventions de santé	1.1.2.1 Apporter un appui technique aux leaders et acteurs communautaires (OBC, OSC, ASC, et Structures de Dialogue) dans la résolution des problèmes de santé de leur environnement	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	1.1.2.2 Stimuler l'auto-assistance et le soutien social au sein des communautés	MINSANTE					X	X
1.1.3 Renforcement du cadre juridique pour une meilleure participation communautaire	1.1.3.1 Elaborer les textes juridiques encadrant participation communautaire	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
1.1.4 Mise à disposition de l'expertise technique et transfert de compétences aux CTD dans le domaine de la promotion de la santé	1.1.4.1 Appuyer les CTD, dans le développement et la mise en œuvre des interventions de promotion de santé et nutrition	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	1.1.4.2 Contractualiser avec les Organisations de la Société Civile afin qu'elles assurent l'accompagnement technique des structures de dialogue	MINSANTE			X			
1.1.5 Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé et de nutrition	1.1.5.1 Elaborer et mettre en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, un Plan pluriannuel et multisectoriel de promotion de la santé et nutrition	MINSANTE	X	X	X	X	X	X

	1.1.5.2. Mise en place d'un dispositif de soutien aux prix d'accès aux nutriments et aliments opérationnels en vue de réduire le prix moyen des nutriments et aliments destinés aux nourrissons	MINSANTE							
	1.1.5.3. Développement d'un mécanisme visant la vulgarisation et la mise en application des normes codex	MINCOMMERCE							
1.1.6: Actualisation des curricula de formation pour une meilleure prise en compte de l'approche socio environnementale dans les programmes d'enseignements	1.1.6.1. Elaborer les curricula de formation qui prennent en compte l'approche socio environnementale dans les programmes d'enseignements	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X
1.1.7: Amélioration de l'offre de services de promotion de la santé répondant aux besoins de l'individu dans sa globalité	1.1.7.1. Développer un niveau de soins et de coordination de l'offre de services communautaires dans le district de santé	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X

Sous axe stratégique 1.2 : Cadre de vie des populations							
Objectif spécifique 1.2 : Améliorer le cadre de vie des populations							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme				
			2021	2022	2023	2024	2025
CIBLES : <ul style="list-style-type: none"> Faire passer le pourcentage des ménages utilisant les toilettes améliorées de 57.9% à 75% Réduire la proportion des ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner en la faisant passer de 78% à 50% Améliorer la proportion des ménages ayant accès à l'eau potable en la faisant passer de 79% à 90% Réduire le Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) (ODD 3.9.2.) de 45,2 pour 100 000 habitants à 25 pour 100 000 habitants Faire progresser de 55% à 75% la proportion des districts de santé qui mettent en œuvre Total Piloté par la Communauté (ATPC) Améliorer la proportion d'entreprises assujetties ayant un Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS) installé et fonctionnel de 25% à 40% Réduire le nombre d'accident de travail (mortels et non mortels) de 684 à 382 Améliorer la proportion des ménages vivants dans un habitat décent de 35% à 35,5% Améliorer la proportion des ménages ayant accès à un système d'assainissement de 2,5% à 3 % Améliorer la capacité de production journalière d'eau en la faisant passer de 1 100 000m3/jours à 1 600 000m3/jours Faire passer le taux de desserte en eau potable de 47% à 55% Faire progresser le taux de desserte en infrastructure d'assainissement autonome amélioré de 45% à 61% Faire passer la quantité de déchets urbains solides éliminés de façon adéquate de 7000 à 11000 tonnes Réduire le pourcentage des personnes vulnérables au changement climatique de 1,3 % à 1 % 							
1.2.1 : Amélioration de l'hygiène du milieu (Eau, hygiène, assainissement, sécurité au travail etc.)	1.2.1.1.Poursuivre la mise à échelle de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) dans les communes/DS	MINSANTE	X	X	X	X	X
	1.2.1.2.Assurer la formation et le déploiement équitable du personnel de génie sanitaire dans les DS	MINSANTE	X	X	X	X	X
	1.2.1.3. Renforcer le dispositif de santé et de sécurité en milieu de travail	MINTSS	X	X	X	X	X
	1.2.1.4. Améliorer la capacité de production journalière d'eau potable	MINEE	X	X	X	X	X

	1.2.1.5. Développer les ouvrages de production, de stockage et de distribution d'eau potable d'une capacité de production journalière inférieure à 100m ³	MINEE		X	X	X	X	X	X
	1.2.1.6. Renforcer le dispositif d'hygiène et assainissement en milieu carcéral	MINJUSTICE		X	X	X	X	X	X
1.2.2 : Promotion de l'urbanisation structurée des villes et aménagement des bidonvilles	1.2.2.1 Améliorer l'accès des populations à un habitat décent	MINHDU		X	X	X	X	X	X
1.2.3 : Renforcement des actions de prévention contre la pollution des sols, de l'eau et de l'air	1.2.3.1 Développer des systèmes d'assainissement en milieu urbain	MINHDU		X	X	X	X	X	X
	1.2.3.2 Améliorer l'accès à l'assainissement liquide	MINEE		X	X	X	X	X	X
1.2.4 Développement de bonnes pratiques de résilience et de gestion des risques et catastrophes liés au changement climatique	1.2.4.1 Renforcer la résilience des populations et des systèmes de production pour l'adaptation au changement climatique	MINEPDED		X	X	X	X	X	X

Sous axe stratégique 1.3 : Renforcement des aptitudes favorables à la santé							
Objectif spécifique : Développer des actions de promotion de la santé, afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés							
CIBLES							
<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de 24% à 17% la prévalence des grossesses chez les adolescentes • Réduire la prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus de 4.3% à 2% • Réduire le taux de malnutrition chronique des femmes enceintes ou allaitantes de 39,4% à 20% • Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire de 10 à 7 % • Faire passer de 50 à 70% la proportion des cibles touchées lors des activités de sensibilisation sur la lutte contre la consommation de la drogue en milieu scolaire et extra-scolaire • Réduire de 473 à 385 le nombre de mort due aux accidents de la route • Assurer la disponibilité d'une source d'approvisionnement en eau potable dans 100 % des établissements scolaires • Réduire de 29% à 26% le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans 							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme				
			2021	2022	2023	2024	2025
1.3.1 Promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles	1.3.1.1. Développer la C4D pour l'adoption des comportements sains dans le domaine de l'alimentation/nutrition	MINSANTE	X	X	X	X	X
	1.3.1.2. Développer un système de surveillance nutritionnelle	MINSANTE	X	X	X	X	X
	1.3.1.3. Renforcer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations vulnérables	MINADER	X	X	X	X	X
	1.3.1.4. Mise en place d'un plan national de lutte contre la malnutrition (femmes allaitantes et enfants de moins de 5 ans)	MINSANTE	X	X	X	X	X
	1.3.1.5. Mise en place d'un dispositif de soutien des prix d'accès aux nutriments et aliments des nourrissons	MINCOMMERCE	X	X	X	X	X
	1.3.1.6. Renforcement de la sécurité sanitaire des aliments	MINCOMMERCE		X	X	X	X
1.3.2 : Lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool et la consommation des substances illicites	1.3.2.1. Renforcer les mécanismes de contrôle de la consommation du tabac, des drogues et autres substances illicites	MINSANTE	X	X	X	X	X

	1.3.2.2. Renforcer la lutte contre la consommation de la drogue en milieu scolaire et extrascolaire	MINAS	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.2.3. Renforcer la lutte contre les drogues et violences en milieu scolaire	MINESEC	X	X	X	X	X	X	X
1.3.3 Renforcement de la sécurité routière	1.3.3.1. Développer des mécanismes en faveur de la réduction des risques dus aux comportements des usagers de la route	MINT	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.3.2. Intensifier la lutte contre l'insécurité routière et les divers trafics	MINDEF	X	X	X	X	X	X	X
1.3.4 Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives	1.3.4.1. Promouvoir et vulgariser les activités physiques et sportives (APS)	MINSEP	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.4.2. Renforcement des activités sportives en milieu scolaire	MINESEC	X	X	X	X	X	X	X
1.3.5. Renforcement de la communication intégrée pour le développement (C4D) et le marketing social	1.3.5.1. Développer et mettre en œuvre un plan stratégique intégré de communication pour l'adoption des comportements sains et favorables à la santé	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.5.2. Amélioration de la santé et de l'accompagnement psychologique en milieu scolaire	MINESEC	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.5.3. Promotion de la santé scolaire	MINEDUB MINESEC	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.5.4. Assistance publique en faveur des personnes âgées	MINAS	X	X	X	X	X	X	X

Sous Axe stratégique 4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement							
Objectif spécifique PS 1.4 : Amener les familles à adopter les pratiques familiales essentielles, notamment la planification familiale et l'enregistrement des naissances.							
CIBLES :							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer en la faisant passer de 15% à 30% 2. Réduire de 23% à 13% la proportion des besoins non satisfaits en PF 3. Réduire de 24% à 15% le taux de fécondité chez les adolescentes 15 à 19 ans pour 1 000 adolescentes 4. Réduire la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans de 10.7% à 8% 5. Réduire la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans de 29,8% à 20% 6. Réduire de 31.5% à 25% la proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire 7. Réduire de 15 à 10% la proportion d'enfants ayant subi au moins une forme de violence ou d'abus 8. Améliorer la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 61.3% à 75% 9. Assurer l'établissement d'un acte de naissance à au moins 95 % de naissances vivantes enregistrées 							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme				
			2021	2022	2023	2024	2025
1.4.1 : Amélioration des politiques publiques en faveur de la PF	1.4.1.1 Développer des mécanismes de repositionnement de la PF	MINSANTE	X	X	X	X	X
1.4.2. Amélioration de la demande des services de PF	1.4.2.1. Développer et mettre en œuvre un plan stratégique intégré de communication pour l'adoption des comportements sains et favorables à la santé (PM voir 1.3.5.1.)	MINSANTE	X	X	X	X	X
1.4.3. Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de PF	1.4.3.1. Étendre et assurer la disponibilité de l'offre des services de PF dans les FOSA et au niveau communautaire (contraceptifs modernes, matériels PF, etc.)	MINSANTE	X	X	X	X	X
	1.4.3.2. Développer les services de PF adaptés aux jeunes et aux adolescents	MINSANTE	X	X	X	X	X
1.4.4. Renforcement du suivi et de la coordination des interventions de SR/PF	Voir l'Axe Gouvernance et Pilotage Stratégique		X	X	X	X	X

1.4.5. Renforcement de la promotion, du suivi et de la coordination de l'enregistrement des naissances	1.4.5.1. Développer des modules intégrés de communication, sensibilisation et formation sur l'enregistrement des naissances	BUNEC		X	X	X	X	X
	1.4.5.2. Mettre à échelle l'installation des bureaux d'état civil dans les formations sanitaires	BUNEC MINSANTE		X	X	X	X	X
	1.4.5.3. Organiser des campagnes intégrés BUNEC-MINSANTE	BUNEC MINSANTE		X	X	X	X	X
	1.4.5.4. Renforcer l'interopérabilité des systèmes DHIS2 et SIGEC	BUNEC MINSANTE		X	X	X	X	X
1.4.6 : Renforcement des autres pratiques familiales essentielles favorables à la santé	1.4.5.1. Développer dans les communautés (en milieu familial, carcéral, scolaires, et dans les groupes spécifiques) des mécanismes de partage d'informations en faveur de la PFE	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	1.4.5.2. Mobiliser les communautés pour l'adoption des PFE et la demande de services de santé	MINPROFF	X	X	X	X	X	X
	1.4.5.3. Renforcer de la Lutte contre les violences basées sur le genre	MINPROFF	X	X	X	X	X	X
	1.4.5.4. Promouvoir les mécanismes de protection des droits de l'enfant	MINPROFF	X	X	X	X	X	X

AXE STRATEGIQUE 2 : PREVENTION DE LA MALADIE							
Problème central de la composante : La morbidité et la mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles restent élevées au Cameroun							
Objectif stratégique : D'ici 2025, réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention							
Sous axe stratégique 2.1 : Prévention des Maladies Transmissibles							
Objectif spécifique PREV 2.1 : Réduire l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et d'éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)							
CIBLES :							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réduire l'incidence du VIH de 40 0000 à 1,7‰ 2. Réduire la prévalence du VIH de 2.70% à 3.7% 3. Réduire la prévalence de l'hépatite virale B de 8.30% à 6% 4. Faire passer la couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose de 81% à 86% 5. Réduire le taux de prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de 24% à 16% 6. Améliorer le pourcentage de moustiquaires imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) distribuées parmi celles planifiées en le faisant passer de 77.3% à 100% 7. Faire passer le % de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV de 63,91% à 95% 8. Faire passer le taux de prévalence des maladies transmissibles en milieu carcéral de 20% à 14% 9. Réduire l'incidence de la tuberculose TPM+ de 194 nouveaux cas pour 100 000 habitants à 1.7% 10. Assurer le déparasitage de 100% d'enfants en âge scolaire 							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme				
			2021	2022	2023	2024	2025
2.1.1 : Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles	2.1.1.1. Renforcer les compétences techniques des acteurs institutionnels et communautaires	MINSANTE	X	X	X	X	X
	2.1.1.2. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie intégrée de communication prenant en compte les aspects de promotion de santé et de prévention des maladies (PM voir 1.3.5.1.)	MINSANTE	X	X	X	X	X
	2.1.1.3. Elaborer et mettre en œuvre des stratégies intégrées pour l'utilisation effective des soins et services de santé offerts à tous les niveaux	MINSANTE		X	X	X	X
	2.1.2.1. Approvisionner régulièrement les FOSA en intrants de prévention pour les maladies transmissibles	MINSANTE	X	X	X	X	X

2.1.2 : Amélioration de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables	2.1.2.2. Organiser les activités de dépistage pour la prévention des principales maladies transmissibles	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
		MINJEC	X	X	X	X	X	X
2.1.3 Renforcement de la prévention du Paludisme	2.1.3.1 Approvisionner régulièrement les communautés en intrants de prévention contre le paludisme	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	2.1.3.2 Développer des mécanismes multisectoriels en faveur de la prévention du paludisme	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	2.1.3.3. Organiser des campagnes de chimio prévention du paludisme saisonnier	MINSANTE	x	x	x	x	x	x
2.1.4: Renforcement de la prévention des MTN et des autres maladies transmissibles	2.1.3.4. Renforcer le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte	MINSANTE	x	x	x	x	x	x
	2.1.4.1 Renforcement de la surveillance Epidémiologique des Maladies Tropicales Négligées	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	2.1.4.2. Prévention des maladies endémiques en milieu carcéral	MINJUSTICE	X	X	X	X	X	X

Sous axe stratégique 2.2 : Surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et événements de sante publique							
Objectif spécifique PREV 2.2 : Réduire les districts, les risques de survenue des événements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique, y compris les zoonoses							
CIBLES :							
1. Améliorer de 61% à 90% la proportion d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées							
2. Faire progresser la proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national de 52% à 90%							
3. Faire passer la couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3) de 88% à 95%							
4. Améliorer la couverture vaccinale au RR1 de 73,9% à 85%							
5. Améliorer l'Indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International (RSI) de 40% à 100%							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	2021	2022	2023	2024	2025
2.2.1 Renforcement du système de surveillance épidémiologique	2.2.1.1. Renforcer les capacités opérationnelles des DS dans la prévention des épidémies et des événements de santé publique 2.2.1.2. Actualiser chaque année la cartographie des risques sanitaires dans les DRSP/DS (DS à risque d'épidémies et d'urgence sanitaire) et élaborer les plans opérationnels annuels de réponses appropriées aux risques sanitaires identifiés	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.2.2 : Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination	2.2.2.1. Organiser les campagnes et les activités supplémentaires intensifiées de vaccination (Vaccination contre la Polio, déparasitage des enfants de 12 à 59 mois lors des SASNIM) à l'échelle nationale 2.2.2.2. Renforcer l'offre de service de la vaccination de routine (acquisition des vaccins, renforcement des liens avec la communauté, micro-planification, stratégies avancées) PM	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.2.3 : amélioration de la prévention des autres MAPE non prises en compte par le PEV	2.2.3.1 Assurer la mise en œuvre des autres MAPE non prises en compte par le PEV	MINSANTE	X	X	X	X	X

2.2.4 Renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux événements majeurs de santé publique	2.2.4.1. Assurer l'approvisionnement permanent des DS en intrants nécessaires à la riposte contre les épidémies et les maladies émergentes potentielles.	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	2.2.4.2. Renforcer le dispositif de Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) contre les MAPE	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	2.2.4.3. Renforcer la mise en application du Règlement sanitaire international (RSI) ainsi que la préparation aux urgences sanitaires (ODD 3.d.1)	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
Sous axe stratégique 2.3 : SRMINEA et PTME								
Objectif spécifique PREV 2.3 : Accroître la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né, et enfant								
CIBLES :								
1. <i>Faire passer le taux de couverture en CPN 4 de 65% à 95%</i>								
2. <i>Réduire de 3% à 1% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (proportion d'enfants exposés séropositifs)</i>								
3. <i>Réduire la proportion de nouveau-nés ayant moins de 2500 g en la faisant passer de 7% à 5%</i>								
4. <i>Améliorer de 50% la proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)</i>								
5. <i>Amener 100% d'HD et assimilés du DS à offrir les SONUC selon les normes (9 fonctions)</i>								
2.3.1 Renforcement des capacités institutionnelles (FOSA) et communautaires dans le domaine de la SRMINEA	Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Responsables	2021	2022	2023	2024	2025
		2.3.1.1. Assurer dans les FOSA, la disponibilité permanente des intrants pour la MEO efficace des interventions à haut impact sur les cibles Mère, Nouveau-né, Enfant et Adolescent (tests de dépistage précoce du VIH, PCR, équipements pour les maternités, médicaments pour la TPI, la PTME, le VIH, vaccins etc.)	MINSANTE	X	X	X	X	X
		2.3.1.2. Renforcer les capacités des prestataires institutionnelles et communautaires des DS ciblés pour une offre de service de qualité en PTME, CPN, soins post natal, soins post abortum	MINSANTE	X	X	X	X	X

	2.3.1.3. Etendre le Monitoring SONU a tous les districts de sante	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.3.2 : Amélioration de l'offre de services et des soins SRMNEA	2.3.2.1. Etendre progressivement à l'échelle nationale l'offre de services et des soins SRMNEA (stratégie avancées, télémédecine, subvention ou gratuité pour certains groupes, etc.) Tout en améliorant la qualité des soins offerts (bon accueil, utilisation des documents normatifs)	MINSANTE	X	X	X	X	X
	2.3.2.2. Prévention du handicap et des maladies invalidantes chez l'enfant	MINAS	X	X	X	X	X
2.3.3 : Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SRMNEA	2.3.3.1. Renforcer l'utilisation de la C4D (plaidoyer, mobilisation sociale, CCC et animation communautaire) dans les services de soins des FOSA	MINSANTE	X	X	X	X	X

Sous axe stratégique 2.4 : Prévention des maladies non transmissibles							
Objectif spécifique PREV 2.4 : Réduire la prévalence des principales maladies non-transmissibles							
CIBLES :							
1. Réduire la prévalence du Diabète type 2 chez les adultes ayant au moins 18 ans de 2.85% à 1%							
2. Réduire le taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques de 22% à 18%							
3. Réduire de 25% prévalence Hospitalière de l'HTA							
4. Faire passer l'incidence du cancer du Col de l'utérus de 21% à 12%							
5. Assurer à 100 % l'accompagnement et l'assistance psychologique des militaires revenus d'une OPS							
6. Réduire de 21 à 12 % le pourcentage de cibles touchées lors des campagnes de sensibilisation sur la prévention du handicap et des maladies invalidantes chez l'enfant							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	2021	2022	2023	2024	2025
2.4.1 : Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des MNT	2.4.1.1. Développer et mettre en œuvre une stratégie intégrée et multisectorielle de lutte contre les MNT 2.4.1.2. Développer et mettre en œuvre un mécanisme de coordination et de suivi-évaluation multisectoriel des interventions de prévention des MCNT	MINSANTE MINSANTE		X	X		
2.4.2 Promotion des interventions permettant de réduire les facteurs de risque modifiables de maladies non transmissibles : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool	2.4.2.1. Renforcer le dispositif de répression et de commercialisation des produits alimentaires frauduleux ou de contre bande 2.4.2.2. Renforcer des actions d'interventions précoces des mésusages des substances dépendogènes 2.4.2.3. Renforcer l'accompagnement, le suivi et la prise en charge des personnels MINDEF dans le domaine de la santé	MINCOMMERCE MINSANTE MINDEF	X	X	X	X	X
2.4.3 Promotion de la recherche pour réduire l'incidence des MNT	2.4.3.1 Assurer la promotion de la recherche en faveur de la lutte contre les MNT	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.4.4 Sensibilisation de la population sur la problématique des maladies non transmissibles et incitation à leur prévention	2.4.4.1. Développer une stratégie de communication intégrée pour la prévention des maladies non transmissibles (PM) 2.4.4.2. Organiser au niveau régional au moins une campagne annuelle de prévention et de dépistage des MNT (HTA, diabète, cancers, etc.)	MINSANTE MINSANTE	X	X	X	X	X

2.4.5 : amélioration de la prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs	2.4.5.1 Assurer la disponibilité des services de prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.4.6 Renforcement de la prévention de la Drépanocytose des autres maladies génétiques et dégénératives	2.4.6.1. Renforcer la disponibilité de l'offre de services de prévention des maladies génétiques (drépanocytose) au niveau opérationnel	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.4.7 : renforcement de la prévention des maladies mentales, épilepsies et autres affections neurologiques	2.4.7.1 Assurer la disponibilité des services de prévention des maladies mentales et autres affections neurologiques	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.4.8 : Renforcement de la prévention du Diabète, de l'HTA, des autres maladies cardiovasculaires et des maladies rénales	2.4.8.1 Assurer la mise en œuvre de campagne de prévention et de dépistage des maladies non transmissibles	MINSANTE	X	X	X	X	X
	2.4.8.2 Assurer la disponibilité des intrants pour le dépistage des maladies non transmissibles	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.4.9: Renforcement de la prévention du cancer, de l'asthme et des autres affections respiratoires chroniques	2.4.9.1 Assurer la mise en œuvre de campagne de prévention et de dépistage du cancer, de l'asthme et des autres affections respiratoires chroniques	MINSANTE	X	X	X	X	X
2.4.10: Renforcement de la prévention des maladies rares	2.4.10.1 : Assurer la mise en œuvre d'activités de prévention des maladies rares	MINSANTE	X	X	X	X	X

AXE STRATEGIQUE 3 : PRISE EN CHARGE DES CAS							
Problème central de la composante : La qualité du diagnostic et de la prise en charge curative des cas est insuffisante							
Objectif stratégique : D'ici 2025, réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté							
Sous axe stratégique 3.1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles							
Objectif spécifique PEC 3.1 : Assurer une prise en charge curative selon les normes des maladies transmissibles et non-transmissibles, ainsi que leurs complications							
CIBLES :							
1. Faire passer de 86% à 89% le taux de succès thérapeutiques des malades tuberculeux à bacilloscopie positive							
2. Réduire de 35.7 à 24% le taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans							
3. Améliorer la proportion des cas d'ulcère de Buruli guéris sans complications en la faisant passer de 82% à 98%							
4. Réduire de 20% à 10% le taux de mortalité péri-opératoire dans les hôpitaux de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie							
5. Réduire le taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière de 107 Décès pour 100 000 à 96 Décès pour 100 000							
6. Augmenter le pourcentage des personnes âgées qui bénéficient d'une assistance sanitaire et psychosociale de 8000 à 25000							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme				
			2021	2022	2023	2024	2025
3.1.1. Amélioration de la qualité des soins et des services de santé dans les FOSA dans leurs 8 dimensions, en mettant l'accent sur l'accueil des patients.	3.1.1.1. Développer des mécanismes d'amélioration continue de la qualité des soins et services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
3.1.2 Amélioration du diagnostic et de la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de la TB, des IST et des Hépatites virales	3.1.2.1. Assurer la disponibilité des intrants pour le diagnostic et la prise en charge des cas de maladies transmissibles (VIH, TB, IST et Hépatites virales)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
3.1.3. Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de paludisme et des principales causes de fièvre (Dengue, Typhoïde, Grippe...)	3.1.3.1. Systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
3.1.4 : Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Tropicales Négligées	3.1.4.1. Systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et le traitement des MTN	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X

3.1.5: Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Non Transmissibles	3.1.5.1. Décentraliser la PEC du Diabète et l'hypertension à travers la création des unités de prise en charge aux niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	3.1.5.2. Organiser des activités de diagnostic des MCNT en communauté	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	3.1.5.3. Améliorer le diagnostic et la prise en charge des maladies mentales et des cas de dépendances aux substances psychoactives	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	3.1.6.1 Renforcer les capacités des personnels de santé à l'utilisation des guides et des protocoles simplifiés pour la prise en charge globale des maladies	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	3.1.6.2. Assurer la PEC hospitalière des enfants de moins de 5 ans selon les normes	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	3.1.6.3. Améliorer la prise en charge sanitaire des détenus	<u>MINJUSTICE</u>	X	X	X	X	X	X
3.1.6 : Amélioration de la prise en charge globale (holistique) des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	3.1.6.4. Elaborer et mettre en œuvre les protocoles de soins palliatifs	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	3.1.6.5. Apporter une assistance sanitaire et psychosociale adaptée aux Personnes âgées	MINAS	X	X	X	X	X	X
	3.1.6.6. Faciliter l'accès des populations autochtones vulnérables à la santé	MINAS	X	X	X	X	X	X

Sous axe stratégique 3.2 : Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents la santé						
Objectif spécifique PEC 3.2 : Assurer une prise en charge globale des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, selon les normes dans les structures sanitaires						
CIBLES :						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer de 60,4% à 90% la proportion de nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance 2. Améliorer de 9% à 25% la proportion des cas de fistules obstétricales réparées 3. Améliorer de 3,5% à 8% le taux d'accouchements par césarienne 4. Réduire le taux de mortalité maternelle de 406 à 300 /100 000 NV 5. Réduire le taux de mortalité néonatale de 28/1000NV à 17/1000NV 6. Réduire le taux de mortalité infantile de 48/1000NV à 36/1000NV 7. Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 80/1000 NV à 62/1000NV 8. Faire passer de 35% à 100% le pourcentage des Femmes Enceintes diagnostiquées de syphilis en CPN et qui reçoivent un traitement selon les normes 9. Faire passer à 100% la proportion de naissances vivantes ayant abouti à une déclaration de naissance 						
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme			
			2021	2022	2023	2024
3.2.1 Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins et aux services de SRMNEA en ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables et les districts les plus défavorisés	3.2.1.1. Renforcer la mise en œuvre des stratégies en cours visant à améliorer l'accessibilité géographique, culturelle et financière des cibles SRMNEA aux services et soins de santé de qualité	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X
3.2.2. Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité géographique aux services de prévention de la transmission verticale du VIH et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant (mise à échelle de la PTME dans l'ensemble des FOSA fonctionnelles)	3.2.2.1. Renforcer la disponibilité des intrants de PTME 3.2.2.2. Renforcer les stratégies visant l'accès des cibles aux services et soins de la PTME y compris en stratégie avancée.	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X
3.2.3 Amélioration de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique et communautaire)	3.2.3.1. Offrir aux enfants de moins de 5 ans les services et soins de santé avec l'approche PCIME dans les Fosa de 4 ^e et 5 ^e catégorie	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X

<p>3.2.4 : amélioration de la disponibilité des paquets d'offre des services et soins SRMINEA de qualité.</p>	<p>3.2.4.1. Renforcer l'offre de services pour la prise en charge adéquate des problèmes de santé des adolescents dans les hôpitaux de district.</p>	<p><u>MINSANTE</u></p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>3.2.5 Renforcement des capacités institutionnelles dans les FOSA et au niveau communautaire en SRMINEA</p>	<p>3.2.4.2. Assurer dans les DS, la disponibilité des paquets d'interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SONUB, SONEU, SOUC, SAA...)</p> <p>3.2.4.3. Renforcer les capacités des Formations Sanitaires à délivrer aux femmes enceintes un paquet de soins et services intégrant les aspects liés à l'état civil</p>	<p><u>MINSANTE</u></p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>3.2.6: Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des problèmes de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.</p>	<p>3.2.5.1. Mettre en place des mécanismes innovants en vue de renforcer les capacités du personnel en SRMINEA</p> <p>VOIR AXE STRATEGIQUE : PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION</p>	<p><u>MINSANTE</u></p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

Sous axe stratégique 3.3 : Urgences et événements de santé publique							
Objectif spécifique PEC 3.3 : Assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, des catastrophes et des crises humanitaires, selon les procédures opératoires standards (POS)							
CIBLES :							
1. Faire passer de 77% à 100% la proportion d'urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé au niveau national							
2. Faire passer de 10% à 60% la proportion des Hôpitaux de District offrant une transfusion sanguine selon les normes							
3. Améliorer la disponibilité d'ambulances médicalisées							
4. Rendre fonctionnel le système de référence contre référence							
5. Atteindre une proportion de 100% de DS disposant d'une ambulance médicalisée et dont le système de référence contre référence est fonctionnel							
6. Atteindre une proportion de 100% de Centres d'opérations d'urgence régionales qui dispose des RHs requises							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Responsables	Chronogramme				
			2021	2022	2023	2024	2025
3.3.1 : Renforcement de la coordination multisectorielle dans la prise en charge des urgences et des événements de santé publique	3.3.1.1. Mettre en place et à tous les niveaux un fonds de soutien pour la coordination de la gestion des urgences et des événements de santé publique (PM Voir CERPLE)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	3.3.1.2. Assurer le fonctionnement du Centre National des opérations d'urgence pour une gestion et une coordination efficace des activités de terrain	MINSANTE	X	X	X	X	X
	3.3.1.3. Assurer un soutien en faveur des victimes des crises sécuritaires, des sinistres, des catastrophes naturelles en vue de leur retour rapide à des conditions de la vie « normale »	MINAS	X	X	X	X	X
3.3.2 : Renforcement du processus de gestion prévisionnelle des ressources pour une prise en charge efficace des cas d'urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique	3.3.2.1 Approvisionner régulièrement les structures sanitaires en intrants de prise en charge des urgences médico- chirurgicales après évaluation de leurs capacités institutionnelles, de consommation et de gestion	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	3.3.2.2. Renforcer la fonctionnalité du dispositif de réponse aux urgences (simulation régulière des	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X

3.3.3 Renforcement du diagnostic et de la prise en charge curative des cas d'urgences et des événements de santé publique	situations d'urgences ; dotation des équipes d'investigation et d'intervention)									
		MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
		MINSANTE								
		MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
		MINSANTE								
		MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	3.3.2.3. Mettre en place dans les 10 régions des équipes multisectorielles d'investigation et d'interventions rapides (EIRR)									
	3.3.2.4. Développer des mécanismes d'opérationnalisation du mécanisme de système de référence-contre référence dans toutes les régions									
	3.3.3.1. Assurer la prise en charge pré hospitalière (premiers secours) des cas d'urgence avec la pleine participation communautaire									
	3.3.3.2. Renforcer les capacités financières, infrastructurelles, technologiques des CERPLE, du Centre National des opérations d'urgences et des postes de santé aux frontières pour une réponse rapide et efficace en cas d'épidémie ou autres urgences de santé publique									
	3.3.3.3. Renforcer les capacités techniques des RHS d'HD/HR/postes de santé aux frontières et des acteurs communautaires pour une réponse efficace en cas d'épidémie ou autres urgences de santé publique									

Sous axe stratégique 3.4 : Prise en charge du Handicap						
Objectif spécifique PEC 3.4 : Réduire la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigible						
CIBLES :						
1. Proportion des patients souffrant de cataracte et ayant recouvré une acuité visuelle supérieure à 3/10 une semaine après l'intervention chirurgicale						
2. Nombre de personnes handicapées pris en charge dans les centres de réadaptation fonctionnels						
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Responsables	Chronogramme			
			2021	2022	2023	2024
3.4.1 : Mise en place d'une politique intégrée et coordonnée de la gestion du handicap, y compris le handicap mental	3.4.1.1 Assurer la PEC du handicap selon les directives et normes actualisées	MINSANTE	X	X	X	X
	3.4.1.2 Protection sociale des personnes handicapées	MINAS		X	X	X
	3.4.1.3 Prévention du handicap et des maladies invalidantes chez l'enfant	MINAS		X	X	X
3.4.2 : Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap	3.4.2.1. Renforcer les capacités institutionnelles et celles des acteurs chargés de la prévention et de la PEC du handicap corrigible	MINSANTE	X	X	X	X
	3.4.2.2. Améliorer l'offre de service spécialisé en matière de réadaptation fonctionnelle des Personnes Handicapées	MINAS	X	X	X	X
	3.4.2.2. Construction et équipement du Centre de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CRPH) de Maroua	MINAS	X	X	X	X
	3.4.2.3. Rénovation du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER (CNRPH-CPEL) de Yaoundé	MINAS	X		X	X

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE							
Problème central de la composante : Développement insuffisant des piliers du système de santé							
Objectif stratégique : Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès équitable des populations aux soins et services de santé de qualité							
Sous axe stratégique 4.1 : Financement de la santé							
Objectif spécifique RSS 4.1 : Réduire les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable							
CIBLES :							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réduire de 52% à 30% la proportion des dépenses de santé supportées par les ménages 2. Améliorer de 20% à 60% le taux de personne couvertes par un mécanisme de protection sociale en santé 3. Faire passer à 15% la proportion du budget de la santé dans le budget national (SND30) 4. Faire passer de 45% à 65% la proportion des mutuelles de sécurité sociale couvrant au moins trois (03) risques (MINTSS) 5. Faire passer de 22.7% à 23% la proportion de la population active occupée couverte pour au moins trois (03) risques (MINTSS) 							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	2021	2022	2023	2024	2025
4.1.1 Développement des mécanismes de partage du risque maladie	4.1.1.1. Développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de financement de la santé orientée vers la CSU	MINSANTE CTD	X	X	X	X	X
	4.1.1.2. Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé de 70% à 50%	MINSANTE	X	X	X	X	X
	4.1.1.3. Renforcer les mécanismes de protection du risque financier pour améliorer l'accès aux soins (Assurance santé, Sécurité Sociale, Chèques santé, Mutuelles Santé, etc.)	MINTSS	X	X	X	X	X
	4.1.1.4. Renforcement du système de sécurité sociale	MINTSS	X	X	X	X	X
	4.1.1.5. Extension de la sécurité sociale vers les couches en marge	MINTSS	X	X	X	X	X
	4.1.1.6. Extension de la sécurité sociale au champ matériel (branches) de sécurité sociale	MINTSS	X	X	X	X	X
	4.1.1.7. Opérationnalisation de la Couverture Santé Universelle	MINSANTE		X	X	X	X

4.1.2 : Rationalisation et renforcement des mécanismes institutionnels du financement de la santé	4.1.2.1. Améliorer la gestion budgétaire et financement de la santé	MINSANTE	X	X	X	X	X	X
	4.1.2.2 Développer des mécanismes de pérennisation des expériences accumulés en matière de financement de la santé	MINSANTE			X			X
4.1.3 Renforcement de la mobilisation des ressources financières.	4.1.3.1. Actualiser et disséminer un document de stratégie de financement de la santé	MINSANTE						
	4.2.3.2. Opérationnaliser le COMPACT NATIONAL	MINSANTE		X				X
4.1.4: Renforcement de l'autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel	4.1.4.1.Élaborer les textes de cadrage accordant plus d'autonomie de gestion des recettes affectées aux FOSA du niveau déconcentré afin de favoriser l'adéquation entre les financements reçus et les problèmes identifiés dans la FOSA	<u>MINSANTE</u>			X			X
	4.1.5.1. Evaluer trimestriellement la performance des structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en y intégrant des mécanismes incitatifs de la concurrence positive entre les FOSA	<u>MINSANTE</u>	X	X	X			X
4.1.5: Renforcement de la performance et de l'efficience du système de santé	4.1.5.2.Elaborer à de façon triennale les Comptes Nationaux de la Santé	<u>MINSANTE</u>	X	X	X			X
	4.1.5.3. Introduire des contrats de performance hospitalière pour favoriser la qualité des soins et l'autonomisation des FOSA	<u>MINSANTE</u>	X			X		

Sous axe stratégique 4.2 : Offre des soins et des services							
Objectif spécifique RSS 4.2 : Assurer le développement harmonieux des infrastructures, des équipements et la disponibilité des paquets de services et de soins de santé, selon les normes, dans les formations sanitaires de 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} catégories							
CIBLES :							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atteindre une Proportion de 100% d'HD construits selon les normes 2. Atteindre une proportion de 100% de SSD construit selon les normes 3. Rendre disponible un SSD construit selon les normes 4. Faire passer à 100% le pourcentage d'HD et assimilés qui délivrent le PCA complet 5. Améliorer le nombre de patients soignés dans les structures et formations médicales militaires de 253 478 Patients à 260 000 6. Faire passer de 20% à 33% la proportion d'établissement de santé de première ligne (CSI et CMA) qui délivrent le PMA complet 							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Responsables	2021	2022	2023	2024	2025
4.2.1: Renforcement des capacités* institutionnelles des FOSA pour une meilleure prise en charge des cas à tous les niveaux du système de santé	4.2.1.1. Actualiser et mettre en œuvre la réforme hospitalière en prenant en compte la carte sanitaire	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	4.2.1.3 Développer les mécanismes et les outils en faveur de l'évolution des DS vers leur viabilisation	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	4.2.1.4 Institutionnaliser la médecine traditionnelle	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	4.2.1.5 Renforcer les plateaux techniques des structures hospitalières de référence	<u>MINSANTE</u>					
	4.2.2.1. Elaborer et mettre en œuvre à tous les niveaux des plans de développement sanitaire qui intègrent une vision cohérente et réaliste de développement des infrastructures et des équipements	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
4.2.2 : Amélioration de l'offre infrastructurelle (construction/réhabilitation/extension des structures de santé selon les normes et équipement)	4.2.2.2. Assurer la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires carcérales	<u>MINJUSTICE</u>	X	X	X	X	X
	4.2.3.1. Elaborer et mettre en œuvre un plan cohérent d'équipements des structures sanitaires à tous les niveaux selon les besoins priorités	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
4.2.3 Renforcement de l'équipement des services de santé selon les normes	4.2.3.2. Construire, équiper et rendre fonctionnel le Centre National et les Structures Spécialisées agréées de transfusion sanguine au niveau décentralisé et assurer la disponibilité permanente des produits sanguins	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X

	4.2.3.3. Renforcer les capacités opérationnelles des services d'urgence des hôpitaux	MINSANTE	X	X	X	X		
4.2.4 : renforcement de l'action communautaire et dotation du niveau communautaire en intrants selon les normes et les priorités ^(b)	4.2.4.1. Diffuser le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) et son dossier d'investissement	MINSANTE	X	X	X	X		X
	4.2.4.2 Mettre en place des mécanismes en faveur du renforcement des capacités des acteurs communautaires	<u>MINSANTE</u>						
4.2.5. Mise en place d'un système d'assurance qualité des soins et services de santé ^(b)	4.2.5.1 Renforcer les mécanismes permettant d'assurer la qualité des soins et des services de santé	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X		
	4.2.6.1. Renforcer graduellement la disponibilité/accessibilité des PMA/PCA dans les FOSA du niveau opérationnel	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X		
4.2.6 Amélioration de la disponibilité des paquets de services et de soins de qualité dans les formations sanitaires à tous les niveaux : développement des districts de santé et des pôles d'excellence	4.2.6.2. Doter les établissements scolaires et universitaires des kits de premiers soins	<u>MINEDUB</u> <u>MINESEC</u>	X	X	X	X		X
	4.2.6.3. Accroître l'encadrement et l'assistance des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ACVG)	MINDEF	X	X	X	X		
	4.2.6.4. Améliorer les capacités des structures et formations de la santé militaire pour appuyer la politique nationale de santé publique	MINDEF	X	X	X	X		X

Sous axe stratégique 4.3 : Médicaments et autres produits pharmaceutiques							
Objectif spécifique RSS 4.3 : Accroître la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé							
CIBLES :							
1. Amener à 100% la proportion des formations sanitaires qui disposent d'un ensemble de base de médicaments essentiels disponibles et abordables de manière durable							
2. Amener à 0% la part des médicaments de la rue dans l'offre totale des médicaments							
3. Faire évoluer la part des médicaments traditionnels dans l'offre totale des médicaments à 25%							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Responsables	2021	2022	2023	2024	2025
4.3.1 Renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique, de la biologie médicale et de la transfusion sanguine	4.3.1.1. Actualiser et mettre en œuvre le Plan Directeur Pharmaceutique National à tous les niveaux (approvisionnement, assurance qualité, accès et utilisation rationnelle du médicament, pharmacovigilance, etc.)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	4.3.1.2. Organiser et faire fonctionner le Réseau National des Laboratoires (RENALAB)	<u>MINSANTE</u>			X	X	X
4.3.2: Renforcement des mécanismes d'assurance qualité et de la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques	4.3.2.1. Créer et faire fonctionner dans chaque région un Centre intégré de pharmacovigilance	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	
	4.3.2.2. Renforcer le système d'assurance qualité du médicament et des produits pharmaceutiques	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	4.3.2.3. Renforcer la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels et acquérir un entrepôt central, les réactifs, les vaccins et les autres dispositifs médicaux et la logistique de la chaîne de froid	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
4.3.3 Promotion de l'usage rationnel des médicaments de qualité	4.3.3.1. Renforcer la gestion des médicaments dans les structures sanitaires (formation à la gestion rationnelle des stocks, suivi informatisé des stocks...)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	4.3.3.2. Intensifier la lutte contre l'utilisation des médicaments illicites (médicaments de la rue, contrefaits, les laboratoires illégaux, etc.)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
	4.3.4.1 Promotion de la pharmacopée traditionnelle	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X

4.3.4: Mise en place de mécanismes de financement pérenne en matière de médicaments.	4.3.4.2. Mettre en œuvre un plan de structuration du sous-secteur de la médecine traditionnelle en vue de définir les normes et de vulgariser les produits qui en sont issus	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X
--	--	-----------------	---	---	---	---	---

Sous axe stratégique RSS 4.4 : Ressources humaines en santé								
Objectif spécifique RSS 4.4 : Augmenter, selon les besoins priorités, la disponibilité des RHS								
CIBLES :								
1. <i>Améliorer de 52% à 60% le pourcentage des structures sanitaires dotées d'au moins 50% des ressources humaines selon les normes</i>								
2. <i>Faire évoluer la Proportion de médecins par habitants à 1 pour 10 000 habitants</i>								
3. <i>Améliorer le Nombre d'étudiants formés par ans en santé humaine et animal de 4400 à 5000</i>								
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration Responsable	Chronogramme					
			2021	2022	2023	2024	2025	
4.4.1 Dotation progressive des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité)	4.4.1.1. Développer des mécanismes d'amélioration des capacités managériales et techniques des responsables du secteur santé à tous les niveaux	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X		X
	4.4.1.2. Recruter les RHS dans les domaines prioritaires suivants (sage-femmes, psychiatrie, urgentistes, préposés de morgue, etc.)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X		X
	4.4.1.3. Assurer la mise à jour continue des informations sur les RHS du MINSANTE et des administrations du secteur santé et leur géo-répartition*.	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X		X
	4.4.1.4. Développer des mécanismes de déploiement équitable et rationnel des RHS conformément au cadre organique	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X		X

4.4.2 : Amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines	4.4.1.5. Assurer le renforcement de la filière médicale au niveau de l'enseignement supérieur	MINESUP	X	X	X	X	X	X	X
	4.4.2.1. Renforcer les mécanismes de décentralisation de la gestion des ressources humaines en santé	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X	X
	4.4.2.2. Renforcer les mécanismes intégrés d'évaluation continue, de supervision, de monitoring et de coaching des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X	X
	4.4.2.3. Développer les mécanismes de motivation et de fidélisation des RHS y compris ceux du secteur privé et des administrations partenaires.	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X	X
Sous axe stratégique RSS 4.5: Information sanitaire et recherche en santé									
Objectif spécifique RSS 4.5 : assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire									
CIBLES :									
1. <i>Faire passer le taux de promptitude des RMA dans le DHIS2 de 56,6% à 80%</i>									
2. <i>Faire passer à 80% le taux de complétude des RMA dans le DHIS2</i>									
3. <i>Améliorer de 70% à 80% proportion des résultats de recherche ayant fait l'objet d'une restitution</i>									
4. <i>Améliorer le pourcentage de projets de recherche autorisés dont les résultats ont été publiés de 90% à 100%</i>									
5. <i>Faire passer à au moins 70% la proportion de décès survenus en milieu sanitaire qui ont été déclarés au Centre d'état civil compétent</i>									
6. <i>Faire passer à au moins 70% la proportion de décès dont la cause a été identifiées et documentée</i>									
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Responsables	2021	2022	2023	2024	2025		
4.5.1 Renforcement du système national d'informations sanitaires	4.5.1.1. Mener des enquêtes de bases pour le suivi-évaluation du PNDS et de la SSS	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X

	4.5.1.2. Renforcer la gouvernance du système d'information sanitaire et rendre disponible des données de routines de qualité	MINSANTE	X		X	X	X	X	X
4.5.2 Renforcement de la recherche en santé	4.5.2.1. Renforcer les capacités des responsables des niveaux déconcentrés dans le domaine de la recherche en santé	MINSANTE	X		X	X	X	X	X
	4.5.2.2. Renforcer la gouvernance de l'éthique de la recherche en santé humaine	MINSANTE	X		X	X	X	X	X
	4.5.3.1. Vulgariser à tous les niveaux les résultats de la recherche produits dans le système de santé et promouvoir l'utilisation des données factuelles pour la prise de décision	<u>MINSANTE</u>	X		X	X	X	X	X
4.5.3 Amélioration de l'utilisation des données sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux	4.5.3.2. Valoriser les résultats de la recherche et le patrimoine thérapeutique national au sein de l'industrie pharmaceutique	<u>MINSANTE</u>			X	X	X	X	X
	4.5.4.1. Systématiser l'enregistrement des naissances et des décès dans les Formations Sanitaires	BUNEC MINSANTE	X		X	X	X	X	X
4.5.4 : Renforcement des mécanismes de collecte et de mise à disposition des données de l'Etat Civil.	4.5.4.2. Renforcer la saisie et la remontée des données de routine du DHIS-2 vers le SIGEC	BUNEC MINSANTE	x		X	X	X	X	X
	4.5.4.2. Institutionnaliser la supervision conjointe état civil-santé	BUNEC MINSANTE			X	X	X	X	X

AXE STRATEGIQUE 5 : GOUVERNANCE & PILOTAGE STRATEGIQUE							
Problème central de la composante : Faibles performances du système de santé							
Objectif stratégique : Accroître la performance du système de santé à tous les niveaux							
Sous axe stratégique 5.1 : Gouvernance							
Objectif spécifique GP 5.1: Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité							
CIBLES :							
1. Améliorer le taux de réalisation des objectifs de la SSS 2020-2030 en le faisant passer de 32% à 80%							
2. Améliorer le taux de réalisation des objectifs de la SSS 2020-2030 de 32% à 80%							
3. Faire passer de 0% à 100% la proportion du budget alloué aux priorités programmatiques							
4. Réduire de 50% le taux de déperdition des ressources allouées aux structures du niveau opérationnel							
5. Auditer et contrôler au moins 60% de structures de santé par an							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration responsable	2021	2022	2023	2024	2025
5.1.1. Renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur	5.1.1.1. Elaborer les textes relatifs à la mise en place des organes de coordination et de S/E de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE	X	X	X	X	X
	5.1.1.2. Elaborer et diffuser les protocoles de prise en charge et les documents normatifs dans certains domaines ciblés (santé mentale, SONEU et SAA)	MINSANTE	X	X	X	X	X
	5.1.1.3. Mettre en place un cadre légal et réglementaire pour la Couverture Santé Universelle	MINSANTE	X	X	X	X	X
	5.1.1.4. Mettre en place un cadre légal et réglementaire de structuration du sous-secteur de la médecine traditionnelle en vue de normer et de vulgariser les médicaments locaux	MINSANTE					
5.1.2. Amélioration de la transparence et de la redevabilité	5.1.2.1. Développer les mécanismes visant à renforcer le lien logique entre la Planification et la Programmation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE	X	X	X	X	X
	5.1.2.2. Mettre en place des mécanismes pour assurer le contrôle social à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE	X	X	X	X	X

	5.1.2.3. Renforcer les mécanismes de contrôles/audits internes et externes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X	X
	5.1.2.4. Développer la culture de reddition des comptes et redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X	X
5.1.3. Renforcement de la participation des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre dans le processus gestionnaire	5.1.3.1. Accompagner les CTD à s'approprier leurs rôles dans le processus gestionnaires des structures de santé (DS, AS, FOA)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X	X
5.1.4. Renforcement des capacités managériales des responsables et gestionnaires des structures de santé	Voir Axe RSS (sous axe 4.4)		X	X	X	X	X	X	X
5.1.5. Renforcement du lien logique entre la planification stratégique, la formulation, l'allocation, et le suivi de l'exécution du budget.	5.1.5.1 Développer les mécanismes de cohérence dans le processus de planification du niveau opérationnel vers le niveau central	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X	X

5.1.6. Amélioration des conditions de travail et Informatisation du processus gestionnaire	5.1.6.1 Développer les mécanismes de renforcement de la logistique et des conditions de travail à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE	X	X	X	X	X
Sous axe stratégique 5.2 : Pilotage Stratégique							
Objectif spécifique GP 5.2: renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire							
CIBLES : <ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer le taux de réalisation des missions d'inspection (niveau central) et de supervision intégrée (DRSP et des DS) à 100% 2. Amener 100% de DRSP à renseigner le tableau de bord de suivi des performances projetées dans le PNDS 3. Produire 01 rapport annuel de revue sectorielle santé 4. Arrimer 100% des PTA des structures du secteur santé au PNDS 							
Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Administration responsable	2021	2022	2023	2024	2025
5.2.1 : Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique	5.2.1.1. Développer des plans d'actions arrimés au PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les administrations partenaires	MINSANTE	X	X	X	X	X
	5.2.1.2. Rendre fonctionnel le dispositif de pilotage, de coordination et de suivi de la MEO du PNDS	MINSANTE	X	X	X	X	X
	5.2.1.3. Organiser annuellement une revue sectorielle ou thématique de santé avec toutes les parties prenantes	MINSANTE	X	X	X	X	X

	5.2.1.4. Organiser l'évaluation finale du PNDS	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	5.2.1.5. Editer, vulgariser et disséminer les résultats des revues et des évaluations à toutes les parties prenantes (OSC, PTF, secteur privé, sociétés savantes, ordres professionnels, structures du MINSANTE et des ministères partenaires)	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
5.2.2	Renforcement du dispositif de Veille stratégique							
5.2.3	renforcement de la déconcentration et la décentralisation	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	5.2.3.1 Améliorer le cadre partenarial entre les structures sanitaires et les CTD	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	5.2.3.2 Améliorer le cadre partenarial entre les structures du MINSANTE et celles des autres administrations du secteur santé	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
5.2.4	Renforcement du partenariat national	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	5.2.4.1. Renforcer le partenariat avec les acteurs privés, la société civile et les acteurs communautaires							
5.2.5	Amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTFs	<u>MINSANTE</u>	X	X	X	X	X	X
	5.2.5.1. Développer et mettre en oeuvre un Compact National autour de la stratégie sectorielle de la santé							

CHAPITRE 6 : ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET ARRIMAGE DU PNDS 2021-2025 AUX ODD

6.1. ANCRAGE INSTITUTIONNEL DU PNDS 2021-2025

En 2009, le Cameroun s'est doté d'une vision à l'horizon 2035 : « Le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité ». Dans cette vision, le pays s'est assigné quatre objectifs généraux parmi lesquels celui de « Réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ».

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi DSCE 2010-2020, instrument de mise en œuvre de la première phase de cette vision, a identifié l'amélioration de l'état de santé des populations comme étant un objectif à la fois de développement social et de croissance économique¹⁴⁹. Dans la même lancée, la SND30 qui est le document de mise en œuvre de la 2ème phase de cette vision fait du développement du Capital Humain l'une des principales priorités du pays pour la prochaine décennie. Les orientations qui découlent de ce document en matière de santé sont articulées autour des trois principes fondamentaux que sont :

- l'amélioration de la gouvernance du système de santé,
- le renforcement du plateau technique des hôpitaux centraux et de référence
- la valorisation du potentiel thérapeutique local¹⁵⁰.

Pour atteindre les objectifs tant nationaux et qu'internationaux en matière de santé (contenus respectivement dans la SND30 et les ODD) et évoluer vers la Couverture Sanitaire Universelle, l'orientation stratégique du secteur santé est de : « Garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs apparentés ». Ce choix se traduira par la mise en œuvre des paquets d'interventions suivants :

- **L'extension des services et soins de santé essentiels de base** : les interventions majeures dans ce domaine seront donc orientées vers les Soins de Santé Primaires (promotion de la santé, prévention de la maladie, prise en charge curative des maladies courantes de la communauté ainsi que les maladies émergentes telles que l'HTA, la COVID-19 etc.). Il s'agit ici d'offrir des paquets de services en soins essentiels et complémentaires (PMA et PCA) pour lutter contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles, et faire efficacement face aux événements de santé publique.
- **L'amélioration de l'offre des services et des soins de santé spécialisés prioritaires** : il est question dans ce volet d'accroître l'offre de services pour la prise en charge des maladies chroniques prioritaires et des événements de santé publique nécessitant des soins ou des mesures spécialisées ;
- **L'implication des communautés et des administrations partenaires** : Il sera question ici de privilégier une approche multisectorielle (Onehealth) en fédérant les efforts de toutes les parties prenantes en vue d'une résolution efficiente des questions de santé.

Pour rendre cet accès aux soins de santé primaires et spécialisés prioritaires effectif, le PNDS 2021-2025 met principalement l'accent sur la nutrition, le renforcement du système de santé, l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ainsi que la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique

6.2. ARRIMAGE DES OBJECTIFS PNDS SUR LES ODD

Le PNDS 2021-2025 est arrimé sur les objectifs de développement durable auquel le Cameroun a souscrit. Au niveau de chaque axe stratégique, il existe des sous-axes stratégiques qui permettent de prendre en compte les objectifs de développement durables liés à la santé.

6.2.1. AXE PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION

SOUS-AXE STRATEGIQUE 1.2 : CADRE DE VIE DES POPULATIONS

OBJECTIF SPECIFIQUE : Améliorer le cadre de vie des populations

Cible ODD 3.9. D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

Cible ODD 6.1. D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable.

Cible ODD 6.2. D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable

Cible ODD 7.1. D'ici à 2030, garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables et modernes, à un coût abordable

Cible ODD 8.8. Défendre les droits des travailleurs, promouvoir la sécurité sur le lieu de travail et assurer la protection de tous les travailleurs, y compris les migrants, en particulier les femmes, et ceux qui ont un emploi précaire

Cible ODD 11.5. D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de personnes tuées et le nombre de personnes touchées par les catastrophes, y compris celles qui sont liées à l'eau, et réduire nettement la part du produit intérieur brut mondial représentée par les pertes économiques directement imputables à ces catastrophes, l'accent étant mis sur la protection des pauvres et des personnes en situation vulnérable

Cible ODD 11.6. D'ici à 2030, réduire l'impact environnemental négatif des villes par habitant, y compris en accordant une attention particulière à la qualité de l'air et à la gestion, notamment municipale, des déchets

Cible ODD 13.1. Renforcer, dans tous les pays, la résilience et les capacités d'adaptation face aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles liées au climat

SOUS AXE STRATEGIQUE 1.3: RENFORCEMENT DES APTITUDES FAVORABLES A LA SANTE DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTES

OBJECTIF SPECIFIQUE : développer des actions de promotion de la sante afin de renforcer les aptitudes favorables à la sante des individus et des communautés

Cible ODD 2.1. D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, ait accès toute l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante

Cible ODD 2.2. D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées

Cible ODD 3.5. Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants d'alcool

Cible ODD 3.6. D'ici à 2020, diminuer de moitié au niveau national le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route

Cible ODD 5.2. Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation

Cible ODD 5.3. Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine

SOUS AXE STRATEGIQUE 1.4 : PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES, PLANIFICATION FAMILIALE, ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET DES DECES, PROMOTION DE LA SANTE DE L'ADOLESCENT ET SOINS APRES AVORTEMENT

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Amener les familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale*

Cible ODD 3.7 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux

Cible ODD 5.6 : Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi.

Cible ODD 16.9 : D'ici à 2030, garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances.

6.2.2. AXE PREVENTION DE LA MALADIE

SOUS AXE STRATEGIQUE 2.1 : PREVENTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Réduire l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et d'éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)*

Cible ODD 3.3. D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles

SOUS AXE STRATEGIQUE 2.2: MAPE ET EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE SURVEILLANCE ET REPONSE AUX MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE, AUX ZONOSSES ET EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Réduire les risques de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses*

Cible ODD 1.5. D'ici à 2030, renforcer la résilience des pauvres et des personnes en situation vulnérable et réduire leur exposition aux phénomènes climatiques extrêmes et à d'autres chocs et catastrophes d'ordre économique, social ou environnemental et leur vulnérabilité

3.b.1 Proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national

3.d.1 Application du Règlement sanitaire international (RSI) et préparation aux urgences sanitaires

SOUS AXE STRATEGIQUE 2.4 : PREVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Réduire l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles*

Cible ODD 3.4. D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

6.2.3. AXE PRISE EN CHARGE DES CAS

SOUS AXE STRATEGIQUE 2.3 : SRMNEA ET PTME

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Accroître la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfants*

Cible ODD 3.2. D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus

SOUS AXE STRATEGIQUE 3.2 : CONDITIONS MATERNELLES, NEONATALES, INFANTO-JUVENILES ET DES ADOLESCENTS LA SANTE

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Assurer une prise en charge globale selon les normes des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au niveau communautaire et dans les structures sanitaires*

Cible 3.1. D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes

6.2.4. AXE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE

SOUS AXE STRATEGIQUE 4.1 : FINANCEMENT DE LA SANTE

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Réduire les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable*

Cible 3.8. Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

SOUS AXE STRATEGIQUE 4.3 : MEDICAMENT ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Accroître la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé*

3.b.3 Proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable

SOUS AXE STRATEGIQUE : 4.4 RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Augmenter la disponibilité des RHS dans les structures de santé*

3.c.1 Densité et répartition du personnel de santé

SOUS AXE STRATEGIQUE 4.5 : INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHE EN SANTE

OBJECTIF SPECIFIQUE : *Assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire*

3.b.2 Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base

CHAPITRE 7 : CADRE DE MISE EN OEUVRE

Le PNDS 2021-2025 est une déclinaison de la Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030, qui est une opérationnalisation de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030.

La mise en œuvre du PNDS 2021-2025 sera faite selon une approche multisectorielle (ministériel et interministériel) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et périphérique), à travers les différents mécanismes de coordination du secteur santé. Il sera principalement question de : (i) Renforcer le cadre institutionnel et organisationnel du suivi-évaluation du PNDS au niveau ministériel, interministériel et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) renforcer le partenariat et la mobilisation coordonnée des ressources autour de la mise en œuvre du PNDS ; (iii) Rendre disponible la matrice des indicateurs, le cadre de performance, le tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PNDS pour chaque niveau de la pyramide sanitaire ; (iv) permettre à tous les acteurs du secteur santé de mesurer les progrès réalisés ; (v) renforcer l'alignement des partenaires aux priorités nationales, (vi) renforcer la redevabilité mutuelle dans l'atteinte des résultats en matière de santé.

7.1. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre du PNDS 2021-2025 sera assurée conformément aux orientations de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État complétée par la loi N°2018/012 du 11 juillet 2018 portant régime financier de l'Etat et des autres entités publiques. Cette loi institutionnalise une budgétisation basée sur les programmes avec des objectifs clairs à atteindre au bout d'une période déterminée. Elle privilégie la performance et l'utilisation efficace, équitable et efficiente des ressources publiques. Ainsi, dans un contexte économique aux ressources limitées, le passage d'une logique de moyens à une logique de performance, constitue un levier pour faciliter l'atteinte des résultats du PNDS. Il en est de même de la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant code général des collectivités territoriales décentralisées qui définit le cadre juridique général, les règles d'organisation et de fonctionnement ainsi que le régime spécifique des collectivités territoriales dans le secteur de la santé. La loi cadre de 1998 sur la santé viens compléter cette liste.

Le PNDS 2021-2025 sera coordonné, suivi et mis en œuvre conformément aux orientations du Décret N°2021/1541/PM du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SND30. Les structures en charge du pilotage stratégique et du suivi opérationnel de la SSS 2020-2030 et du PNDS 2021-2025 sont : (i) le Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (CNSE/SND30) ; (ii) l'unité technique de coordination ; (iii) la Sous-Commission « Santé » du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 et (iv) le Secrétariat Technique de la Sous-Commission « Santé ».

Le Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (CNSE/SND30)

Le Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (CNSE/SND30) est l'organe faitière chargée d'assurer le suivi ainsi que l'encadrement technique et opérationnel de l'ensemble des travaux relatifs à la mise en œuvre de la SND30. Présidé par le ministre en charge de la planification, le CNSE/SND30 a pour mission d'accompagner les différents secteurs dans l'élaboration de leurs stratégies sectorielles respectives, d'assurer la collaboration intersectorielle, ainsi que le suivi-évaluation de la SND30 et des stratégies sectorielles. Il veille également à assurer la déclinaison de la SND30 et des stratégies sectorielles au sein des administrations à travers les Cadres Stratégiques de Performances (CSP) et les plans stratégiques¹⁵¹. Le CNSE/SND30 est assisté d'une unité technique de coordination et des secrétariats sectoriels. L'ensemble de ses missions est listé dans l'encadré 1 ci-après.

Encadré 1: Missions du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030

Le CNSE/SND30 assure le suivi et l'encadrement technique de l'ensemble des travaux relatifs à la mise en œuvre de la SND30. A ce titre il est chargé notamment :

- de veiller à la finalisation des projets et réformes entamés dans le cadre du DSCE, ainsi que l'opérationnalisation des engagements du gouvernement œuvrant pour l'atteinte des objectifs de la vision d'émergence à l'horizon 2035 ;
- de suivre le processus de réalisation des études stratégiques d'opérationnalisation de la SND30 et notamment des études de faisabilités des plans et réformes identifiés dans la stratégie ;
- d'actualiser et d'assurer le suivi de la SND30 et des stratégies sectorielles à travers, notamment la production et la validation des rapports semestriels et annuels de mise en œuvre des stratégies sectorielles ;
- de suivre et d'optimiser en collaboration avec les administrations concernées le processus d'appropriation par le Cameroun des clauses de Rendez-vous des grands agendas internationaux (ODD, Agenda 2063, etc.) ;
- de soumettre à l'arbitrage du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, des propositions d'axes de priorisation des interventions du Gouvernement dans tous les secteurs, en vue de garantir la cohérence intersectorielle desdites interventions avec les objectifs stratégiques poursuivis par la SND30 ;
- de veiller à la déclinaison de la SND30 et des stratégies sectorielles au sein des administrations à travers les Cadres Stratégiques de Performances et les plans stratégiques ;
- de veiller à la consultation, la mobilisation et la sensibilisation, selon les cas de l'ensemble des acteurs institutionnels directement concernés y compris les Partenaires au Développement, pour la mise en œuvre de la SND30.

Source : Article 2 du Décret N°2021/1541/PM du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SND30

L'unité technique de coordination

L'unité technique de coordination est la cheville ouvrière qui assure la préparation des sessions du CNSE/SND30. A cet effet, elle est chargée de la coordination des activités des secrétariats sectoriels et veille à la production des rapports de suivi de la mise en œuvre des stratégies sectorielles. L'ensemble de ses missions est précisé dans l'encadré 2 ci-après.

Encadré 2: Mission l'unité technique de coordination de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030

L'Unité Technique de Coordination assiste le CNSE/SND30 dans la réalisation de ses missions. A ce titre, elle est chargée :

- de préparer les réunions du Comité en d'en dresser les comptes rendus ;
- d'assurer le suivi technique et opérationnel de la mise en œuvre de la SND30 ;
- de centraliser les études stratégiques d'opérationnalisation de la SND30 ;
- d'élaborer les projets de rapport de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SND30 ;
- de veiller avec les structures concernées, à la production à la base des statistiques nécessaires au suivi de la SND30 dans tous les secteurs ;
- de veiller à la mise en place des bases de données sectorielles en liaison avec les sous-commissions sectorielles et les administrations directement concernées ;
- de veiller, en liaison avec les structures concernées à l'alignement de toutes les interventions avec la SND30 et à leur cohérence ;
- de veiller à la mise en cohérence des instruments de la planification sectorielle et spatiale avec la SND30 ;
- de coordonner les activités des Secrétariats Techniques Sectoriels et de veiller notamment à la production des Rapports de suivi de la mise en œuvre des stratégies sectorielles ;
- de proposer au CNSE/SND30 toute mesure de nature à améliorer l'exécution de la SND30.
- d'exécuter toute autre tâche à lui prescrite par le CNSE/SND30 dans le cadre de son objet.

Source : Article 7.-(1) du Décret N°2021/1541/PM du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SND30

Sous-Commission « Santé » du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030

La mission principale de la sous-commission sectorielle « santé » est, l'orientation, la coordination, la supervision, l'harmonisation et l'encadrement des travaux relatifs à la Stratégie Sectorielle de Santé et du PNDS. Elle est coordonnée par le Secrétaire Général du MINSANTE et les membres qui la composent sont les Secrétaires généraux des administrations partenaires à savoir : le MINEPAT, le MINFI, le MINESUP, le MINDEF, la DGSN, le MINRESI, le MINJUSTICE, le MINAS, le MINEE, le MINEPDED, le MINTSS, le MINPROFF. A ces derniers, s'ajoutent les représentants des organisations sous tutelle notamment : le LANACOME, la CENAME, l'ONSP, l'IMPM, la CNPS. La liste des membres est complétée par les représentants

du secteur privé et de la société civile et des sociétés savantes : l'Ordre National des Médecins du Cameroun (ONMC), l'Ordre National des Pharmaciens du Cameroun (ONPC), l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes du Cameroun (ONCDC), l'Ordre des Professions Médico-Sanitaires (OPMS), l'Ordre National des Opticiens du Cameroun (ONOC). Le rapportage au sein de cette commission est assuré par le Secrétariat Technique de la Sous-Commission Santé (ST/SSS) et la Division de la Prospective et de la Planification Stratégique du MINEPAT (DPPS).

Secrétariat Technique de la Sous-Commission « Santé » (ST/SSS).

Le Secrétariat Technique de la sous-commission santé est chargé de la production des rapports de suivi de la mise en œuvre de la SSS 2020-2030. Ces rapports de suivi seront ensuite soumis à la sous-commission « Santé » du CNSE/SND30 pour validation, et pourront être par la suite exploités par l'unité de coordination technique dans le cadre de la préparation des sessions du CNSE/SND30. De manière détaillée, les missions du Secrétariat Technique de la sous-commission santé (ST /SSS) sont listées dans l'encadré 3 ci-après

Encadré 3 : les missions du Secrétariat Technique de la Sous-Commission « Santé », une contextualisation de l'Article 12.-(2) du Décret N°2021/1541/PM du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SND30

Le Secrétariat Technique de la sous-commission santé a pour mission de :

- **Préparer les réunions de la sous-commission santé et d'en dresser les comptes rendus**
- **identifier et suivre les problématiques, réformes et projets phares du secteur santé ;**
- **assurer la cohérence des interventions au sein du secteur santé ;**
- **mettre en place, en collaboration avec les acteurs concernés un système d'information sectorielle ;**
- **élaborer des rapports semestriels et annuels de mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé / PNDS ;**
- **préparer les outils techniques nécessaires à la réalisation des missions du CNSE/SND30 dans le secteur Santé ;**
- **exécuter toutes les autres missions à lui confiées par la Sous-Commission « Santé ».**

En plus des missions sus énoncées, le ST-SSS veillera particulièrement à assurer :

- (i) l'appui technique aux administrations du secteur santé dans les domaines de la planification, de la coordination et du suivi évaluation du PNDS ;
- (ii) L'appui technique aux administrations du secteur santé y compris le MINSANTE dans l'opérationnalisation du PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- (iii) la consolidation des productions des administrations du secteur santé (rapports de revues, PPA, CDMT, PTA, RAP) en vue de produire une information sectorielle ;

- (iv) l'arrimage entre les orientations stratégiques de la SSS/PNDS et les cadres stratégiques de performance des administrations du secteur santé ;
- (v) la mise en œuvre des réformes indispensables à l'atteinte des objectifs, inscrites dans la SSS et dans le PNDS.

7.2. MECANISME DE MISE EN ŒUVRE ET COORDINATION AU NIVEAU MINISTERIEL

Le PNDS 2021-2025 sera mis en œuvre dans le pays à travers des plans opérationnels élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et périphérique) avec la pleine participation de toutes les parties prenantes.

Niveau Central

Au niveau central, les structures en charge de la planification et de la programmation des administrations du secteur santé veilleront à l'élaboration des outils de planification permettant de décliner les interventions du PNDS. Les orientations du PNDS issues de la SSS sont déclinées dans les Cadres Stratégiques de Performances des administrations du secteur santé en Programmes, Actions et Activités. La déclinaison des activités en tâches assorties de budgets se fait sur une base triennale à travers les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Chaque année, les administrations du secteur santé élaborent un plan de travail annuel budgétisé (PTAB) lequel devrait constituer la base d'élaboration des plans de travail trimestriels (business plans).

Le mécanisme de coordination à ce niveau s'appuiera sur les plateformes de dialogue de gestion des différentes administrations du secteur santé.

Niveaux Déconcentrés

Au niveau déconcentré de la pyramide sanitaire, chaque structure de régulation du secteur santé devrait élaborer son document de contextualisation et d'opérationnalisation du PNDS selon la logique onehealth¹⁵². Il s'agit du Plan de Développement Sanitaire du District (PDSD) au niveau périphérique et du Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire (PRCDS) au niveau intermédiaire. Le but étant de fédérer les efforts de toutes les parties prenantes pour plus d'efficacité dans la mise en œuvre des interventions. Ces documents devront par la suite être déclinés en PTA. Il est à noter que, dans le cadre du projet de renforcement du système de santé, les acteurs du ministère de la santé ont adopté l'approche de financement basé sur la performance pour la mise en œuvre des interventions du PNDS. Il est attendu des structures sanitaires de tous les niveaux de la pyramide l'élaboration d'un contrat de performance assorti d'un business plan pour la mise en œuvre de leurs activités.

Pour des besoins d'efficacité, deux instances vont assurer la coordination et le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS au niveau déconcentré. Il s'agit : du Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES) pour le

niveau régional et du Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSSES) pour le niveau périphérique.

- *Niveau Intermédiaire*

Les délégations régionales devront assurer la coordination et le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS dans leurs aires de compétences respectives par le biais du PRCDS. Ce document multisectoriel devrait permettre aux DRSP et leurs partenaires (administrations partenaires, CTD, OSC et PTF), d'avoir un cadre de travail et de suivi-évaluation commun en matière de santé pour la région : il s'agit du Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES). Il devra être mis sur pied et présidé par le Gouverneur de la région en attendant l'effectivité des orientations de la loi sur la décentralisation qui accorde au président de Région le mandat du développement de l'action sanitaire et sociale dans leurs CDT. Il aura pour missions principales : (i) la validation des PRCDS avec toutes les parties prenantes sous la coordination et la supervision du ST/SSS ; (ii) la coordination multisectorielle et le suivi de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau régional ; (iii) la validation du plan de Suivi-Evaluation intégré du PRCDS et du tableau de bord de suivi multisectoriel de la DRSP.

Le Délégué Régional de la Santé Publique (DRSP) assurera la fonction de Secrétaire Technique de ce comité. Le Secrétariat Technique du CORECSES (ST/CORECSES) veillera également à assurer : (i) la compilation des données du niveau déconcentré pour chaque axe stratégique ; (ii) la rétro-information du niveau régional vers les districts de santé ; et (iii) la validation et la consolidation des rapports de progrès des DS.

Par souci d'efficacité, le ST/CORECSES en collaboration avec la Délégation Régionale de la Santé Publique devra apporter un appui technique aux Districts de Santé dans l'élaboration de leurs Plans de Développement Sanitaire (PDS), de leurs PTA et des tableaux de bord de suivi de ces PTA en veillant à ce que les activités proposées dans les différents PDS et PTA des DS soient cohérentes et convergentes vers l'atteinte des objectifs du PNDS.

Tous les autres acteurs clés des sous-comités thématiques multisectoriels existant dans la région seront intégrés dans le comité régional de coordination et de suivi de la mise en œuvre de la SSS. Le Chef de la Brigade de contrôle des soins de la DRSP travaillera à cet effet en synergie avec le FRPS et les coordonnateurs régionaux des programmes prioritaires. Un texte de la hiérarchie précisera les dispositions inhérentes à l'organisation ; au fonctionnement et aux missions du CORECSES.

- *Niveau Périphérique*

Le Plan de Développement Sanitaire du District permettra à l'équipe cadre de district de regrouper tous les acteurs du secteur santé autour d'une plateforme de travail et de suivi-évaluation unique, en tenant compte des orientations du Code Général des CTD. A cet effet, le Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSSES) devra être mis sur pied et présidé par le Préfet/Sous-Préfet en attendant l'effectivité des orientations de la loi sur la décentralisation qui accorde aux maires le mandat du

développement de l'action sanitaire et sociale dans leurs communes. Le Chef du District de Santé (CDS) assurera la fonction de secrétaire technique de ce comité. La mission du Secrétariat Technique du COCSES (ST/COCSES) sera d'élaborer le PDSD et le PTA du DS tout en veillant à ce que ces deux documents soient alignés sur le PNDS. Il en est de même du plan de suivi du PDSD qui devra trouver son ancrage dans le PISE. Il assurera aussi le suivi opérationnel des indicateurs inscrits dans le tableau de bord multisectoriel du DS. En outre, il transmettra périodiquement les informations sur les indicateurs traceurs du suivi-évaluation de son PTA/PDSD au CORECSES. Les ST/COCSES en collaboration avec le Service de Santé de district veilleront principalement à la consolidation des PTA des aires de santé ainsi qu'à l'organisation des missions de supervision et des réunions de coordination multisectorielles dans le DS. Le Chef Bureau Santé (CBS) du SSD travaillera à cet effet en synergie avec les OSC et acteurs locaux.

Tableau 21: Organes de coordination de la mise en œuvre du PNDS

NIVEAU D'INTERVENTION	ORGANES/STRUCTURES et FREQUENCES DES REUNIONS	COMPOSITION
INTERMINISTÉRIEL	<p>COMITE NATIONAL DE SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT 2020-2030 (CNSE/SND30)</p> <p>Fréquence des réunions : Semestrielles</p>	<p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directeur Général du Budget du Ministère en charge des finances - Directeur Général des Impôts du Ministère en charge des finances - Directeur Général des Douanes du Ministère en charge des finances - Directeur Général de l'Institut National de la Statistique - DG du BUCREP - le SP du Comité Technique de Suivi des Programmes - SP du Conseil National de la Décentralisation ; - 05 représentants des CTD - 03 représentants des organisations représentatives du secteur privé - 05 représentants de la société civile
	<p>UNITÉ DE COORDINATION TECHNIQUE</p> <p>Fréquence des réunions : Trimestrielle</p>	<p>Président : Directeur Général de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT)</p> <p>Coordonnateur Technique: Chef de la Division de la Prospective et de la Planification Stratégique</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> 01 représentant des services du PM - Directeur de l'aménagement du Territoire et de la mise en valeur des Zones Frontalières du Ministère en charge de l'aménagement du territoire <p>Président : Directeur de la coopération Nord-Sud et des organisations multilatérales du Ministère en charge de la Coopération technique ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chef de Division et de la Prévision et de la Préparation des Programmes et des Projet du Ministère en charge de la programmation des investissements publics - Chef de Division des Analyses et politiques économiques au Ministère en charge l'Economie ; - chef de Division de la Prévision du Ministère en charge des Finances ;

NIVEAU D'INTERVENTION	ORGANES/STRUCTURES et FREQUENCES DES REUNIONS	COMPOSITION
		<p>- Chef de Division des Analyses Démographiques et des Migrations du Ministère en charge de l'aménagement du territoire</p> <p>- Directeur des Infrastructures et d'Appui au Développement régional et Local du Ministère en charge de l'aménagement du territoire</p>
	<p>SOUS-COMMISSION « SANTÉ »</p> <p>Fréquence des réunions : Trimestrielle</p>	<p>Représentant LANACOME, CENAME, ONSP, IMPM, CNPS, secteur privé, OSC, ONMC, ONPC, ONCDC, ONPMS, ONOC.</p> <p>Rapporteurs : ST/SSS (Secrétariat Technique de la Sous-Commission sectorielle Santé)</p> <p>Représentant DPPS au MINEPAT</p>
	<p>Secrétariat Technique du Secteur Santé (ST/SSS)</p>	<p>PERSONNEL TECHNIQUE :</p> <p>(i) un statisticien ; (ii) un comptable ; (iii) un expert en planification, (iv) un expert en suivi-évaluation ; (v) Ingénieur informaticien ; (vi) un experts en économie de la santé ; (vii) expert en finances publiques ; (viii) deux médecins de santé publique (option épidémiologie / système de santé).</p> <p>COORDONNATEUR : Expert en santé publique</p>
MINISTERIEL	<p>Plateforme de dialogue de Gestion</p> <p>Fréquence des réunions Trimestrielle</p>	<p>Rapporteurs</p> <p>Directeur des Ressources Financières</p> <p>Chef de Division des Etudes et Projets</p> <p>Chef de la Cellule de Suivi</p>
Niveau Central	<p>Président : Ministre</p> <p>Vice-président : SG</p> <p>Membres</p> <p>Responsables de programmes</p> <p>Responsables d'actions</p> <p>Coordonnateur du Contrôle de gestion</p> <p>Contrôleurs de gestion</p> <p>Secrétariat Technique de la SSS</p> <p>Autres membres</p>	

NIVEAU D'INTERVENTION		ORGANES/STRUCTURES et FREQUENCES DES REUNIONS	COMPOSITION
Niveau Régional			
		<p>CORECSES</p> <p>Fréquence des réunions : Trimestrielle</p>	<p>MEMBRES : Délégués Régionaux des ministères partenaires au MINSANTE, (MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINJEC, MINTSS, MINSEP) ; responsable de l'infirmierie de la prison du niveau régional; manager du FRPS ; représentant de la plateforme régionale des OSC</p> <p>PRÉSIDENT : Gouverneur SECRETARIAT TECHNIQUE : DRSP</p>
Niveau Operational		<p>COCSES</p> <p>Fréquence des réunions : Trimestrielle</p>	<p>MEMBRES : (i) président du COSADI ; (ii) Membres de l'ECD ; (iii) délégués départementaux des ministères partenaires ; (iv) les membres de l'Equipe Cadre du District ; (v) les responsables des CTD et des Organisations de la Société Civile affiliées à la plateforme régionale des OSC.</p> <p>PRÉSIDENT : Préfet/Sous-préfet SECRETARIAT TECHNIQUE : Chef Service du District de Santé ;</p>

CHAPITRE 8 : CADRE DE SUIVI-EVALUATION

L'évaluation finale du PNDS 2016-2020 a permis de mettre en exergue les forces et les faiblesses en matière de suivi-évaluation. En ce qui concerne les forces, l'on relève la disponibilité du plan intégré de suivi-évaluation (PISE). A cela, on peut ajouter l'utilisation du DHIS-2 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire comme outil de collecte et de remontée des données de routine.

Pour ce qui est des insuffisances, on déplore :

- l'absence d'une chaîne de résultat qui montre le lien entre les résultats, les effets et les impacts attendus ;
- Le non-respect de la périodicité des enquêtes épidémiologiques ;
- la multiplicité des outils de collecte des données qui alourdit l'exploitation des données ;
- la faible implémentation des mécanismes permettant d'assurer la validité et la fiabilité des indicateurs ;
- l'absence des rapports évaluant de façon intégrée les progrès réalisés vis-à-vis des objectifs et des cibles ainsi que l'équité et l'efficacité du système.
- l'absence de déploiement et d'utilisation du logiciel de suivi évaluation des PDSD et des PRCDS, bien que ce dernier ait été mis au point ;
- l'insuffisance du suivi des recommandations émanant des activités de suivi-évaluation;
- absence d'une méthode d'évaluation des performances des finances, des ressources humaines, de passation des marchés, du S&E et des autres systèmes à tous les niveaux et à une périodicité bien définie ;
- Insuffisance de mécanismes pour l'utilisation des résultats de revues des performances au niveau central.

Pour pallier ces manquements, un Plan Intégré de Suivi-Evaluation (PISE) accompagne le PNDS. Celui-ci comporte : des indicateurs de réalisation directe, des indicateurs d'effet et d'impact qui permettront d'apprécier progressivement les niveaux d'exécution des activités planifiées et d'atteinte des objectifs du PNDS. Le suivi de la mise en œuvre se fera tant au niveau du MINSANTE qu'au niveau des administrations partenaires. Cette situation nécessite une forte coordination intra et interministérielle. Les indicateurs qui sont détaillés dans le PISE sont synthétisés dans le tableau 22 ci-après :

Tableau 22 : Indicateurs retenus dans le cadre du suivi-évaluation du PNDS 2021-2025

PROMOTION DE LA SANTE ET NUTRITION		
1) Proportion des DS disposant des COSADI fonctionnels	13) Nombre d'accident de travail (mortels et non mortels)	26) Fréquence de mort due aux accidents de la route
2) Ratio d'ASC par habitants	14) Proportion des ménages vivants dans un habitat décent	27) Proportion d'établissements scolaires qui dispose d'une source d'approvisionnement en eau potable
3) Taux de complétude du RMA Communautaire	15) Proportion des ménages ayant accès à un système d'assainissement	28) Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans
4) Proportion du budget des CTD allouées aux FOSA dans le cadre de la décentralisation	16) Capacité de production journalière d'eau potable	29) Prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer
5) Taux d'accès des populations autochtones aux services sociaux de base (notamment la santé) et à la vie publique	17) Taux de desserte en eau potable	30) Proportion des besoins non satisfaits en PF
6) Proportion du budget des FRPS alloués à l'appui des COSADI	18) Taux de desserte en infrastructure d'assainissement autonome amélioré	31) Taux de fécondité chez les adolescentes 15 à 19 ans pour 1 000 adolescentes
7) % des ménages utilisant les toilettes améliorées	19) Quantité de déchets urbains solides éliminés de façon adéquate	32) Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans
8) Proportion des ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner	20) % des personnes vulnérables au changement climatique	33) Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans
9) Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable	21) Prévalence des grossesses chez les adolescentes	34) Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire
10) Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) (ODD 3.9.2.)	22) Prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus	35) Proportion d'enfants ayant subi au moins une forme de violence ou d'abus
11) Proportion des districts de santé qui mettent en œuvre Total Piloté par la Communauté (ATPC)	23) Taux de malnutrition chronique des femmes enceintes ou allaitantes	36) % de naissances vivantes survenues dans les FOSA et ayant abouti à l'établissement d'un acte de naissance
12) Proportion d'entreprises assujetties ayant un Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS) installé et fonctionnel	24) Prévalence de l'insécurité alimentaire	
	25) Proportion des cibles touchées lors des activités de sensibilisation sur la lutte contre la consommation de la drogue en milieu scolaire et extra-scolaire	

PREVENTION DE LA MALADIE	
1. Incidence du VIH	11. Proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le PEV
2. Prévalence du VIH	12. Couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3)
3. Prévalence de l'hépatite virale B	13. Couverture vaccinale au RR1
4. Couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose	14. Améliorer l'indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International (RSI)
5. Taux de prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	15. Taux de couverture en CPN 4
6. % de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV	16. Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (proportion d'enfants exposés séropositifs)
7. Taux de prévalence des maladies transmissibles en milieu carcéral	17. Proportion de nouveau-nés ayant moins de 2500 g
8. Incidence de la tuberculose TPM+	18. Proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)
9. % d'enfants en âge scolaire déparasité	
10. Proportion d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées	
	19. % d'HD et assimilés qui offrent le SONUC selon les normes (9 fonctions)
	20. Prévalence du Diabète type 2 chez les adultes ayant au moins 18 ans
	21. Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques
	22. Prévalence Hospitalière de l'HTA
	23. Incidence du cancer du Col de l'utérus de 21% à 12%
	24. % des militaires revenus d'une OPS ayant bénéficié d'un accompagnement et d'une assistance psychologique
	25. Pourcentage de cibles touchées lors des campagnes de sensibilisation sur la prévention du handicap et des maladies invalidantes chez l'enfant
PRISE EN CHARGE DES CAS	
1. Taux de succès thérapeutiques des malades tuberculeux à bacilloscopie positive	9. Proportion des cas de fistules obstétricales réparées
2. Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	10. Taux d'accouchements par césarienne
3. Proportion des cas d'ulcère de Buruli guéris sans complications	11. Taux de mortalité maternelle
4. Taux de mortalité péri-opératoire dans les hôpitaux de 4ème catégorie	12. Taux de mortalité néonatale
5. Proportion de naissances vivantes ayant abouti à l'établissement d'une déclaration de naissance	13. Taux de mortalité infantile
6. Taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière	14. Taux de mortalité infanto-juvénile
7. Pourcentage des personnes âgées qui bénéficient d'une assistance sanitaire et psychosociale	15. Pourcentage des Femmes Enceintes diagnostiquées de syphilis en CPN et qui reçoivent un traitement selon les normes
8. Proportion de nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance	16. Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié
	17. Proportion de naissances vivantes ayant abouti à une déclaration de naissance
	18. Proportion d'urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé au niveau national
	19. Proportion des Hôpitaux de District offrant une transfusion sanguine selon les normes
	20. Proportion de DS disposant d'une ambulance médicalisée et dont le système de référence contre référence est fonctionnel
	21. Proportion de Centres d'opérations d'urgence régionales qui dispose des RHS requises
	22. Proportion des patients souffrant de cataracte et ayant recouvré une acuité visuelle supérieure à 3/10 une semaine après l'intervention chirurgicale
	23. Nombre de personnes handicapées pris en charge dans les centres de réadaptation fonctionnel

RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	
1. Proportion de DS ayant atteint la phase de consolidation	9. Pourcentage d'HD et assimilés qui délivrent le PCA complet
2. Proportion des dépenses de santé supportées par les ménages	10. Fréquence de patients soignés dans les structures et formations médicales militaires
3. Taux de personne couvertes par un mécanisme de protection sociale en santé	11. Proportion d'établissement de santé de première ligne (CSI et CMA) qui délivrent le PMA complet
4. Proportion du budget de la santé dans le budget national (SND30)	12. Proportion des formations sanitaires qui disposent d'un ensemble de base de médicaments essentiels disponibles et abordables de manière durable
5. Proportion des mutuelles de sécurité sociale couvrant au moins trois (03) risques	13. Part des médicaments de la rue dans l'offre totale des médicaments
6. Proportion de la population active occupée couverte pour au moins trois (03) risques	14. Part des médicaments traditionnels dans l'offre totale des médicaments
7. Proportion d'HD construits selon les normes	15. Pourcentage des structures sanitaires dotées d'au moins 50% des ressources humaines selon les normes
8. Proportion de SSD construit selon les normes	16. Proportion de médecins par habitant
	17. Nombre d'étudiants formés par ans en santé humaine et animal
	18. Taux de promptitude des RMA dans le DHIS2
	19. Taux de complétude des RMA dans le DHIS2
	20. Proportion des résultats de recherche ayant fait l'objet d'une restitution
	21. Pourcentage de projets de recherche autorisés dont les résultats ont été publiés
	22. Proportion de décès survenus en milieu sanitaire et déclarés
	23. Proportion de décès dont la cause a été identifiée et documentée
GOVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE	
1. Taux de réalisation des objectifs de la SSS 2020-2030	4. % de structures de santé auditées et contrôlée par an
2. Proportion du budget alloué aux priorités programmatiques	5. Taux de réalisation des missions d'inspection (niveau central) et de supervision intégrée (DRSP et des DS)
3. Taux de déperdition des ressources allouées aux structures du niveau opérationnel	6. % de DRSP ayant renseigné le tableau de bord de suivi des performances projetées dans le PNDS
	7. Disponibilité de rapports annuel de revue sectorielle santé
	8. % des PTA des structures du secteur santé arrimés au PNDS

CHAPITRE 9 : FINANCEMENT DU PNDS

Ce chapitre présente les prévisions de financement pour la mise en œuvre du PNDS 2021-2025: (i) les coûts prévisionnels du PNDS 2021-2025, (ii) l'analyse des gaps de financement et (iii) les stratégies de viabilisation financière et analyses d'impact.

9.1 COÛTS PRÉVISIONNELS DU PNDS 2021-2025

9.1.1 HYPOTHÈSES ET MÉTHODE D'ESTIMATION

L'estimation des besoins réels de financement de la santé a été réalisée avec l'outil One Health sur la même base méthodologique que la Stratégie Sectorielle 2020-2030. Cet outil permet l'estimation des coûts des interventions dans le domaine de la santé, sur la base des cibles fixées et intègre l'analyse des goulots d'étranglement et la budgétisation des actions correctrices. Ceci permet d'avoir une estimation holistique des besoins de financement en santé. Cette estimation des coûts est basée sur les données programmatiques et sur les cibles existantes.

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le plan, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. L'approche des ingrédients incarne une méthode bottom-up de calcul des coûts. Elle consiste à tout d'abord isoler les interventions définissant chaque activité, puis à identifier, quantifier et calculer les intrants nécessaires pour la production de l'unité cible. Ce travail est effectué par le biais du coût unitaire moyen de chaque intervention. En plus des coûts d'intrants directs pour les médicaments et les fournitures, les coûts unitaires comprennent une partie des coûts du programme. Ces coûts sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des interventions (formation, supervision, suivi et évaluation, équipement, plaidoyer et communication, masses médias et sensibilisation) qui ne sont pas directement liées au nombre de personnes recevant des soins.

Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché (tenant compte de l'inflation), de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des Nations Unies et des enquêtes.

Le présent costing a tenu compte d'une analyse des déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d'accessibilité, d'utilisation des services de santé par la population, de couverture adéquate et de couverture effective en vue de la réalisation des objectifs fixés pour la période 2021-2025 dans la SND30 et SSS 2020-2030.

La budgétisation prend en compte d'une part, les réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de construction, de réhabilitation et d'équipement des infrastructures sanitaires et d'autre part, les stratégies gouvernementales adoptées pour faire face à certaines urgences de santé publique (Stratégie de Riposte du Cameroun face à la COVID-19

la résilience économique et sociale dans le contexte de COVID-19) en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) en 2030.

Cette estimation des coûts est basée sur les données programmatiques et les cibles existantes, ainsi que les couvertures escomptées des interventions retenues dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Les projections ont été effectuées sur la base de la méthode des moindres carrés ordinaires¹. On estime l'équation de la courbe d'ajustement à partir de laquelle seront déterminées les valeurs des années de projections. En fonction de la tendance, une courbe de type linéaire, exponentielle, logarithmique, polynomiale ou puissance a été utilisée.

Aussi, cette estimation des coûts est basée sur les données programmatiques et sur les cibles existantes, ainsi que les couvertures escomptées des interventions retenues dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Les projections ont été effectuées sur la base de la méthode des moindres carrés ordinaires². On estime l'équation de la courbe d'ajustement à partir de laquelle seront déterminées les valeurs des années de projections. En fonction de la tendance, une courbe de type linéaire, exponentielle, logarithmique, polynomiale ou puissance a été utilisée.

9.1.2 SCÉNARII DE FINANCEMENT DU PNDS

Dans le cadre de l'estimation des coûts la phase 2021-2025 du PNDS, trois scénarii ont été proposés ;

- un **scénario minimum** qui repose sur le maintien des acquis en matière de couvertures des interventions avec une légère augmentation de l'ordre de 5% sur les couvertures.
- un **scénario moyen** qui repose sur les couvertures attendues dans le PNDS. En effet, sur la base de données existantes jusqu'en 2025, il a été procédé à des projections de l'année de base de la donnée à 2025 en utilisant la méthode des moindres carrés ordinaires décrite plus haut.
- un **scénario maximum** repose sur les projections de couvertures maximales, portant à 100% toutes les couvertures attendues en 2025 qui étaient de 80%, et une

¹ La **méthode des moindres carrés ordinaire (MCO)** est le nom technique de la **régression mathématique** en Statistique, et plus particulièrement de la régression linéaire. Il s'agit d'un modèle couramment utilisé en **Econométrie**.

Il s'agit d'ajuster un nuage de points $\{Y_i, X_i\}_{i=1, \dots, n}$ selon une relation linéaire, prenant la forme de la relation matricielle $Y=X\beta+\epsilon$, où ϵ est un terme d'erreur. La méthode des moindres carrés consiste à minimiser la somme des carrés des écarts, écarts pondérés dans le cas multidimensionnel, entre chaque point du nuage de régression et son projeté, parallèlement à l'axe des ordonnées, sur la droite de régression.

Lorsque la matrice X se décompose en $[1, X_1]$, on parle de régression linéaire univariée (**régression linéaire**). Lorsqu'il y a plusieurs régresseurs dans la matrice X , on a plutôt affaire à une **régression linéaire multiple**.

² La **méthode des moindres carrés ordinaire (MCO)** est le nom technique de la **régression mathématique** en Statistique, et plus particulièrement de la régression linéaire. Il s'agit d'un modèle couramment utilisé en **Econométrie**.

Il s'agit d'ajuster un nuage de points $\{Y_i, X_i\}_{i=1, \dots, n}$ selon une relation linéaire, prenant la forme de la relation matricielle $Y=X\beta+\epsilon$, où ϵ est un terme d'erreur. La méthode des moindres carrés consiste à minimiser la somme des carrés des écarts, écarts pondérés dans le cas multidimensionnel, entre chaque point du nuage de régression et son projeté, parallèlement à l'axe des ordonnées, sur la droite de régression.

Lorsque la matrice X se décompose en $[1, X_1]$, on parle de régression linéaire univariée (**régression linéaire**). Lorsqu'il y a plusieurs régresseurs dans la matrice X , on a plutôt affaire à une **régression linéaire multiple**.

augmentation de 20 points sur les couvertures des interventions comprises entre 0 et 79%.

Le coût par scénario est consigné dans le tableau ci-dessous :

Tableau 23 : Budget estimatif du PNDS 2021-2025 par scénario

SCÉNARIO	Coût en CFA	Coût en USD
Minimum (pessimiste)	2 129 732 675 354	3 872 241 228
Moyen (tendanciel)	2 764 912 565 105	5 027 113 755
Maximum (optimiste)	3 035 004 087 392	5 518 189 250

De l'analyse des différents scénarii, le scénario minimum se plie aux contraintes conjoncturelles actuelles. Quant au scénario moyen ou tendanciel, il offre des possibilités de mobilisations de ressources plus réalistes. Le scénario maximum est le scénario idéal nécessitant plus de ressources. Ce dernier scénario est celui qui est souvent retenu lorsqu'il n'y a pas de problème de ressources dans le pays.

Le scénario moyen ou tendanciel est retenu pour le PNDS 2021-2025 parce que plus réaliste et réalisable, moyennant un effort acceptable de mobilisation de ressources.

9.1.3 ANALYSE DU COÛT PRÉVISIONNEL DU PNDS 2021-2025

➤ Répartition du Budget par axe stratégique et par an

La programmation est proposée en fonction des prévisions de financement du plan sur la base des cinq (5) axes stratégiques. Le coût global estimatif de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 s'élève à **2 764 912 565 105** de FCFA soit environ **5 027 113 755 USD³**. La moyenne annuelle est de **552 982 513 021** de FCFA.

Tableau 24: Budget annuel par axe stratégique

AXES STRATEGIQUES	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	TOTAL
Promotion de la santé et nutrition	15 286 581 168	24 347 383 644	27 268 798 449	27 365 837 992	31 016 977 976	125 285 579 229
Prévention de la maladie	58 598 877 386	84 767 144 676	129 270 519 103	129 686 901 648	149 547 777 619	551 871 220 431
Prise en charge des cas	101 814 668 845	129 993 739 871	183 208 816 983	196 801 349 670	224 284 498 224	836 103 073 592
Renforcement du système de santé	161 257 078 381	217 225 864 136	254 820 155 654	177 646 128 094	208 892 174 321	1 019 841 400 586
Pilotage stratégique et Gouvernance	14 345 110 608	20 095 979 793	59 996 202 797	60 321 363 307	77 052 634 762	231 811 291 267
TOTAL	351 302 316 388	476 430 112 119	654 564 492 986	591 821 580 711	690 794 062 901	2 764 912 565 105

La figure ci-après donne l'évolution annuelle du besoin de financement la phase 2021-2025 du PNDS.

³ 1 USD = 550 FCFA

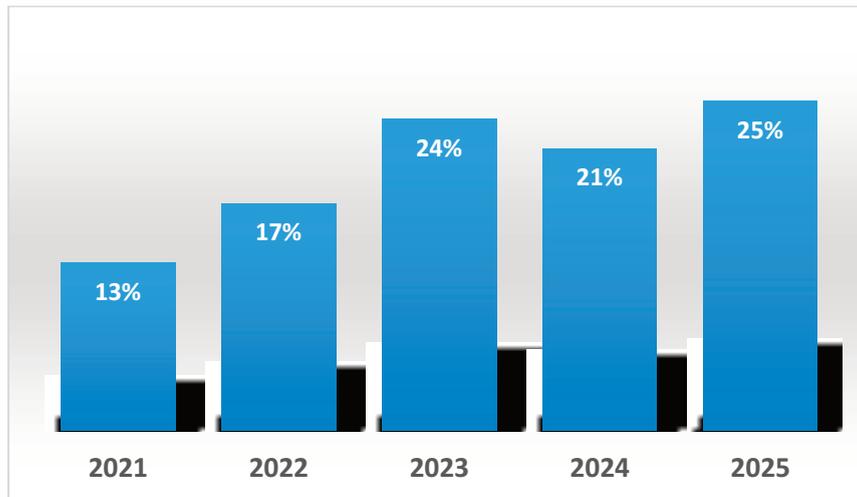


Figure 13 : Proportion par an des prévisions budgétaires du PNDS 2021-2025

Cette figure montre une évolution croissante du coût des interventions de 2021, 2022 et 2023 (respectivement 13 %, 17% et 24%), avant de décroître en 2024 (21%), puis remonter en 2025 (25%). La baisse du budget en 2024 s'explique par la fin de la mise en œuvre du Plan National de Riposte contre la COVID-19 en 2023.

➤ **Analyse de la répartition du Coût global par axes stratégiques**

La figure ci-dessous montre la répartition du budget par axe stratégique du PNDS.

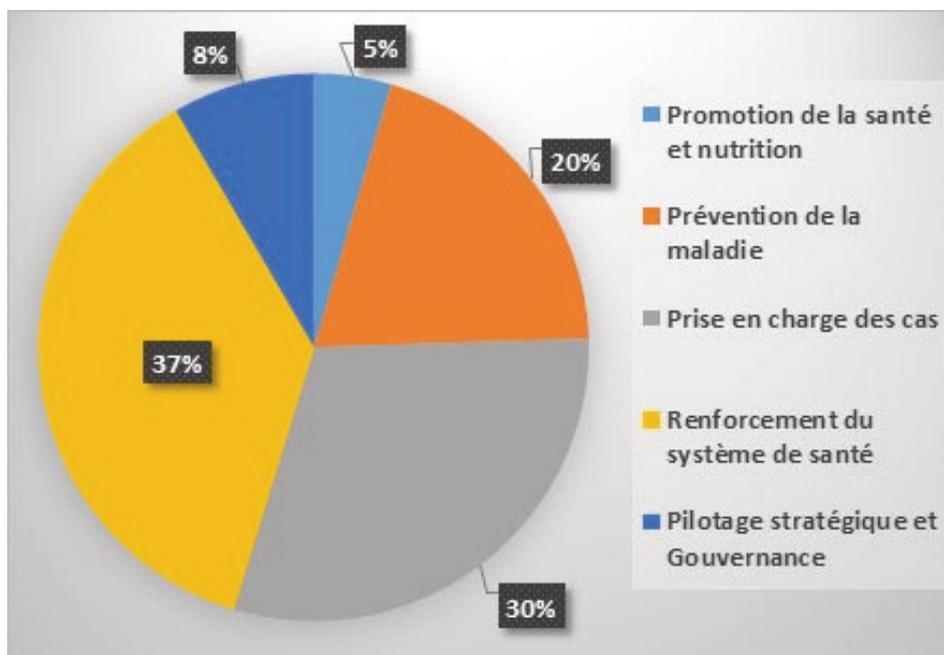


Figure 14 : Répartition du budget par axe stratégique

Il ressort de cette figure ci-dessus que l'axe stratégique « **renforcement du système de santé** » représente **37%** du budget, ce qui s'explique par le fait que cet axe regroupe l'ensemble des

piliers majeurs du système de santé : les infrastructures de santé, les médicaments, les ressources humaines, le financement de la santé et le système d'information sanitaire. Face à l'accroissement de la demande des services et soins de santé et à l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé de qualité, l'importance du poids de cet axe s'explique.

Le poids budgétaire de l'axe stratégique « **prise en charge des cas** » est de **30%** du budget du PNDS. Ceci se justifie par le fait que cette composante regroupe entre autres la prise en charge des différentes pathologies (diagnostic et traitement) : maladies transmissibles et non transmissibles, interventions à haut impact pour la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent, etc.

L'axe stratégique « **prévention de la maladie** » représente **20%** des estimations budgétaires, ce qui se justifie par la prise en compte de préoccupations sanitaires actuelles comme la prévention des maladies transmissibles, non transmissibles et celles évitables par la vaccination y compris la COVID-19.

Les axes stratégiques « **pilotage et gouvernance** » et « **promotion de la santé et nutrition** » représente le reste du budget projeté (**13%**) avec respectivement **8%** et **5%**.

➤ Répartition du coût global par sous axe stratégique du PNDS

Le tableau ci-après présente la répartition et l'évolution des parts de chaque sous axe dans le budget global en valeur absolue.

Tableau 25 : Répartition du budget du PNDS 2021-2025 par axes et sous-axes stratégiques

AXES STRATEGIQUES	SOUS AXES STRATEGIQUES	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL	%
Promotion de la santé et Nutrition	Capacités institutionnelles, communautaire et coordination pour la promotion de la santé	3 873 242 971	6 902 904 691	10 260 414 531	11 552 681 645	13 636 461 390	46 225 705 229	2%
	Cadre de vie des populations	4 320 302 944	4 746 556 044	5 203 899 778	5 694 108 997	6 219 047 654	26 183 915 417	1%
	Renforcement des aptitudes favorables à la santé	5 362 591 682	10 747 003 329	9 613 531 394	7 667 240 789	8 426 597 804	41 816 964 997	2%
	Pratiques familiales essentielles et planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement	1 730 443 571	1 950 919 581	2 190 952 746	2 451 806 561	2 734 871 128	11 058 993 586	0,40%
Prévention de la maladie	Prévention des maladies transmissibles	12 504 415 380	14 848 690 026	54 970 600 093	57 576 916 638	73 255 656 520	213 156 278 658	8%
	MAPE et événements de santé publique surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et événements de santé publique	7 389 425 791	23 475 695 296	16 418 850 478	8 916 462 532	7 774 403 469	63 974 837 564	2%
	SRMNEA/PTME	32 273 784 900	37 189 881 650	42 902 787 843	48 757 377 675	54 996 484 354	216 120 316 423	8%
	Prévention des maladies non transmissibles	6 431 251 315	9 252 877 703	14 978 280 689	14 436 144 804	13 521 233 276	58 619 787 786	2%

Prise en charge des cas	Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles	55 343 973 065	66 030 218 614	114 677 934 651	122 021 299 701	143 394 562 440	501 467 988 471	18%
	Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et adolescents	22 701 383 630	27 429 857 629	32 462 198 696	37 786 602 818	43 364 314 855	163 744 357 629	6%
	Urgences, catastrophes et crises humanitaires	2 909 198 403	14 491 705 360	12 789 481 327	12 419 501 981	11 597 297 510	54 207 184 581	2%
	Prise en charge du handicap	20 860 113 746	22 041 958 267	23 279 202 309	24 573 945 170	25 928 323 418	116 683 542 911	4%
	Financement de la santé	4 584 836 183	5 187 402 803	5 737 910 139	6 640 868 652	7 742 609 623	29 893 627 400	1%
	Offre de services et de soins	57 353 688 865	67 312 113 883	70 257 938 774	30 954 778 902	32 442 399 942	258 320 920 365	9%
	Médicaments et autres produits pharmaceutiques	36 814 226 718	58 443 371 039	90 250 794 057	67 076 126 665	83 924 510 843	336 509 029 324	12%
	Ressources humaines en santé	46 758 638 662	65 219 919 168	65 584 346 237	55 883 914 000	59 183 078 659	292 629 896 726	11%
	Information sanitaire et recherche en santé	15 745 687 953	21 063 057 244	22 989 166 447	17 090 439 873	25 599 575 255	102 487 926 771	4%
	Gouvernance	14 187 444 545	19 872 097 933	59 820 493 366	60 148 820 353	76 876 708 361	230 905 564 558	8%
Pilotage stratégique et Gouvernance	157 666 062	223 881 860	175 709 431	172 542 955	175 926 401	905 726 709	0,03%	
BUDGET TOTAL DU PNDS 2021-2025		351 302 316 388	476 430 112 119	654 564 492 986	591 821 580 711	690 794 062 901	2 764 912 565 105	100%

tableau ci-après présente la répartition et l'évolution des parts de chaque sous axe dans le budget global en valeur relative.

Tableau 26: Répartition du poids du budget par axe et sous-axe stratégique

AXES STRATEGIQUES	SOUS AXES STRATEGIQUES	2021	2022	2023	2024	2025
Promotion de la santé et nutrition	Capacités institutionnelles, communautaire et coordination pour la promotion de la santé	25%	28%	38%	42%	44%
	Cadre de vie des populations	28%	19%	19%	21%	20%
	Renforcement des aptitudes favorables à la santé	35%	44%	35%	28%	27%
Pourcentage de la "Promotion de la santé" sur le budget global	Pratiques familiales essentielles et planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement	11%	8%	8%	9%	9%
	Pourcentage de la "Promotion de la santé" sur le budget global	4%	5%	4%	5%	4%
	Prévention des maladies transmissibles	21%	18%	43%	44%	49%
Prévention de la maladie	Surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et événements de santé publique	13%	28%	13%	7%	5%
	SRMINEA/PTME	55%	44%	33%	38%	37%
	Prévention des maladies non transmissibles	11%	11%	12%	11%	9%
Pourcentage de la "Prévention de la maladie" sur le budget global	Pourcentage de la "Prévention de la maladie" sur le budget global	17%	18%	20%	22%	22%
	Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles	54%	51%	63%	62%	64%
	Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et adolescents	22%	21%	18%	19%	19%
Prise en charge des cas	Urgences, catastrophe et crises humanitaires	3%	11%	7%	6%	5%
	Prise en charge du handicap	20%	17%	13%	12%	12%
	Pourcentage de la "Prise en charge des cas" sur le budget global	29%	27%	28%	33%	32%
Renforcement du système de santé	Financement de la santé	3%	2%	2%	4%	4%
	Offre de services et de soins	36%	31%	28%	17%	16%
	Médicaments et autres produits pharmaceutiques	23%	27%	35%	38%	40%
	Ressources humaines en santé	29%	30%	26%	31%	28%
	Information sanitaire et recherche en santé	10%	10%	9%	10%	12%
Pourcentage du "Renforcement du système de santé" sur le budget global	46%	46%	39%	30%	30%	
Pilotage stratégique et Gouvernance	Gouvernance	98,9%	98,9%	99,7%	99,7%	99,8%
	Pilotage stratégique	1,1%	1,1%	0,3%	0,3%	0,2%
Pourcentage du "Pilotage stratégique et Gouvernance" sur le budget global	Pourcentage du "Pilotage stratégique et Gouvernance" sur le budget global	4%	4%	9%	10%	11%

9.1.4 IMPACT PROJÉTÉ

L'outil OneHealth a permis à partir des données de base et des projections de couverture attendues de calculer les coûts liés aux objectifs fixés et de projeter l'impact en termes de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Cependant, les arbitrages du volume de financement des interventions de la SSS entraîneront des conséquences sur les résultats attendus.

➤ **Mortalité néonatale et vies additionnelles sauvées**

Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-2018), le taux de mortalité néonatale était estimé à 28,02 décès pour 1000 naissances vivantes (NV). Sur la base des projections de couvertures attendues et des interventions à mettre en œuvre, le taux de mortalité néonatal passera de 28,02 à 20,9 décès pour 1000 NV en 2025. Les interventions à mettre en œuvre dans le cadre du PNDS permettront d'éviter 7 188 décès additionnels sur les 18 226 décès attendus soit une réduction de 39,44%.

➤ **Mortalité des enfants de moins de 5 ans et vies additionnelles sauvées**

En 2018, le taux de mortalité infanto-juvénile au Cameroun, était estimé à 80 pour mille naissances vivantes (EDS 2018). Sur la base des projections de couvertures attendues et des interventions à mettre en œuvre, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans passerait de 80 à 51,61 décès pour 1000 NV en 2025. Les interventions à mettre en œuvre dans le cadre du PNDS permettront d'éviter 21 642 décès additionnels sur les 50 226 décès d'enfants de moins de 5 ans attendus soit une réduction de 43,09%.

➤ **Mortalité maternelle et vies additionnelles sauvées**

Selon l'EDS 2018, le ratio de mortalité maternelle était estimé à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes. Sur la base des projections de couvertures attendues et des interventions à mettre en œuvre, le ratio de mortalité maternelle passerait de 406 à 272 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2025. Les interventions à mettre en œuvre dans le cadre du PNDS permettront d'éviter 2 821 décès additionnels sur les 13 086 décès de femmes attendus soit une réduction de 49,25%.

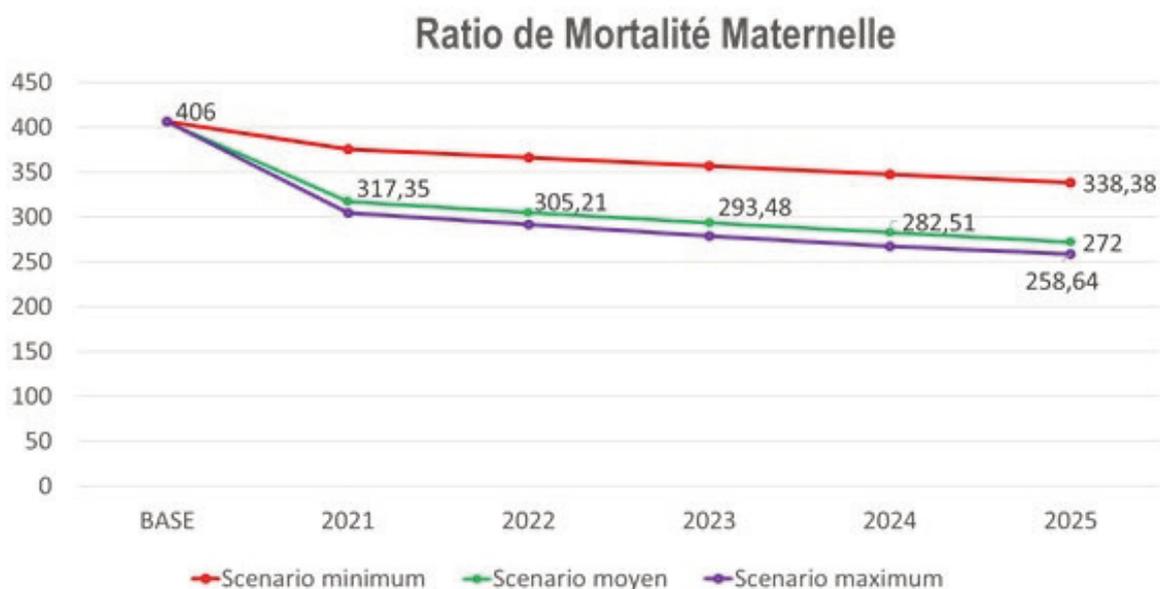


Figure 15 : Projection de la réduction de la mortalité maternelle

Tableau 27: Nombre de vies sauvées (scénario moyen)

Vie additionnelles sauvées de	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025
Nouveaux nés	3 400	4 411	5 383	6 315	7 188
Enfants de moins de 5 ans	7 165	9 405	11 363	12 963	14 455
Mères	795	907	1 016	1 118	1 216

Tableau 28: Récapitulatif des taux de mortalité (scénario moyen)

Récapitulatif des taux de mortalité	Base	2021	2022	2023	2024	2025
Ratio de mortalité maternelle (morts pour 100,000 Naissances vivantes)	406	317,4	305,2	293,5	282,5	272
Taux de mortalité néonatale (morts pour 1 000 naissances)	28,02	24,23	23,12	22,05	21,04	20,09
Taux de mortalité infantile	47,5	40,46	38,5	36,69	35,05	33,49
Taux de mortalité infanto juvénile (morts pour 1 000 naissances)	80	67,77	64,17	60,95	58,2	55,61

➤ Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans

Il existe une relation entre santé de l'enfant et développement économique. En effet, un enfant bien soigné (en bonne santé) sera mieux éduqué, et plus productif à l'avenir. En revanche, un mauvais état de santé au cours de l'enfance entraîne une perte de productivité des parents au moment de la maladie, et à long terme entraîne des troubles à l'âge adulte. Dans les familles pauvres, cela contribue fortement à entretenir le cercle vicieux de pauvreté dans les générations à venir. La mise en œuvre du PNDS va réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 30,2% en passant de 80 pour 1000 à 55,61 pour 1000.

Des analyses économétriques⁴ estiment qu'une réduction de 5% du taux de mortalité des enfants entraîne un gain de productivité de 1% sur le Produit Intérieur Brut (PIB). Le PIB du Cameroun est estimé en 2020 à 23 486,5 milliards de FCFA. La mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans,

⁴ Wealthier is Healthier (Pritchett-Summers 1996)

permettra au pays de générer un gain de productivité d'environ **1 432 milliards de FCFA** pendant les 05 années de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

9.2 ANALYSE DES GAPS DE FINANCEMENT

Une revue de budgétisation sur les cinq derniers exercices montre que l'Etat a alloué au Ministère de la Santé Publique une **moyenne de 200,239 milliards de FCFA** au titre de budget pour financer les dépenses de santé sur ladite période. Cette moyenne serait plus importante encore si toutes les ressources budgétisées pour les dépenses de santé des autres administrations et structures sous tutelle pouvaient être captées. Néanmoins, elles se présentent pour le MINSANTE comme suit.

Exercice	Ressources budgétaires allouées au MINSANTE
2018	175 239 590 200
2019	207 943 062 000
2020	213 651 000 000
2021	197 121 500 000
2022	207 240 000 000

Par contre le besoin moyen de financement par exercice pour le PNDS se situe par exercice à 552,985 milliards si l'on se réfère au tableau ci-après récapitulatif par année des ressources attendues pour financer les dépenses de santé de 2021 à 2025.

Exercice	Besoin de financement
2021	351 302 318 409
2022	476 430 114 141
2023	654 564 495 009
2024	591 821 582 735
2025	690 794 064 926

De manière plus précise le gap de financement est croissant de 2021 à 2025, par rapport à la moyenne du budget annuel par exercice alloué au MINSANTE, et se présente comme suit :

Exercice	Besoin de financement	Budget moyen MINSANTE	Gap de financement
2021	351 302 318 409	200 239 030 440	- 151 063 287 969
2022	476 430 114 141	200 239 030 440	- 276 191 083 701
2023	654 564 495 009	200 239 030 440	- 454 325 464 569
2024	591 821 582 735	200 239 030 440	- 391 582 552 295
2025	690 794 064 926	200 239 030 440	- 490 555 034 486

On se rend bien compte que l'espace budgétaire du Chapitre 40 ne peut permettre à lui seul de combler les gaps de financement du PNDS.

A titre de rappel l'historique de budgétisation nous montre que pour les 5 derniers exercices, la part des ressources allouées au MINSANTE est décroissante d'année en année et se situe en moyenne à moins de 5% par rapport au budget global de l'Etat, telle que illustré dans le tableau ci-après :

Exercice	Budget ETAT	Budget du MINSANTE	Part du budget du MINSANTE dans le budget global de l'Etat
2 018	4 513 500	173 239	3,84%
2 019	4 805 500	207 943	4,33%
2 020	4 951 700	213 651	4,31%
2 021	4 865 200	197 121	4,05%
2 022	5 752 400	207 240	3,60%

Pour rester conforme aux engagements pris à Abuja (15% du budget national doit être alloué au financement de la santé), en augmentant cette proportion budgétaire, l'Etat contribuerait significativement à résorber les gaps ainsi relevés et à diminuer la contribution directe des ménages les dépenses de santé.

9.3 STRATÉGIE DE VIABILISATION FINANCIÈRE

Le financement des différentes interventions retenues dans le PNDS sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, de ses partenaires au développement, des ONG et du secteur privé. L'élaboration d'un cadre des dépenses à moyen terme pour le secteur santé auquel sera adossé le COMPACT NATIONAL, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et internationaux.

La mise à jour de la stratégie de financement de la santé permettra de détailler les aspects relatifs à la collecte des recettes, la mise en commun des ressources et l'achat des interventions. Ce processus est adossé à la réflexion multisectorielle en cours sur un système de Couverture Santé Universelle. In fine, cette stratégie permettra d'assurer la viabilité financière du secteur santé tout en diminuant la participation directe des ménages et des partenaires au développement conformément aux orientations de la SND30.

LISTE DES CONTRIBUTEURS

NOMS	STRUCTURE	ORGANISME
ACOMPAGNEMENT TECHNIQUE ET METHODOLOGIQUE		
Pr KINGUE Samuel	CT1/MINSANTE	MINSANTE
Dr MACHE PENTOUÉ Patrice	Coordonnateur du ST/SSS	
M. NDOUGSA ETOUNDI Guy Roger	Expert en Planification Suivi-Evaluation au ST/SSS	
Mr FONKOUA Eric Jackson	CEA/DCOOP	
Dr TANIA BISSOUMA-LEDJOU	OMS/ Health Planning Advisor, Unité ULC Team Lead	PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS
Dr BASSONG MANKOLLO Olga Y	Consultant OMS	
Dr KABORE Nestor	Consultant OMS pour la budgétisation	
Dr KOUADJO Léonard	Chef Section Santé/UNICEF	
Dr NGUM Bélyse	Spécialiste Santé/UNICEF	
M. ZANGA Serges	Suivi-évaluation/UNICEF	
Dr TCHOFA Jose	Directeur. Santé/ USAID	
EXPERTS ET PERSONNES RESSOURCES		
Dr BARA Thomas	DGSN	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Dr NSI Celestine	MINDEF	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mme AYANG HADIDJA	MINTSS	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mme NGO NJIKI	MINEE	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mme TCHANTCHOU Noëlle	MINEPAT	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mme ZIE Mirabelle	MINPROFF	ADMINISTRATION PARTENAIRE
M. CHOMSSEM Charles Michel	MINEPAT	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mme MAKANI Marie	MINAS	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Dr NGUETSE Pierre	MINEPAT	ADMINISTRATION PARTENAIRE
M. KENHOUNG Yannick	MINFI	ADMINISTRATION PARTENAIRE
M. MVONDO BIKOULA Michel	MINEDUB	ADMINISTRATION PARTENAIRE
M. OTTOU BESSALA	MINAS	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mme AKOA EFA Eliane	BUNEC	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mme DIBAM OKOM Cynthia	BUNEC	ADMINISTRATION PARTENAIRE

NOMS	STRUCTURE	ORGANISME
M. OTTOU MEBENGA Thierry	BUNEC	ADMINISTRATION PARTENAIRE
M. ILANGO Gérard	BUNEC	ADMINISTRATION PARTENAIRE
ANDJONGO Mathias	MINEPAT/DPPS	ADMINISTRATION PARTENAIRE
NZIE MIRABELLE	MINPROFF	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Mr LOBE BONAM	MINPROFF	ADMINISTRATION PARTENAIRE
Dr ELLA NGO MAYIONG	OMS	PTF
Dr EMAH Irène	OMS	PTF
Dr MOLUH Seidou	UNICEF	PTF
Dr KOOU NGAMBI Marquise	UNFPA	PTF
Pr NJOCK Louis R.	SG	MINSANTE
Dr KOUAKAP Solange	IGSPL	MINSANTE
Dr ZOA NANGA Y ves	IGSMP	MINSANTE
M. BOUKAR O. KELLA	IGSA	MINSANTE
Dr MOUSSI Charlotte	CT2	MINSANTE
Dr KAMGA SIMO Cyrille	CT3	MINSANTE
Pr MBU Robinson	HGOPY/Ydé	MINSANTE
Pr ZOUNG-KANYI BISSECK	DROS	MINSANTE
Dr FANNE MAHANAT	DPS	MINSANTE
Dr ETOUNDI MBALLA Georges	DLMEP	MINSANTE
Dr EBONGO Zacheus	DSF	MINSANTE
Dr ZEH KAKANOU Florence	DRFP	MINSANTE
M. EYENGA NDJOMO Elisée	DRH	MINSANTE
Pr SOBNGWI Eugène	DOSTS	MINSANTE
Dr HASSAN BEN Bachire	DCOOP	MINSANTE
M. SALIHOU SADOU	DPML	MINSANTE
M. OUSMANE DIABY	DEP	MINSANTE
Dr FEZEU Maurice	CIS	MINSANTE
M. BAKENEGHE BANTOUM Guy	CI	MINSANTE
Mme NGUEDJIO Aurelie	CELTRAD	MINSANTE
M. YOPNDOI Charles	CS	MINSANTE
Dr ACHU Dorothy	SP- PNLP	MINSANTE
Dr BELLO DJAMILA	ONSP	MINSANTE
Dr BAYE Martina	PLMI	MINSANTE
Dr MINTOP Désiré	PLMI	MINSANTE
Dr EMAH MANDA Basile	SDSP	MINSANTE
Dr TCHOKFE SHALOM	GTC PEV	MINSANTE
Dr MBASSA Vincent	PNLT	MINSANTE
Dr BISSO NGONO Annie	PNLT	MINSANTE
M. MANFOUO Daniel Boscot	DEP/ CPP	MINSANTE
Dr NGO SAK Cecile Patricia	SDAN	MINSANTE

NOMS	STRUCTURE	ORGANISME
M. ETAME EHOWE Basile	DEP/ CEI	MINSANTE
M. Julien MPAH	CR/ DAJC	MINSANTE
M. EVEGA MVOGO Joseph Marie	CDA	MINSANTE
Dr NKO'O AYISSI	SD/MTN	MINSANTE
Dr BIDJANG Robert M	DRSP Sud	MINSANTE
Dr CHINMOUN Daouda	DRSP Ouest	MINSANTE
Dr ZAKARI YAOU A	DRSP Adamaoua	MINSANTE
ONGUENE EBODE Domicien	Chef SAGE/Sud	MINSANTE
Dr MANGA ZE Maurice	BCAS/DRSP Sud	MINSANTE
Dr TANDI Erick	DPS / Head of Environmental Health	MINSANTE
Mme TOUNA epse ABANA BILOA C	CEA/CIS	MINSANTE
M. OWONA ETOGA Francis	CEA/ CPP	MINSANTE
M KONTCHA Ibrahim	CEA/ CPP	MINSANTE
Mme ABANA BILOA Claudine	CEA/CIS	MINSANTE
Mme LONTSI Laure	CEA/CI	MINSANTE
M. EKANI NDONGO Guy	CEA/CIS	MINSANTE
M. CHE Phillip KENAH	CEA/DCOOP	MINSANTE
M. ICHU Kenneth	Cadre ONSP	MINSANTE
Dr KISSOUGLE Florence	BCAS/DRSP Centre	MINSANTE
Dr KAMGA Olen	HJY	MINSANTE
Dr FOSSO Jean	PNLP	MINSANTE
Dr MENGUE Soterie	SDMCNT	MINSANTE
Mme NGAH Marguerite Epse ONDOUA	Cadre ST/SSS	MINSANTE
M. ABDEL AZIZ	Cadre/ CPP	MINSANTE
M. ABE METALA Olivier	Cadre/DCOOP	MINSANTE
M. BOFIA Serges Rostand	Cadre/ CPP	MINSANTE
M. Clovis MAPOUO	Cadre DRSP OUEST	MINSANTE
M. EKANGO NDJIMA	Cadre -SG	MINSANTE
M. MBANGA Serges	Cadre-CIS	MINSANTE
M. MFOUAPON Henock	Cadre/CTN- PBF	MINSANTE
M. MPACTSE Jean Richard	Cadre/CIS	MINSANTE
M. NDEKOU Francklin	Cadre/SDPAT	MINSANTE
M. NGUEMKAM Gildas	Cadre/DROS	MINSANTE
M. Samuel NHANAG	Cadre/PLMI	MINSANTE
Mme DJAOSSO Christine	Cadre/CIS	MINSANTE
Mme MAHOP Estelle	Cadre/DPS	MINSANTE
Mme YIMGANG Laurette	Cadre/CIS	MINSANTE
M. BAYECK Charles J.	SISP EXTREME- NORD	MINSANTE
M. Alain EBAH	SISP/ SUD OUEST	MINSANTE
Mme NDJESSE Marie Madeleine	SISP/ SUD	MINSANTE
M. EPOH NDOUTOU Bruno	SISP/ NORD	MINSANTE
M. ETOKE BEKOMBO	SISP/ EST	MINSANTE
M. TEME NOMO Désiré	SISP OUEST	MINSANTE

NOMS	STRUCTURE	ORGANISME
M. SEBE Stéphane	SISP EST	MINSANTE
Mme ANGONO MATTI	SISP SUD	MINSANTE
Mme Brunhilda LUM NDANG	SISP / NORD OUEST	MINSANTE
M. MASSAMA Maurice	SISP/ LITTORAL	MINSANTE
M. YAYAH OUSMANOU	SISP/ ADAMAOUA	MINSANTE
Dr EDZOA Brice	SISP CENTRE	MINSANTE
MAPOUO CLOVIS	Chef BIS/DRSP Ouest	MINSANTE
Dr ZAKARY YAOU ALHADJI	DRSP/NORD	MINSANTE
Dr MAMA Lucien Ernest	CDS CITE-VERTE	MINSANTE
Dr SIGNE Benjamen	CDS EBOLOWA	MINSANTE
Dr BETI Fils	CDS MEYOMESSALA	MINSANTE
Dr MVENG	CDS LOLODORF	MINSANTE
Dr ELOUNDOU ONOMO Paul	DS CITE-VERTE	MINSANTE
M. ZOK MEDJO Garrick	CDS DJOUM	MINSANTE
M. ONGUENE Domitien	CDS SANGMELIMA	MINSANTE
Dr NGUND Mathias	SSD Buea	MINSANTE
Dr ONAMBELE Paul MARIE	CDS NKOLNDONGO	MINSANTE
Dr AWOUOYIEGNIGNI MEGNA B	CDS PITO A	MINSANTE
Dr AMABO Elvis	CDS MALANTOUEN	MINSANTE
Dr BOUTING MAYAKA Georges	Directeur HD OBALA	MINSANTE
Dr DJOSSE SEUKEP Elvis Briand	Directeur HD MASSANGAM	MINSANTE
Dr KAMDEM TEGUE Aurelien	CMA TONGA	MINSANTE
MANTSANA NYOBE Xaverie L	OPMS	Organisation de la Société Civile
Dr MBONDJI EBONGUE	HSSD-Group	Organisation de la Société Civile

RÉFÉRENCES

¹ SND30 P.24-25

² PNUD, Rapport sur le développement humain 2020

³ PNUD, Rapport sur le développement humain 2020

⁴ SND30, P.133

⁵ SND30, P.33

⁶ EDS 2018 P379-380

⁷ Stratégie et Plan d'Action National pour la Biodiversité Version II (SPANB) Décembre 2012.

⁸ SND30 P.71

⁹ SND30 P.71

¹⁰ Ibid.

¹¹ Institut National de la Statistique. Rapport du 3ème Recensement général de la population et de l'habitat (2010)

¹² EDS 2018 P. 24

¹³ SND30 P.71

¹⁴ EDS 2018 P.100

¹⁵ SND30 P.24-25

¹⁶ SND30 P.25

¹⁷ SND30 P.29

¹⁸ SND30 P.29

¹⁹ CDMT MINDEF 2022-2024

²⁰ SND30 P.31

²¹ Ibid.

²² Ibid.

²³ EDS 2018, P.30

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ EDS-MICS 2011 Page 4

²⁷ Constitution de la République du Cameroun : Loi n° 96/06 du 18 Janvier 1996 portant révision de la constitution du 2 Juin 1972.

²⁸ Ministère des Travaux Publics, 2012. Accessible à: <http://www.mintp.cm/fr/projets-realizations/presentation-du-reseau-routier>.

²⁹ CDMT MINISTERE DES TRANSPORTS 2022-2024

³⁰ MINT. Transtat 2013.

-
- ³¹ Ministère des postes et télécommunications, *Annuaire Statistique Des Télécommunications et Tic Au Cameroun*, 2017.
- ³² EDS 2018 P53-54
- ³³ EDS 2018 P53-54
- ³⁴ Programme National de Lutte contre le Paludisme. Enquête post campagne sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide a longue durée d'action. 2013.
- ³⁵ PNUD, Rapport sur le développement humain 2020
- ³⁶ PNUD, Rapport sur le développement humain 2020
- ³⁷ EDS 2018, P.193
- ³⁸ EDS 2018, P.174
- ³⁹ Carlos. Laidouni, Nouhad. Alvarez-Dardet, 'Public Health Lessons for Refugee Reception: The Example of Sidi Bulgayz: Table 1', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70 (2016) <<https://doi.org/10.1136/jech-2016-207277>>.
- ⁴⁰ PNUD, Rapport sur le développement humain 2020
- ⁴¹ SND30, P.133
- ⁴² SND30, P.33
- ⁴³ EDS 2018 P379-380
- ⁴⁴ EDS 2018 P379-380
- ⁴⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <http://www.healthdata.org/cameroon>. (Accessed November 15th, 2021)
- ⁴⁶ Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
- ⁴⁷ Institut National de la Statistique. 2015. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport de résultats clés. Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique.
- ⁴⁸ ERB-SONU, 2015.
- ⁴⁹ Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
- ⁵⁰ UNICEF, SITAN 2011
- ⁵¹ OMS. (2014) Enfants : réduire la mortalité. Centre des medias, Aide-memoire No 178. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/>
- ⁵² Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International.
- ⁵³ Ministère de la Santé Publique. Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/Sida Cameroun. Global Aids Response Progress : GARP 2014 (Juin 2015).
- ⁵⁴ CAMPHIA 2018
- ⁵⁵ Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
- ⁵⁶ CAMPHIA 2017.

-
- ⁵⁷ Ministère de la Santé Publique, *Rapport National de Suivi de La Déclaration Politique Sur Le VIH/SIDA Cameroun. Global Aids Response Progress: GARD 2014.*
- ⁵⁸ Décision 3908D/MINSANTE/SG/DLMEP/SDLVIHSIDA-ISTT DU 02/12/2021.
- ⁵⁹ CNLS, Rapport annuel 2014 du CNLS, Yaoundé
- ⁶⁰ MINSANTE, CNLS, Rapport 2014 final
- ⁶¹ CNLS, Rapport annuel 2014 des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun
- ⁶² CNLS, Rapport annuel 2014 des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun.
- ⁶³ Banque Mondiale. 2013. Rapport sur l'Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à l'infection par le VIH au Cameroun
- ⁶⁴ Plan stratégique de lutte contre les hépatites virales 2020-2024
- ⁶⁵ *Relevé Épidémiologique Mensuel Du Cameroun N° 16/02.*
- ⁶⁶ Instance de Coordination Nationale du Cameroun. Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017.
- ⁶⁷ Rapport de situation des épidémies (Rougeole, Polio)
- ⁶⁸ Programme Élargi de Vaccination. Plan Pluri-Annuel Consolidée 2014-2018.
- ⁶⁹ Calendrier vaccinale de routine 2020
- ⁷⁰ Rapport annuel PEV 2020
- ⁷¹ Programme Élargi de Vaccination. Plan de Travail Annuel 2014.
- ⁷² Programme Élargi de Vaccination. Rapport d'Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins. 2013.
- ⁷³ Rapport annuel PEV 2020
- ⁷⁴ Ministère de la Santé publique, DLMEP.
- ⁷⁵ Ministère de la Santé Publique. Rapport de l'Enquête de Cartographie de la Filariose Lymphatique au Cameroun. 2010-2012.
- ⁷⁶ MINSANTE. Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales au Cameroun. Vers l'élimination de la schistosomiase et des géo helminthiases au Cameroun : Feuille de route 2021-2030 pour un changement de paradigme
- ⁷⁷ Beytout J., Bouvet E., Bricaire F. et al. Manuel de maladies Infectieuses pour l'Afrique. MalinTropAfrique. Paris: John LibbeyEurotext; 2002
- ⁷⁸ Grietens et al. (2008). "It is me who endures but my family that suffers": Social isolation as a consequence of the household cost burden of Buruli ulcer free-of-charge hospital treatment. *PlosNeg. Trop Dis.*; 2(10):e321
- ⁷⁹ Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique national de lutte contre la THA au Cameroun. 2009-2013
- ⁸⁰ Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa)-2020 – 2024
- ⁸¹ INS 2017, Rapport de la situation de référence des indicateurs des objectifs de développement durable au Cameroun.
- ⁸² EDS 2018
- ⁸³ Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
- ⁸⁴ CDMT MINSANTE 2021-2023 P.24

-
- ⁸⁵ Rapport d'évaluation du PNDS 2016-2020
- ⁸⁶ EDS 2018
- ⁸⁷ Ibid.
- ⁸⁸ EDS 2018
- ⁸⁹ EDS 2018
- ⁹⁰ MICS 5
- ⁹¹ EDS 2018
- ⁹² EDS 2018
- ⁹³ EDS 2018, P.221
- ⁹⁴ MICS 5, P.iv
- ⁹⁵ EDS 2018, P.233
- ⁹⁶ EDS 2018, P.231
- ⁹⁷ MICS 5, P.vii
- ⁹⁸ EDS 2018.
- ⁹⁹ Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. 2015.
- ¹⁰⁰ Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. Plan National de développement des infrastructures sportives (année).
- ¹⁰¹ SND30 P.47-48
- ¹⁰² CDMT MINSEP 2022-2024 P.13
- ¹⁰³ CDMT MINSEP 2022-2024 P.13
- ¹⁰⁴ Rapport d'évaluation finale du PNDS 2016-2020
- ¹⁰⁵ Comité de Lutte Contre la Drogue. Rapport d'activité CNLD, op cit.
- ¹⁰⁶ OMS. statistiques sanitaires mondiales 2014.
- ¹⁰⁷ OMS. Alcohol consumption: levels and patterns. 2014.
- ¹⁰⁸ CDMT-MINTSS 2022-2024 P.24-25
- ¹⁰⁹ Programme Pays pour le Travail Dégcent (PPTD) 2014-2017
- ¹¹⁰ MICS 5 Page 133 et EDS 2018 P. 129
- ¹¹¹ Contributions du secteur de la santég à l'amélioration de l'enregistrement à l'état civil des naissances et des dgcès dans les pays à faible revenu : Guide à l'intention des responsables du secteur de la santég, des officiers d'état civil et des partenaires de dgdveloppement
- ¹¹² CDMT MINFORFF, 2022-2024
- ¹¹³ Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2001). Measuring overall health system performance for 191 countries. World Health Organisation.
- ¹¹⁴ Ministère de la Santég Publique, *Comptes Nationaux de La Santég*, 2012.
- ¹¹⁵ HealthMetrics and Evaluation (IHME). 2014. Data visualizations: Development Assistance for Health. <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>
- ¹¹⁶ Ministère de la Santég Publique, *Comptes Nationaux de La Santég*.

-
- ¹¹⁷ Ministère de la Santé Publique, MINTSS, & BIT. Rapport de l'atelier de validation du projet de plan d'actions pour la mise en œuvre d'une assurance maladie de base à accès universel au Cameroun. 2015
- ¹¹⁸ La sélection inverse est le fait que les personnes saines ont tendance à moins souscrire aux mutuelles que les personnes qui sont le plus souvent malades, ce qui tend à rendre la mutuelle financièrement non viable.
- ¹¹⁹ BEPHA. Bamenda Ecclesiastical Province of Health Assistance: 2012. www.bepha.org
- ¹²⁰ BIT, Inventaires des dispositifs de protection sociale en santé, 2014
- ¹²¹ Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
- ¹²² Ministère des Finances. Budget Programme, quel bilan après le premier triennat ? (2015) <http://www.minfi.gov.cm/index.php/en/pressroom/actualites/347-budget-programme-ciep-2015>
- ¹²³ Ministère de la Santé Publique, *Comptes Nationaux de La Santé*.
- ¹²⁴ MINFI, Débat d'orientation budgétaire 2020 page 17
- ¹²⁵ Document de présentation du budget à l'Assemblée Nationale par le Ministre de la Santé Publique 2015.
- ¹²⁶ Program Budget Management Information (PROBMIS)
- ¹²⁷ Banque Mondiale, Rapport sur la Santé au Cameroun 2013
- ¹²⁸ MINSANTE. 2005, Cadre conceptuel d'un district de santé viable Page 43
- ¹²⁹ KAMGHO TEZANOU. 2012. Mortalité Maternelle et Néonatale au Cameroun: Évaluation des Efforts Consentis Depuis 1990, Défis et Perspectives.
- ¹³⁰ Kondji D. 2008. Stratégies d'actions: Améliorer l'accès aux services de santé au Cameroun. JASP 2008, rencontres sur les inégalités en santé.
- ¹³¹ Okalla, R., & Le Vigouroux, A. (2001). Cameroun: de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. Bulletin de l'APAD, (21).
- ¹³² MINSANTE. 2005, Cadre conceptuel d'un district de santé viable Page 43
- ¹³³ Ministère de la Santé Publique, *Comptes Nationaux de La Santé*.
- ¹³⁴ Ministère de la Santé Publique & OMS. Enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique. 2003.
- ¹³⁵ Rapport d'inspection et de supervision MINSANTE 1^{er} semestre 2015.
- ¹³⁶ Rapport 2015 du MINSANTE.
- ¹³⁷ CDMT MINSANTE 2022-2024
- ¹³⁸ Ministère de la Santé Publique & Organisation Mondiale de la Santé. PROFIL PHARMACEUTIQUE DU PAYS. Yaoundé, Cameroun. 2011.
- ¹³⁹ Ministère de la Santé Publique & Organisation Mondiale de la Santé. PROFIL PHARMACEUTIQUE DU PAYS. Yaoundé, Cameroun. 2011.
- ¹⁴⁰ Ministère de la Santé Publique. Données non publiées de l'Observatoire des ressources humaines en santé. Septembre 2015

-
- ¹⁴¹ MINSANTE/DRH, *Plan de Développement Des Ressources Humaines PDRH: Etat Des Lieux et Diagnostic. Complété à Partir de l'organigramme de 2013*, 2012.
- ¹⁴² Ministère de la Santé Publique. Plan de Développement des Ressources Humaines du Système de Santé au Cameroun 2013-2017. Document 2 :Choixstrategiques. 2012
- ¹⁴³Clemens &Pettersson. New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health*, 6(1), 1–11. 2008
- ¹⁴⁴Tchuinguem, G. 2009. Ampleur, coûts, facteurs personnels et occupationnels de l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière au Cameroun. Université de Montréal.
- ¹⁴⁵ Adidja A. The health workers crisis in Cameroon.2010
- ¹⁴⁶ Ministère de la Santé Publique. Rapport Annuel de Performance (RAP) 2013.
- ¹⁴⁷ Présidence de la République du Cameroun. Décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique
- ¹⁴⁸ Ministère de la Santé Publique. Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2010
- ¹⁴⁹ République du Cameroun. Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi. 2009
- ¹⁵⁰ SND30 Page 78
- ¹⁵¹ Cf. Article 2 et 3 du Décret N°2021/1541/PM du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SND30
- ¹⁵² Approche qui prône la fédération des efforts des acteurs du secteur santé pour plus d'efficacité à travers un plan, un budget et un cadre de suivi-évaluation unique