

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

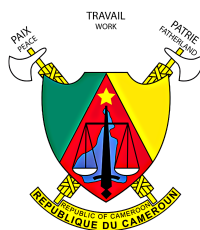


REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027





STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027

CARTE DU CAMEROUN



Quelques indicateurs sur la situation socioéconomique et sanitaire du pays

Données générales

Superficie	475 650 km ²
Langues officielles	Français, Anglais
Monnaie	FCFA

Indicateurs sociodémographiques

Population totale estimée	21,143 millions
Taux de croissance démographique	2,6%
Taux de pauvreté	37,5% (en 2014)
Taux de chômage élargi	5,7% (en 2010)
Taux de sous-emploi	70%
Espérance de vie à la naissance	54 ans

Indicateurs macroéconomiques (2013)

PIB nominal	14 607 milliards F CFA
PIB par tête	696 000 F CFA
Taux de croissance du PIB	5,6%
Dépenses d'investissement	1 053,3 milliards F CFA
Ressources budgétaires totales	2 655,3 milliards F CFA
Taux d'endettement	10,6%
Taux d'inflation	2,1%

Indicateurs sanitaires (MICS 2014, s.i.c)

Accès aux sources d'eau améliorée	72,9% (ménages)	Accès aux toilettes améliorées	34,9% (ménages)
Prévalence du VIH	4,3% (EDS-2011)	Taux de couverture DTC3	79,3%
Besoins non satisfaits en PF	34,3%	Taux de mortalité infantile-juvénile	103‰
Prévalence urbaine de l'HTA	29,7% (Kingue et al. 2015)	Taux de malnutrition chronique	31,7%
Ratio de mortalité maternelle	782 décès/100 000 naissances vivantes (EDS, 2011)		

Source : INS, BUCREP, MINFI

s.i.c : sauf indication contraire

COMITE TECHNIQUE DE REDACTION

Coordination générale :

- Monsieur MAMA FOU DA André
Ministre de la Santé Publique
- Monsieur HAYATOU Alim
Secrétaire d'Etat à la Santé Publique chargé des Epidémies et des Pandémies

Supervision Générale :

- Pr. KOULLA-SHIRO Sinata
Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Supervision Technique

- Pr. KINGUE Samuel
Conseiller Technique N°3, Vice-Président du GTT

Coordination Technique :

- Dr MATSEZOU Jacqueline
Coordonnateur du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/CP-SSS)

Membres du Secrétariat :

- Dr NZIMA NZIMA Valery
Expert en Santé Publique ST/CP-SSS
- M.MFOUAPON NJOUOMSHETKU Henock
Ingénieur Informaticien MINSANTE
- M.NDOUGSA ETOUNDI Guy
Cadre ST/CP-SSS

INTRODUCTION



L'ambition affichée dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) de bâtir un Cameroun émergent à l'horizon 2035, a mis en exergue la nécessité d'implémenter des stratégies sectorielles pour une mise en œuvre réussie de ce document guide. Ces stratégies permettent d'identifier les principaux domaines vers lesquels les interventions des structures étatiques doivent prioritairement être orientées. Dans le domaine de la santé, l'existence d'une stratégie sectorielle adaptée se manifeste avec acuité dès lors que, la pluralité des actions à mener par des multiples acteurs impliqués, requièrent cohérence et synergie. La Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'amélioration de la couverture de certaines interventions. En dépit des progrès accomplis, il subsiste cependant un certain nombre de défis qu'il conviendrait de relever afin de permettre un accès universel aux soins de santé de qualité. L'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté, le 12 décembre 2012, la résolution A/67/L.36 en faveur de la couverture sanitaire universelle. Cette résolution *Invite les États Membres à adopter une démarche multisectorielle et à traiter les déterminants de la santé par secteur en intégrant, au besoin, la santé dans toutes les politiques, tout en tenant compte de ses déterminants sociaux, environnementaux et économiques, afin de réduire les inégalités dans ce domaine et de favoriser le développement durable.*

Dans son programme septennal consacré aux « Grandes Ambitions », et publié en 2011, Son Excellence Paul BIYA, Président de la République du Cameroun, et Chef de l'Etat, prescrivait déjà au Gouvernement cette couverture sanitaire universelle comme un objectif salubre à atteindre. Aussi, instruisait-il en 2001, d'œuvrer pour que soit mis en place « *un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun camerounais sans soins, quels que soient ses moyens* ». L'année 2015 a servi de transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixé en 2000 et les Objectifs du Développement Durable (ODD) qui visent à induire dans les Etats un développement inclusif et durable. Le troisième de ces objectifs cible d'ici à 2030, la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non-transmissibles ; ceci à travers un accès universel aux soins et services de santé, la promotion de comportements sains et le développement des cadres de vie favorables à la santé.

La SSS 2016-2027 s'inscrit dans une double perspective : contribuer d'une part à accélérer le développement du capital humain pour une croissance et un développement durable conformément aux indications et aux recommandations du DSCE, et d'autre part, s'aligner sur les Objectifs de Développement Durable en accélérant la mise en place d'une couverture sanitaire universelle.

La mise en œuvre de la stratégie se fera dans un contexte national plutôt favorable caractérisé par :

- i. *la mise en œuvre du Plan d'Urgence Triennal (PLANUT) 2015-2017, qui prévoit la construction et la réhabilitation des hôpitaux de référence dans toutes les régions du pays, ainsi que le développement des infrastructures sociales de base;*
- ii. *des initiatives innovantes de financement de la santé telles que le FBP (Financement basé sur la performance), le chèque santé, les kits obstétricaux, le Value for Results, etc. ;*
- iii. *les grands projets structurants qui, si les risques environnementaux sont contenus, vont améliorer le bien-être des populations par les infrastructures et les emplois nouveaux ;*
- iv. *l'évolution vers la décentralisation des politiques sociales, qui va davantage promouvoir l'appropriation par les communautés de leurs problèmes de santé ;*
- v. *le taux d'alphabétisation élevé qui favorise une compréhension des messages de santé et une adoption de comportements favorables à la santé ;*
- vi. *le nouveau régime financier de l'État qui consacre le budget programme comme modalité de cadrage budgétaire, garantissant plus de visibilité à moyen terme.*

Au terme d'une analyse approfondie effectuée sur la base des données et indicateurs probants de notre profil sanitaire, l'option stratégique qui fixe les lignes directrices de notre stratégie sectorielle de santé pour les douze prochaines années a été adoptée. Celle-ci fédère deux approches sanitaires majeures, à savoir : celle des Soins de Santé Primaires, dont l'impact auprès des bénéficiaires n'est plus à démontrer, et celle plus complexe des soins spécialisés dont l'offre de services va s'accroître considérablement à travers la mise en œuvre du Plan d'Urgence Triennal (PLANUT) du Chef de l'Etat. Il conviendra donc de rechercher au cours de la période de validité de cette stratégie, le juste équilibre entre ces deux approches

Enfin, le souci d'apporter des solutions idoines aux problèmes de santé identifiés pendant l'analyse situationnelle de notre contexte sanitaire, la possibilité de leur mise en œuvre effective ainsi que la certitude d'avoir choisi l'option la plus à même de résoudre les problèmes de santé de la population, ont tour à tour conforté le choix de cette option stratégique.

La présente Stratégie Sectorielle de Santé est donc le document de référence pour les acteurs du secteur santé. Ceux-ci travailleront ensemble pour la réalisation des Objectifs du DSCE et des ODD. Aussi, je les exhorte tous à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

André MAMA FOU DA
Ministre de la Santé Publique



REMERCIEMENTS

Au nom du Gouvernement camerounais, je voudrais ici féliciter et remercier chaleureusement les Cadres du Ministère de la santé publique et ceux des Ministères partenaires, les Partenaires Techniques et Financiers, les membres du Groupe de Travail Technique, ceux du Comité de Pilotage, les Organisations de la Société Civile ainsi que tous les Experts qui ont avec dévouement et abnégation, sans relâche contribué, tout au long des étapes, à l'élaboration de cette Stratégie, véritable boussole du Secteur de la Santé.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
TABLE DES MATIERES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	ix
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	xi
RESUME EXECUTIF.....	13
Chapitre 1. CONTEXTE GLOBAL DU SECTEUR SANTÉ.....	25
1.1 GÉNÉRALITÉS SUR LE CAMEROUN.....	25
1.2 ORGANISATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	25
1.3 SITUATION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE.....	25
1.3.1 <i>Situation macroéconomique</i>	25
1.3.2 <i>Situation démographique</i>	26
1.3.3 <i>Situation sociale</i>	26
1.3.4 <i>Équité</i>	26
1.3.5 <i>Contexte humanitaire et sécuritaire</i>	27
1.4 VOIES DE COMMUNICATION.....	27
1.5 ACCÈS ET USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION.....	27
Chapitre 2. NOTE METHODOLOGIQUE.....	28
2.1 MÉTHODE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA SSS 2016-2027.....	28
2.2 CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL.....	28
2.3 IMPLICATION ET PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES.....	29
Chapitre 3. ETAT DES LIEUX DU SECTEUR SANTE.....	33
3.1 PRÉSENTATION DU SECTEUR SANTÉ.....	33
3.1.1 <i>Organisation du secteur santé</i>	33
3.1.2 <i>Délimitation et segmentation du secteur en composantes</i>	34
3.2 COMPOSANTE PROMOTION DE LA SANTÉ.....	36
3.2.1 <i>Actions de la communauté pour la promotion de la santé</i>	36
3.2.2 <i>Cadre de vie des populations</i>	36
3.2.3 <i>Acquisition des aptitudes favorables à la santé</i>	39
3.2.4 <i>Pratiques familiales essentielles, planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement</i>	41
3.3 COMPOSANTE PRÉVENTION DE LA MALADIE.....	42
3.3.1 <i>Maladies Transmissibles</i>	43
3.3.2 <i>Maladies Non Transmissibles (MNT)</i>	49
3.4 COMPOSANTE PRISE EN CHARGE DES CAS.....	51
3.4.1 <i>Maladies Transmissibles</i>	52
3.4.2 <i>Conditions maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents</i>	54
3.4.3 <i>Maladies Non Transmissibles(MNT)</i>	57
3.5 COMPOSANTE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	61
3.5.1 <i>Financement de la santé</i>	61
3.5.2 <i>Offre de services et de soins</i>	68
3.5.3 <i>Pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques</i>	73
3.5.4 <i>Ressources humaines en santé</i>	77
3.5.5 <i>Information Sanitaire et Recherche en Santé</i>	81
3.6 COMPOSANTE GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATÉGIQUE.....	83
3.6.1 <i>Gouvernance</i>	83
3.6.2 <i>Pilotage stratégique</i>	84
Chapitre 4. DIAGNOSTIC DU SECTEUR SANTE.....	87
4.1 ANALYSE DES POLITIQUES PASSÉES : LEÇONS TIRÉES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS 2001-2015.....	87
4.1.1 <i>Points forts</i>	88

4.1.2	<i>Points faibles</i>	89
4.2	PRINCIPAUX PROBLÈMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ PAR COMPOSANTE	93
4.3	FACTEURS EXTERNES SIGNIFICATIFS	99
4.3.1	<i>Facteurs contraignants</i>	99
4.3.2	<i>Facteurs porteurs d'avenir</i>	100
4.4	ENJEUX ET DÉFIS MAJEURS DE LA STRATÉGIE.....	102
Chapitre 5.	ANCORAGE ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES	105
5.1	ORIENTATIONS NATIONALES	105
5.1.1	<i>La loi cadre dans le domaine de la santé</i>	105
5.1.2	<i>La Vision Cameroun 2035</i>	105
5.1.3	<i>Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE)</i>	105
5.2	ORIENTATIONS INTERNATIONALES.....	106
5.3	VISION DU SECTEUR	107
5.3.1	<i>Énoncé de la vision</i>	107
5.3.2	<i>Principes directeurs</i>	107
5.4	CHOIX STRATÉGIQUE DU SECTEUR DE LA SANTÉ	109
5.4.1	<i>Critères de formulation du choix stratégique</i>	109
5.4.2	<i>Énoncé du choix stratégique</i>	109
5.4.3	<i>Description du choix stratégique</i>	109
Chapitre 6.	CADRE LOGIQUE	111
6.1	ALIGNEMENT STRATÉGIQUE.....	111
6.1.1	<i>Arrimage à la stratégie nationale de développement (DSCE) et à la Vision 2035</i>	111
6.1.2	<i>Arrimage aux Objectifs de Développement Durable (ODD)</i>	111
6.2	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE	115
6.2.1	<i>Axe stratégique promotion de la santé</i>	115
6.2.2	<i>Axe stratégique prévention de la maladie</i>	126
6.2.3	<i>Axe stratégique prise en charge des cas</i>	135
6.2.4	<i>Axe stratégique renforcement du système de santé</i>	144
6.2.5	<i>Axe stratégique gouvernance et pilotage stratégique du système de santé</i>	158
6.3	PRIORISATION DES OBJECTIFS DE LA SSS 2016-2027.....	165
6.3.1	<i>Priorités pour le cycle de planification 2016-2020 (PNDS 1)</i>	165
Chapitre 7.	DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION	173
7.1	CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI- ÉVALUATION DE LA SSS	173
7.1.1	<i>Organes et structures de mise en œuvre et de suivi-évaluation</i>	173
7.1.2	<i>Les acteurs majeurs et leur rôle</i>	175
7.2	OUTILS DE MISE EN ŒUVRE ET MODALITÉS DE SUIVI-ÉVALUATION	177
7.2.1	<i>Outils de mise en œuvre de la SSS</i>	177
7.2.2	<i>Suivi-évaluation de la mise en œuvre</i>	177
7.2.3	<i>Modalités de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS</i>	177
7.3	CONDITIONS DE RÉUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE	179
7.3.1	<i>Les réformes</i>	179
7.3.2	<i>PLAN DE GESTION DES RISQUES</i>	180
Chapitre 8.	FINANCEMENT DE LA STRATÉGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027	183
8.1	CADRAGE BUDGÉTAIRE	183
8.2	COÛTS PRÉVISIONNELS DE LA STRATÉGIE.....	184
8.2.1	<i>Hypothèses d'estimation</i>	184
8.2.2	<i>Analyse du coût prévisionnel global</i>	184
ANNEXES	188
Références	192

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

TABLEAU 1: DIFFÉRENTS NIVEAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ	33
TABLEAU 2 : HISTORIQUE DE QUELQUES MAPE AU CAMEROUN DE 2011 À 2015	47
TABLEAU 3: CONTRIBUTIONS DES MALADIES À LA MORTALITÉ ET À LA MORBIDITÉ AU CAMEROUN EN 2013.....	51
TABLEAU 4: CONTRIBUTIONS TOTALES DES PARTENAIRES PAR PROGRAMME EN 2015 (MILLIARDS FCFA)	63
TABLEAU 5 : VENTILATION DES ENVELOPPES BUDGÉTAIRES 2013-2015 PAR NIVEAU (EN MILLIARDS DE FCFA).....	67
TABLEAU 6 : TAUX D'EXÉCUTION (BASE ENGAGEMENT) DU BUDGET MINSANTÉ 2014.....	68
TABLEAU 7: NIVEAU DE COUVERTURE DE QUELQUES INTERVENTIONS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	69
TABLEAU 8: RÉPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR RÉGION AU CAMEROUN EN 2014	71
TABLEAU 9: RÉPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ PAR RÉGION	78
TABLEAU 10: ESTIMATION DES BESOINS EN PERSONNELS PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE	79
TABLEAU 11: FINANCEMENTS ALLOUÉS À LA FORMATION CONTINUE DE 2010 À 2015	80
TABLEAU 12: PROBLÈMES PRIORITAIRES RELEVÉS DANS L'ANALYSE DE LA SITUATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ	94
TABLEAU 13: ENJEUX SIGNIFICATIFS ET DÉFIS MAJEURS DU SECTEUR SANTÉ POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ.	102
TABLEAU 14: ARRIMAGE DE LA SSS À LA STRATÉGIE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT (DSCE) ET À LA VISION 2035	111
TABLEAU 15: PRISE EN COMPTE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (ODD) DANS LA SSS (ARRIMAGE)	112
TABLEAU 16: CADRE LOGIQUE DE LA SSS 2016-2027 (AXES STRATÉGIQUES).....	114
TABLEAU 17: CADRE LOGIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	125
TABLEAU 18: CADRE LOGIQUE DE LA PRÉVENTION DE LA MALADIE	134
TABLEAU 19: CADRE LOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS.....	143
TABLEAU 20: CADRE LOGIQUE DU RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	156
TABLEAU 21: CADRE LOGIQUE GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATÉGIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	164
TABLEAU 22: PRIORISATION DES OBJECTIFS DE LA SSS 2016-2027.....	167
TABLEAU 23: PLAN D'ANTICIPATION DES ALÉAS NÉGATIFS	181
TABLEAU 24 : PLAN D'ANTICIPATION DES ALÉAS POSITIFS	182
TABLEAU 25: PROJECTIONS DE FINANCEMENT (MONTANTS EN MILLIARDS DE FCFA).....	183
TABLEAU 26: DÉCOMPOSITION DES COÛTS DE LA SSS PAR SOUS COMPOSANTE SUR LA PÉRIODE 2016-2027(MONTANT EN MILLIARDS DE FCFA).	185
TABLEAU 27: COMPARAISON ENTRE LES BESOINS RÉELS ET LES FINANCEMENTS DISPONIBLES (MILLIARDS DE FCFA)	186

Liste des figures

FIGURE 1: SEGMENTATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ EN COMPOSANTES ET SOUS-COMPOSANTES.....	35
FIGURE 2: ÉVOLUTION DU POIDS GLOBAL DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON-TRANSMISSIBLES AU CAMEROUN DE 1990 À 2013.....	42
FIGURE 3 : CHARGE MORBIDE DE CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES.	52
FIGURE 4: RÉPARTITION DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU CAMEROUN PAR TYPE DE SOURCE (2012)	61
FIGURE 5: ÉVOLUTION DU BUDGET ALLOUÉ AU MINSANTÉ DEPUIS 2008.	62
FIGURE 6: POURCENTAGE DE LA DÉPENSE TOTALE EN SANTÉ VENANT DIRECTEMENT DES PATIENTS.	62
FIGURE 7: ORGANISATION DU SYSTÈME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS (SYNAME).	74
FIGURE 8: RÉSUMÉ SYNOPTIQUE DE L'ÉVALUATION QUALITATIVE DE LA SSS 2001-2015	92
FIGURE 9: RÉSUMÉ SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	93
FIGURE 10: EVOLUTION DU BUDGET SANTÉ PAR RAPPORT AU BUDGET NATIONAL.....	184
FIGURE 11: COÛTS DE LA SSS 2016-2027 PAR COMPOSANTE (EN POURCENTAGE DU COÛT GLOBAL).....	185
FIGURE 12 : COÛTS DE LA SSS 2016-2027 ET NOMBRE D'ANNÉES DE VIE SAUVÉES PAR ART/PTMEANALYSE DES GAPS DE FINANCEMENT	186

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMC	Auto Monitoring Communautaire	MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
ARV	Antirétroviraux	MINEPIA	Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté	MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
AVP	Accidents de la Voie Publique	MINEPDED	Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional	MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme	MINFI	Ministère des Finances
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement	MINFOPRA	Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative
CENAME	Centrale National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels	MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique
CHRCRERH	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine	MINJUSTICE	Ministère de la Justice
CICRB	Centre International de Référence Chantal Biya	MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
CMA	Centre Médical d'Arrondissement	MINRESI	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida	MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
CNS	Comptes Nationaux de Santé	MINTP	Ministère des Travaux Publics
COGE	Comité de Gestion	MINTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
COGEDI	Comité de gestion du District	MTN	Maladies Tropicales Négligées
COSA	Comité de Santé	OBC	Organisations à Base Communautaires
COSADI	Comité de Santé du District	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
CSI	Centre de Santé Intégré	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées	ONG	Organisations non Gouvernementale
C4D	Communication For Development	ONSP	Observatoire National de la Santé Publique
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et Pandémies	OSC	Organisations de la Société Civile
DGSN	Délégation Générale à la Sûreté Nationale	PAISS	Projet d'Appui aux Investissements du Secteur Santé
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique	PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi	PCIME	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
ECAM	Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages	PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
EDS	Enquête Démographique et de Santé	PDS	Plan de Développement Sanitaire de District
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique	PETS	Public Expenditure Tracking Survey
FDR	Feuille de Route	PEV	Programme Élargi de Vaccination
FINEX	Financements Extérieurs	PF	Planning Familial
FOSA	Formation Sanitaire	PIB	Produit Intérieur Brut
UNFPA	United Nations Population Fund	PM10	Particulate Matter 10 microns
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	PMA	Paquet Minimum d'Activités
HTA	Hypertension Artérielle	PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme
INS	Institut National de la Statistique	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
IST	Infections Sexuellement Transmissibles	PSNIML-MNT	Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise	PTA	Plan de Travail Annuel
MAPE	Maladies à Potentiel Épidémique	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
MEO	Mise En Œuvre	PTME/PECP	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)/Prise en Charge Pédiatrique
MNT	Maladies Non Transmissibles	PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus du SIDA
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)	RHS	Ressources Humaines en Santé
MILDA	Moustiquaires imprégnées longue durée d'action	SAA	Soins Après Avortement
MINAC	Ministère des Arts et de la Culture	SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural	SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
MINAS	Ministère des Affaires Sociales	SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
MINATD	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation	SONU/SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
MINCOM	Ministère de la Communication	SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
MINEDUB	Ministère de l'Éducation de Basse	SRMNEA	Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant et de l'Adolescent
MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle	SSP	Soins de Santé Primaires
MINDEF	Ministère de la Défense		

SSS	Stratégie Sectorielle de Santé	UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
ST-CP/SSS	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et Suivi-Evaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé	UNITAID	Facilité Internationale d'Achat de Médicaments
SWAP	Sector-Wide Approach	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels	WASH	Water, Sanitation and Hygiène (Eau, Assainissement et Hygiène)
TARV	Traitement Anti RetroViral	WHO	World Health Organisation
TPI	Traitement Préventif Intermittent		

RESUME EXECUTIF

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé, est arrivée à échéance en 2015. Une évaluation de son contenu et de sa mise en œuvre a permis d'élaborer une nouvelle SSS qui couvrira la période 2016-2027. Cette nouvelle stratégie s'aligne sur le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et sur les Objectifs de Développement Durable (ODD).

Le processus d'évaluation de la stratégie échuë 2001-2015 et d'élaboration de la nouvelle stratégie a été participatif. Il a bénéficié de l'encadrement technique du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), et de l'expertise de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des contributions des administrations partenaires, des représentants du secteur privé, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et de la société civile.

Conformément à ses missions, le Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé a validé les projets d'évaluation de la SSS 2001-2015 et d'élaboration d'une nouvelle SSS, ainsi que tous les rapports d'étape et les différents livrables du processus. Il s'agissait notamment:

- du « Rapport d'évaluation finale de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015 » ;
- du document « État des lieux et diagnostic du secteur santé » ;
- du document « Choix stratégiques du secteur santé » ;
- de la « Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 ».

EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS 2001-2015

L'évaluation interne de la SSS 2001-2015 comportait deux volets : l'un quantitatif et l'autre qualitatif.

Évaluation quantitative

L'analyse du niveau d'atteinte des objectifs fixés dans la SSS échuë, a révélé que les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires ont, d'une manière générale, amélioré la santé des populations. A titre illustratif, dans le domaine de la lutte contre la maladie, le taux d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI ou DALY) qui est un indicateur évaluant le poids de la maladie a globalement baissé de 23,5% entre 2000 et 2013¹. Cette réduction concerne principalement les maladies transmissibles, avec la prévalence du VIH/SIDA qui est passée de 5,5% à 4,3 % entre 2004 et 2011 et le taux de mortalité spécifique du paludisme en milieu hospitalier qui a baissé entre 2008 et 2013, passant de 43% à 22,4%.

Alors que les progrès sont perceptibles pour les maladies transmissibles, il n'en est pas de même pour les maladies non-transmissibles dont la charge morbide n'a diminué que de 4,3% entre 2000 et 2010, avec une tendance à la hausse à partir de 2010.

Enfin, pour ce qui concerne les indicateurs d'impact, la mortalité infanto-juvénile a connu une réduction significative de 28% entre 2004 et 2014, passant de 144 à 103 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes. Concernant la promotion de la santé, la réalisation majeure est la réduction de plus de 50% des cas de sous-alimentation sur l'ensemble du territoire national entre 2001 et 2014. La mortalité maternelle qui devait être réduite de 2/3 a plutôt augmenté, passant de 669 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011. En outre, le pourcentage des districts de santé viabilisés dont la cible était fixée à 80% reste encore à déterminer.

Évaluation qualitative

A l'issue de l'évaluation qualitative, les points forts et les points faibles de la stratégie 2001-2015 ont été classés et analysés suivant leur nature.

POINTS FORTS

Les points forts concernent particulièrement les domaines suivants : offre en infrastructures, ressources humaines, médicaments, financement et recherche en santé.

Offre en infrastructures : Dans ce domaine, les points suivants ont été relevés : (i) l'engagement fort de l'Etat pour la construction des formations sanitaires de proximité et des hôpitaux de référence dans toutes les régions; (ii) l'existence des normes en équipement ; (iii) la disponibilité des dossiers techniques de réhabilitation des formations sanitaires ; (plan de développement architectural et technique des hôpitaux de districts); (iv) la disponibilité des techniciens capables d'élaborer des plans architecturaux ainsi que des plans d'aménagement selon les normes ; (v) l'existence d'une stratégie partenariale du secteur de la santé permettant de renforcer l'implication du privé dans l'offre de service ; (vi) l'existence d'un réseau dense d'instituts de formation ; et (vii) la subvention par l'Etat des formations sanitaires privées et des établissements privés de formation des personnels de la santé.

Ressources humaines : S'agissant des ressources humaines en santé (RHS), on a relevé (i) la disponibilité des données sur l'état des besoins en RHS ; (ii) l'amélioration de la carte sanitaire ; (iii) la disponibilité du logiciel de gestion du personnel (SIGIPES) et des outils de gestion prévisionnelle des carrières (Observatoire National des RHS) et (iv) des effectifs croissants de personnels formés par les multiples universités et écoles professionnelles.

Médicaments : les points relevés ici sont les suivants : les prix des médicaments essentiels ont été uniformisés dans le secteur public et leurs coûts sont abordables, même dans les zones reculées où l'indice de pauvreté est élevé. Par ailleurs, une politique de

gratuité est appliquée pour plusieurs produits médicaux dans le cadre des programmes prioritaires, ce qui constitue un avantage pour les groupes vulnérables (enfants de moins de 5ans, femmes enceintes, etc.).

Financement de la santé : Comme progrès réalisés dans cette thématique, on peut citer, l'opérationnalité et l'effectivité de plusieurs stratégies innovantes pour améliorer le financement de la santé, notamment le Financement Basé sur les Résultats (FBR), le chèque santé, les kits obstétricaux etc. Par ailleurs, le budget de l'Etat en faveur de la santé a connu en valeur absolue un accroissement au cours des dix dernières années, même si celui-ci reste insuffisant au regard des besoins identifiés.

Recherche en Santé : Les principaux points relevés dans cette thématique sont : (i) le renforcement du cadre institutionnel pour la recherche en santé ; (ii) le renforcement de la régulation et la création des Comités Régionaux et institutionnels d'Ethique en Santé Humaine, et (iii) la création d'un cadre de concertation en matière de recherche en santé à travers la Commission Consultative Scientifique et Stratégique pour la Recherche en Santé Humaine (CCSSRS); (iv) l'existence de structures et outils de mise à disposition et de vulgarisation des données sanitaires et des résultats de la recherche en santé, notamment le Centre de Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) et le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS).

POINTS FAIBLES

Les faiblesses observées portent pour l'essentiel sur les aspects suivants : législation et réglementation ; engagement politique ; financement de la santé ; gestion (planification ; direction, contrôle et suivi-évaluation) ; disponibilité et fonctionnalité des infrastructures et des équipements de base ; information sanitaire et recherche en santé.

Législation et réglementation : En l'absence d'un code de santé publique et des vides juridiques constatés, il n'a pas été possible de mieux encadrer les acteurs dans le secteur santé. Le nombre des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui ont travaillé dans une approche sectorielle est resté constant (seulement deux partenaires de la coopération bilatérale (AFD et KfW) œuvrent dans ce sens depuis 2011), dénotant ainsi d'un engagement politique insuffisant pour la mise en place du SWAp.

L'engagement politique à un très haut niveau : celui-ci est insuffisant au regard du pourcentage de financement de l'État alloué au secteur de la santé. En effet, la Déclaration d'Abuja préconise l'allocation d'une proportion de 15% du budget de l'État à ce secteur. Les outils actuels ne permettent pas encore de disposer de toute l'information sur les financements alloués à la santé dans les ministères partenaires; toutefois, la proportion du budget national allouée au Ministère de la santé oscille ces dernières années entre 5% et 5,5%².

Financement de la santé : A ce jour, la collecte des ressources pour la santé (financements privés et publics) et leur mise en commun ne sont pas suffisamment

organisées dans le secteur. En effet, l'existence de multiples mécanismes de financement de la santé (30 dénombrés en 2013) témoigne de l'absence d'une approche intégrée et d'une coordination inefficace dans la gestion des financements³. De plus, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (secteur privé, administrations partenaires prestataires des soins et des services de santé, collectivités territoriales décentralisées, PTF) n'a pas contribué à prévenir le double emploi des ressources et subséquemment le manque d'efficacité constaté. En effet, ce double emploi des ressources n'a pas permis d'agir de façon cohérente pour gérer les besoins les plus cruciaux des populations cibles (équité horizontale).

Dans le même ordre d'idées, on relève que la productivité financière des formations sanitaires n'est pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics. De plus, les paiements directs constituent la principale modalité d'acquisition des soins et le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population.

Gestion (planification, direction, contrôle et suivi-évaluation) : Les points préoccupants notés dans ce domaine sont les suivants :

- *le leadership du MINSANTE* : bien qu'effectif dans le secteur, celui-ci doit continuer à se renforcer et parvenir à terme à l'alignement des différents acteurs et intervenants autour d'une vision et d'un programme élaboré consensuellement et mis en œuvre de manière cohérente. Par ailleurs, l'extrême verticalisation des interventions ne permet pas d'éviter les doublons, de réaliser des économies d'échelle et par conséquent d'être efficace.
- les manquements dans l'accomplissement des missions du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de suivi/évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (impulsion technique et animation du secteur de la santé) : cette défaillance a contribué à limiter la performance globale du secteur.
- *l'inadéquation de la planification stratégique* : les objectifs stratégiques formulés dans la SSS2001-2015 et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles, structurelles et le rythme de progression des performances antérieures.
- *l'inadéquation de la planification opérationnelle au niveau régional* : les besoins exprimés par les régions sanitaires n'ont pas tenu compte des contraintes budgétaires et des ressources disponibles. L'absence d'objectifs régionaux réalistes a constitué un frein à l'affectation des ressources en fonction des besoins réels.
- *la faiblesse du système de suivi-évaluation* : à l'exception des performances réalisées par les programmes verticaux, les autres progrès dans le système de santé ont été peu documentés. L'absence d'un plan intégré de suivi-évaluation en est l'une des causes. Par ailleurs, les valeurs de départ et certaines valeurs cibles des

indicateurs de suivi de la SSS échue n'ont pas été renseignés, ce qui a rendu leur suivi difficile. En outre, leur nombre était pléthorique.

- *le déficit dans l'anticipation et la gestion des risques* : Du fait de l'absence d'un plan de gestion des risques, il n'a pas été possible d'anticiper les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie ; cela a entraîné une attitude plus réactive que proactive des acteurs de la mise en œuvre de la stratégie échue.
- *le déficit de la mise en œuvre des mécanismes de redevabilité* : peu de mécanismes de redevabilité des acteurs mis en place étaient fonctionnels ; ce qui a constitué l'une des causes d'inefficacité.

Disponibilité et fonctionnalité des infrastructures : En raison de l'absence d'un plan de développement des infrastructures durant la période de mise en œuvre de la stratégie échue, il n'a pas été possible de garantir le respect des exigences de la carte sanitaire et de l'évolution technologique lors de la construction des infrastructures. Par conséquent, il existe des disparités dans la couverture sanitaire des Régions et des Districts.

Système National d'Information Sanitaire (SNIS) : le cadre institutionnel et organisationnel du SNIS reste faible. On note l'absence d'un manuel de procédures de gestion des données et des tableaux de bord de suivi des activités dans la plupart des structures sanitaires. Un plan stratégique de renforcement du SNIS pour la période 2009-2015 a été élaboré en 2008, mais sa mise en œuvre n'a pas été effective. Par ailleurs, on note une multiplicité de sous-systèmes d'information et d'outils de collecte des données dans un environnement très faiblement informatisé à tous les niveaux.

Recherche en Santé : dans ce pilier, les points faibles enregistrés sont : (i) le non-respect du cadre réglementaire légal régissant la pratique de la recherche en santé au Cameroun ; (ii) l'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation et le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées ; (iii) l'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé ; (iv) la faible culture de la recherche, la diffusion insuffisante des résultats de la recherche ; (v) la faible disponibilité des bases factuelles fiables et le non recours systématique aux résultats de la recherche lors de la prise de décisions.

ELABORATION DE LA SSS 2016-2027

L'élaboration de la SSS2016-2027 a comporté trois étapes :(i) la réalisation d'un état des lieux, (ii) l'élaboration d'un cadre stratégique et (iii) d'un cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

État des lieux et diagnostic

Une analyse situationnelle a permis de collecter des informations probantes pour mieux décrire les besoins des bénéficiaires et l'offre de services et de soins. Cette collecte des données a été facilitée par la délimitation et la segmentation du secteur de la santé en cinq composantes, à savoir : (i) promotion de la santé, (ii) prévention de la maladie, (iii) prise en charge des cas, (iv) renforcement du système de santé, et (v) gouvernance et le pilotage stratégique.

Le problème majeur du système de santé est sa «**faible capacité à répondre aux besoins socio- sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif**».

Ce problème a pour conséquences :

- la faible adoption des comportements sains par les populations ;
- les fortes prévalences et incidences des facteurs de risque des maladies évitables ;
- la prise en charge des cas peu satisfaisante tant dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire ;
- une morbidité et une mortalité évitables élevées;
- l'inaccessibilité financière des soins et services pour les bénéficiaires ;
- la réduction de la force de travail dans la population en général.

Cadre stratégique du secteur de la santé

Au regard des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015 et des analyses faites lors de la description de l'état des lieux du secteur santé, la SSS 2016-2027 s'est fixée une nouvelle vision qui est en cohérence avec les priorités nationales et internationales afin de répondre aux enjeux et défis majeurs du secteur.

La vision de la SSS 2016-2027 qui découle de la vision 2035 du Président de la République est formulée de la manière suivante : « **Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés**».

A cet effet, le secteur de la santé s'attellera à contribuer à la réalisation des objectifs de développement de la Vision du Cameroun à l'horizon 2035 et du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE).

L'objectif général de la SSS 2016-2027 est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable.

En ce qui concerne la promotion de la santé, il s'agira, d' : **«Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé»**. À cet effet, quatre objectifs spécifiques ont été identifiés pour l'horizon 2027: (i) renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des DS; (ii) améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé; (iii) développer des actions de promotion dans au moins 80% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés ;(iv) amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles, notamment la planification familiale.

Dans le domaine de la prévention de la maladie, il sera question de **« réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention»**. Pour y parvenir, il faudra :(i) réduire d'au moins 20% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA); (ii) réduire dans au moins 90% des districts, les risques de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses ; (iii) accroître d'au moins 80% la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfant dans au moins 80% des DS ; et (iv) réduire d'au moins 10% la prévalence des principales maladies non-transmissibles (diabète et HTA).

En ce qui concerne la prise en charge des cas, l'objectif stratégique est **de «réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté»**. Plus spécifiquement, il s'agira d' : (i) assurer une prise en charge curative selon les normes des principales maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que celles de leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires; (ii) assurer une prise en charge globale et 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 au moins 80% des structures sanitaires ; (iii) assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des évènements de santé publique suivant les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 80% des districts de santé et (iv) réduire d'au moins 20% la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigible.

Du fait des contraintes budgétaires, les interventions à haut impact seront privilégiées dans les trois axes stratégiques suscités. Une attention particulière sera portée sur celles qui concernent les cibles mère et enfant, ou qui ont trait aux principales maladies transmissibles et non transmissibles ; lesquelles contribuent le plus à l'augmentation de la charge morbide globale (paludisme, infections aux VIH, tuberculose, maladies cardiovasculaires etc.).

S'agissant du renforcement du système de santé : l'objectif global de cet axe stratégique est « **d'accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité** ». Pour y parvenir, il sera nécessaire d'ici 2027 de : (i) réduire d'au moins 30% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ; (ii) assurer le développement harmonieux des infrastructures, des équipements et la disponibilité des paquets de services et de soins de santé selon les normes dans au moins 80% des formations sanitaires de 3ème, 4ème, 5ème et 6ème catégories ; (iii) accroître de 50% la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé ; (iv) augmenter selon les besoins priorités, la disponibilité des RHS dans au moins 80% des DS, des DRSP et des directions centrales ; et (v) 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.

Dans le domaine de la gouvernance et du pilotage stratégique : l'objectif global ici consistera à « **Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux** ». Une échelle d'évaluation de la performance des structures sanitaires sera développée à cet effet. Les deux objectifs spécifiques retenus pour l'horizon 2027 sont : (i) améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité ; et (ii) renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la stratégie

La SSS 2016-2027 sera mise en œuvre dans un nouvel environnement juridique caractérisé par l'entrée en vigueur en 2013 de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État. Elle sera « opérationnalisée » à travers plusieurs documents à savoir : (i) le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), (ii) les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et (iii) les Plans de Travail Annuels (PTA) ou pluriannuels des structures sanitaires. En outre, l'approche multisectorielle et l'innovation continueront d'être privilégiées.

Le MINSANTE assurera le leadership pour la réalisation des objectifs en collaboration avec le MINEPAT, le MINFI, les autres administrations partenaires du secteur (MINDEF, MINPROFF, DGSN, MINTSS, MINEPIA, etc.) et les organismes partenaires dont les interventions ont un impact direct sur la santé des populations. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les Organisations de la Société Civile (OSC) et les partenaires au développement accompagneront les efforts du Gouvernement dans le développement du secteur santé. L'offre de services et de soins de santé sera délivrée par les acteurs des sous-secteurs public, privé et traditionnel.

Des réformes seront nécessaires pour une mise en œuvre réussie de la SSS. Parmi elles, on peut citer : (i) la réforme du financement de la santé avec le développement de la couverture santé universelle ; (ii) la réactualisation de la réforme hospitalière ; (iii) la

réforme de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique ; (iii) la viabilisation des DS ; (iv) la gestion des ressources humaines; et (v) la gouvernance et le pilotage stratégique.

Financement de la stratégie : Le coût total des différents axes stratégiques développés est estimé à 5 824 milliards FCFA pour la période 2016 – 2027, soit une moyenne annuelle de 485 milliards FCFA. Ce volume se répartit comme suit : promotion de la santé 362,8 milliards FCFA, prévention de la maladie 682,2 milliards FCFA, prise en charge curative des cas, 1385,6 milliards FCFA, renforcement du système de santé 3101,6 milliards FCFA, pilotage stratégique et gouvernance 291,9 milliards FCFA.

Pour ce qui est de la viabilité du financement, les stratégies retenues seront axées sur : (i) l'utilisation efficiente et rationnelle des ressources existantes ; (ii) la mobilisation des ressources internes; et (iii) le développement des mécanismes de partage du risque maladie.

Coordination et Suivi de la mise en œuvre de la SSS : Le suivi de la mise en œuvre sera effectué à tous les niveaux par les instances de pilotage et de coordination. Toutefois, au niveau central et pour une meilleure efficacité du suivi des interventions planifiées, certaines réformes structurelles et organisationnelles s'imposent *de facto*. Elles concernent notamment la création d'un comité technique de suivi pour assurer la coordination stratégique de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Ce comité technique de suivi sera présidé par le Secrétaire Général du MINSANTE. Le comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre aura des démembrements au niveau régional. Ceux-ci seront placés sous la présidence du Gouverneur afin de renforcer la coordination des interventions et la réflexion stratégique dans l'esprit de l'approche « One Health ». Au niveau opérationnel, les capacités institutionnelles et opérationnelles des équipes cadres des districts, des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) et des Organisations de la Société Civile (OSC) seront renforcées dans le cadre du processus de décentralisation en cours. Ce renforcement sera fonction du niveau de développement des districts de santé. Par ailleurs, les mécanismes de suivi des performances et de redevabilité des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions seront renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Un compact national sur le modèle de la *International Health Partnership (IHP+)* sera également élaboré pour faciliter la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation consensuelle de la stratégie par toutes les parties prenantes.

Le suivi systématique de la mise en œuvre de la SSS sera organisé entre autres sous forme de revues semestrielles, annuelles, à mi-parcours et en fin de cycle, assorties de rapports suivant un canevas défini et partagé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Compte tenu des insuffisances inhérentes au suivi de la mise en œuvre de la SSS échue,

une assistance technique (de préférence nationale) est indispensable et sera envisagée pour les premières années de mise en œuvre de cette stratégie.

Évaluation de la stratégie : Elle se fera à travers des évaluations internes et externes, notamment à mi-parcours et en fin de période. Les rapports de supervision, d'audits techniques financiers et comptables, de contrôle et d'inspection effectués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire serviront de support pour la réalisation de ces évaluations.

Première Partie :
CONTEXTE GLOBAL ET NOTE
METHODOLOGIQUE

Chapitre 1.

CONTEXTE GLOBAL DU SECTEUR SANTÉ

1.1 Généralités sur le Cameroun

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, a une superficie de 475 650 km² dont 466 050 Km² de superficie continentale et 9600 Km² de superficie maritime. 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, au Nord-Est par le Tchad.

Le pays est caractérisé par une diversité géographique : les régions (du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) ont un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Les hauts plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) sont une zone de savane et de terres volcaniques favorable à l'agriculture. Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une zone de savane et de steppe caractérisée par un climat tropical chaud et sec et des précipitations de plus en plus réduites au fur et à mesure que l'on se rapproche du Lac Tchad.

1.2 Organisation politique et administrative

En 2015, le Cameroun comptait 10 régions, divisées en 58 départements et 360 arrondissements. On dénombre également 360 Communes⁴. La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes⁵. Dans le secteur de la santé, le décret N° 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 Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines.

1.3 Situation économique et sociale

1.3.1 Situation macroéconomique

En 2014, le PIB (Produit Intérieur Brut) courant du Cameroun était estimé à 15 846 milliards de francs CFA avec un taux de croissance annuel de 5,9% et un taux d'inflation de 1,9%^{6,7}. Les projections actuelles situent le taux de croissance annuel moyen à 6,3% entre 2015 et 2017⁸.

En décembre 2014, à l'initiative du Président de la République, le Gouvernement a adopté le « *Plan National d'Urgence Triennal (PLANUT) pour l'accélération de la croissance* »⁹. L'enveloppe budgétaire affectée à ce plan était de 925 milliards de Francs

CFA. Le volet santé du PLANUT a deux composantes essentielles : (i) la réhabilitation de l'infrastructure et le relèvement des plateaux techniques des hôpitaux généraux de Douala, Yaoundé et du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (30milliards);(ii) la construction et l'équipement des Centres Hospitaliers Régionaux (120 milliards)¹⁰.

1.3.2 Situation démographique

En 2015, la population du Cameroun était estimée à 22 179 707 habitants. Le taux d'accroissement de la population était de 2,6% entre 2005 et 2010. À ce rythme, la population devrait atteindre 36 millions d'habitants en 2035. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national : les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 20% de la population totale. Les régions les plus peuplées sont le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,1%) et le Nord (11,0%)¹¹.

Le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique, la fécondité y est encore élevée. Une telle croissance démographique entraîne un ratio de dépendance élevé (environ 95%) et une forte pression sur les infrastructures et les 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 foncière¹². En 2010, 52% de la population totale vivaient en milieu urbain, 43,6% avaient moins de 15 ans et seulement 5,5% de personnes avaient 60 ans ou plus¹³.

1.3.3 Situation sociale

En 2014, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%). En 2010, 70% de la population était en situation de sous-emploi global, c'est-à-dire travaillait involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale de 35 heures, ou gagnait moins que le SMIG horaire. Par ailleurs, le taux net de scolarisation au niveau primaire (personnes ayant un âge compris entre 6 et 11 ans) est resté autour de 80% entre 2005 et 2010. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans ou plus était estimé à 71% en 2010 (55% chez les femmes)¹⁴.

1.3.4 Équité

Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153^{ème} rang sur les 188 pays évalués en 2014. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a connu une évolution à la hausse, passant de 0,330 en 2013 à 0,344 en 2015¹⁵. Cette hausse traduit une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus.

Les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux couches sociales les plus aisées: 14,5% pour le quintile le plus pauvre contre 25% pour le quintile le plus riche en 2007. En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait 43%, elle n'était que d'environ 3% pour les plus pauvres¹⁶. Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins en fonction

de la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain). À titre d'exemple, seulement 46,7% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine¹⁷.

1.3.5 Contexte humanitaire et sécuritaire

La situation de conflits/terrorisme dans le nord du Nigeria et en République Centrafricaine (RCA) a des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les régions de l'Extrême Nord et de l'Est, entravant ainsi l'offre des services sociaux de base (services et soins de santé). Le nombre de réfugiés provenant de ces deux pays a été estimé à 309 013 au 31 août 2015. Par ailleurs ces conflits ont provoqué le déplacement interne de 81 693 personnes au Cameroun¹⁸.

1.4 Voies de communication

Le Cameroun dispose d'infrastructures de transport denses intégrant les réseaux routiers et ferroviaire. Le réseau routier s'est considérablement développé, atteignant en 2012 près de 77 589 km dont 5133 seulement étaient revêtus¹⁹. Le réseau routier restant est très peu entretenu. Pour ce qui concerne le réseau ferroviaire, celui-ci est long de 1000km et est peu entretenu²⁰.

Le pays possède en outre un réseau aérien et maritime. Le réseau aérien comprend 06 aérodromes fonctionnels dont 03 aéroports internationaux (Douala, Yaoundé-Nsimalen et Garoua) et 03 aéroports secondaires (Maroua, Ngaoundéré, Bafoussam).

Quant au réseau maritime, le pays compte 04 ports autonomes : Douala, Garoua, Kribi et Limbe.

1.5 Accès et usage des technologies de l'information et de la communication

En 2014, 78,9% des camerounais ont utilisé un téléphone mobile, 8,3% ont utilisé un téléphone fixe, 21,2 % ont utilisé un ordinateur tandis que 16,2% ont utilisé internet. Avec un taux de pénétration croissant, le téléphone mobile est devenu aujourd'hui l'outil de communication le plus utilisé par les populations. En effet, le nombre d'abonnés est passé de 4,5 millions à 14,8 millions entre 2007 et 2013, avec une couverture géographique de 83,3% et un taux de croissance de 13,2% en 2013²¹.

En ce qui concerne l'exposition hebdomadaire aux médias de masse, les responsables des ménages sont plus fréquemment exposés à la télévision (42%) qu'à la radio (24%) ou à la lecture d'un journal (11 %) ²². Cependant, un peu plus de la moitié des responsables de ménages (51%) n'est exposée à aucun média (radio, télévision, journal) de manière hebdomadaire.

L'usage des technologies de l'information et de la communication et des réseaux est de plus en plus mis à contribution pour la mobilisation et l'éducation des populations.

Chapitre 2.

NOTE METHODOLOGIQUE

2.1 Méthode et processus d'élaboration de la SSS 2016-2027

Le document de Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 est un dossier de synthèse obtenu à partir de deux autres documents à savoir : (i) le document « *État des lieux et diagnostic du secteur santé* », et (ii) le document « *Choix stratégiques du secteur santé* ». L'élaboration des livrables suscités a été précédée par la production du « *Rapport d'évaluation de la SSS 2001-2015* ».

La présente note méthodologique rend compte du processus et des outils de travail utilisés dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027. Cette méthodologie s'est appuyée sur les deux documents de référence que sont : (i) le Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun, édition de 2011 (MINEPAT); et (ii) le Guide de l'OMS pour l'Élaboration d'une Politique Nationale de Santé et d'un Plan Stratégique National de Santé^{23, 24}.

La description de la méthodologie s'articule autour des trois points ci-dessous :

- le cadre institutionnel et organisationnel ;
- l'implication et la participation au processus de toutes les parties prenantes ;
- les étapes majeures et le déroulement du processus.

2.2 Cadre institutionnel et organisationnel

Sur le plan institutionnel, le Comité de Pilotage et de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS a été réorganisé par l'arrêté N° 186/PM du 20 Décembre 2010, du Premier Ministre Chef du Gouvernement²⁵. Présidé par le Ministre de la santé publique, ce comité a pour mission d'assurer le pilotage du secteur et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé. À cet effet, il comprend en son sein (i) un comité technique de suivi ; et (ii) un Secrétariat Technique, véritable cheville ouvrière du processus d'élaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS). Le comité a entre autres pour missions :

- la mobilisation des ressources et des expertises ad hoc ;
- la collecte de toutes les informations nécessaires à l'exécution du projet d'élaboration de la nouvelle SSS ;
- l'organisation technique et logistique des réunions du comité de pilotage;
- le suivi de la mise en œuvre des recommandations faites par le Comité de Pilotage.

Le 28 novembre 2014, un Groupe Technique de Travail a été mis sur pied par la Décision N°1412/D/MINSANTE/SG du Ministre de la Santé publique²⁶. Présidé par le

Secrétaire Général du MINSANTE, ce groupe avait pour mission principale, la production de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 et des différents livrables du processus de son élaboration, l'élaboration du PNDS et de son plan de suivi-évaluation.

Le cadrage méthodologique était assuré par le Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) et par les experts du bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé a, conformément à ses missions, validé le projet, ainsi que tous les rapports d'étapes et les documents intermédiaires issus de ce processus.

D'autres experts ad hoc indépendants ont été mobilisés en raison de leur connaissance des problématiques de santé, ou de leur maîtrise du processus de planification stratégique.

2.3 Implication et participation des parties prenantes

L'élaboration de la SSS 2016-2027 a été largement participative et consultative. Un effort a été déployé tout au long du processus pour impliquer l'ensemble des parties prenantes, y compris les bénéficiaires des interventions de santé des 10 régions afin de mieux cerner leurs besoins et ceux des acteurs de mise en œuvre de la SSS. Diverses modalités de travail ont à cet effet été utilisées : travaux en régie, ateliers, revues documentaires ; consultations participatives ; « focus groups discussion » et entretiens individuels. Ces modalités de travail ont permis de mieux cerner les besoins des bénéficiaires et ceux des acteurs de mise en œuvre de la SSS. Le processus d'élaboration de la SSS 2016-2027 s'est articulé autour des étapes majeures suivantes :

- évaluation interne de la SSS 2001-2015 ;
- élaboration du document « Etat des lieux et diagnostic du secteur santé » ;
- formulation des choix stratégiques ;
- élaboration d'un cadre sommaire de pilotage et de suivi/évaluation de la mise en œuvre de la SSS 2016-2027.

L'évaluation interne de la SSS 2001-2015 a été faite avec l'outil JANS (*Joined Assessment of National Health Strategies, version d'août 2013*) et la grille d'analyse intitulée « Analyse d'un document de stratégie » proposée par le Guide méthodologique de planification stratégique au Cameroun^{23,27}. Ces outils ont permis de formuler les questions d'évaluation et d'analyser le contenu de la mise en œuvre de la stratégie échue. Ensuite, les points faibles et les points forts de cette stratégie ont été relevés, catégorisés puis, analysés suivant leur nature.

L'élaboration du document « *État des lieux et diagnostic du secteur santé* » a quant à elle comporté quatre temps forts : (i) la délimitation du secteur et son positionnement par rapport aux autres secteurs de développement ; (2) la segmentation de ce secteur en

composantes et sous-composantes ; (3) la description des besoins des bénéficiaires dans le secteur ; (4) la description de la situation institutionnelle et communautaire de l'offre de services; et enfin (5) l'établissement du diagnostic sectoriel au moyen de l'analyse causale des problèmes identifiés.

À l'issue de ce travail, des groupes de discussions dirigées et des consultations participatives ont été organisés dans les dix (10) régions auprès des acteurs de mise en œuvre de la stratégie échue et auprès des bénéficiaires des interventions de santé. Le but de cet exercice était de recueillir non seulement leurs avis sur les bonnes pratiques à encourager, mais aussi leur perception des dysfonctionnements structurels et organisationnels qui plombent les performances du secteur.

Enfin, la méthode DELPHI, utilisée pour la consultation des acteurs du niveau central, a permis de bâtir le consensus autour des problèmes du secteur santé, puis de faire le point sur les principaux enjeux et défis majeurs du secteur. Par ailleurs, l'absence des données désagrégées (par région et par quintile de pauvreté) pour certaines variables analysées, a imposé l'utilisation des valeurs moyennes. Cette contrainte n'a donc pas permis d'affiner la cartographie des problèmes.

Pour ce qui est de la formulation des choix stratégiques nécessaires à la résolution des problèmes du secteur, des ateliers multisectoriels ont été organisés. À l'issue de cette étape, trois options stratégiques ont été formulées puis analysées et soumises au comité de pilotage de suivi évaluation de la SSS. Celui-ci a validé la meilleure option stratégique pour le secteur santé. Celle-ci a été déclinée en axes stratégiques, objectifs, et stratégies de mise en œuvre.

La budgétisation des interventions planifiées a été effectuée à l'aide du logiciel « *One Health Tool* », l'équipe de planification stratégique ayant été préalablement formée à l'utilisation de cet outil²⁷.

Le processus s'est achevé par l'élaboration du cadre de pilotage du secteur, du cadre logique de mise en œuvre et de suivi et évaluation puis des mécanismes de financement de la stratégie.

Enfin, la déclinaison des axes stratégiques en sous composantes, catégories et types d'interventions a permis d'élaborer la nomenclature de la nouvelle stratégie qui sera utile lors de la planification opérationnelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Deuxième Partie :
ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC
DU SECTEUR DE LA SANTE

Chapitre 3.

ETAT DES LIEUX DU SECTEUR SANTE

3.1 Présentation du secteur santé

3.1.1 Organisation du secteur santé

Le secteur de la santé au Cameroun est structuré en trois niveaux formant une pyramide dont les relations fonctionnelles sont précisées dans le tableau ci-dessous. Il comporte trois sous-secteurs : un sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous-secteur traditionnel²⁸.

Tableau 1: Différents niveaux du système de santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat d'Etat, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	- Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, Hôpitaux Gynéco obstétriques CENAME,CPC, CHRACERH, LANACOME,CIRCB,ONSP	Conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	10 Délégations Régionales	Appui technique aux Districts de santé	Hôpitaux régionaux et assimilés ; Centres Hospitaliers Régionaux Spécialisés de 2 nd niveau de référence Centres Régionaux d'Approvisionnement Pharmaceutique	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	189 Districts de Santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District - Cliniques; - CMA; - CSI, Cabinet de soins	COSADI; COGEDI COSA; COGE

Source : MINSANTE. Cadre conceptuel du District de Santé viable complété à partir du décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du MINSANTE

3.1.2 Délimitation et segmentation du secteur en composantes

3.1.1.1 Délimitation du secteur santé : Principales missions du secteur de la santé

Conformément au décret N° 2013/093 du 3 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, celui-ci est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique²⁹.

3.1.1.2 Principaux acteurs du secteur

Les acteurs étatiques du secteur de la santé sont les administrations publiques au niveau central, leurs services déconcentrés et les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD). Ils sont notamment constitués des :

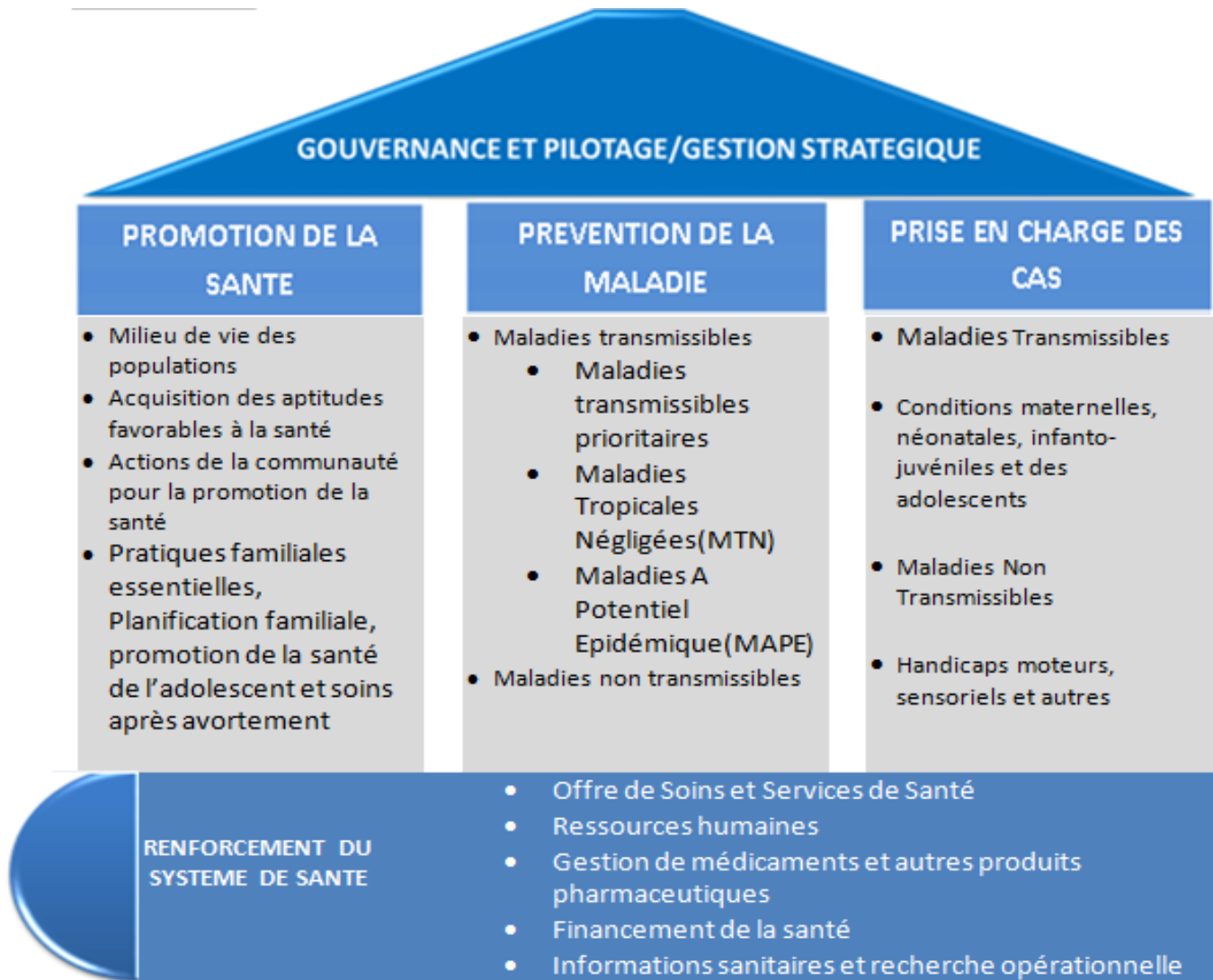
- Ministères et administrations prestataires des soins de santé (MINDEF, DGSN, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINJUSTICE, MINAS, et MINTSS) ;
- Ministères partenaires œuvrant pour la promotion de la santé particulièrement sur les déterminants de la santé (MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINPROFF, MINAS, MINTSS, MINCOM, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINHDU, MINTP, MINEFOP, MINSEP, MINJEC et MINAC).

A ces acteurs étatiques s'ajoutent au plan national : les représentations professionnelles (ordres professionnels, syndicats et associations) ; les établissements publics et privés de formation des ressources humaines en santé et les structures de recherche en santé ; les entreprises parapubliques et privées qui intègrent les préoccupations sanitaires dans leurs activités à travers leur responsabilité sociale ; les organisations de la société civile au sens large, les structures de dialogue, les ONG et les Organisations à Base Communautaire (OBC). En dehors des acteurs nationaux, le secteur compte également de nombreux Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

3.1.1.3 Segmentation du secteur en composantes et sous-composantes

Le secteur de la santé a été segmenté en trois composantes verticales qui sont : (i) promotion de la santé ;(ii) prévention de la maladie ;et (iii) prise en charge des cas ; et en deux composantes horizontales ou transversales qui sont : la composante renforcement du système de santé ; et la composante gouvernance et pilotage stratégique. Cette segmentation en composantes et sous composantes, schématisée ci-dessous, est un artifice pour mieux décrire le secteur de la santé³⁰.

Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes



Source : Rapport état des lieux du secteur santé 2014 .MINSANTE (ST-CP/SSS)

NB .La participation communautaire étant transversale, la sous composante « actions de la communauté pour la promotion de la santé » n'aura pas un objectif spécifique qui lui est rattaché.

3.2 Composante promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé et de l'améliorer³¹. Elle s'appesantira sur les aspects suivants : (1) actions menées par la communauté pour la prise en charge de ses problèmes de santé ; (2) cadre de vie des populations ; (3) acquisition des aptitudes favorables à la santé ; et (4) les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale.

3.2.1 Actions de la communauté pour la promotion de la santé

Le Cameroun a adopté en 1993, la politique de Réorientation des Soins de Santé Primaires (RéoSSP) issue de l'Initiative de Bamako. Cette politique se caractérise par le développement des « structures de dialogue » et s'appuie sur trois principes essentiels : le cofinancement, la cogestion et la participation communautaire. L'action communautaire à ce jour s'exprime à travers:³²

- la participation des populations au financement des soins de santé ;
- la participation des représentants des communautés à la cogestion ;
- les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile;
- les prestations des agents de santé communautaire ;
- les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé.

En ce qui concerne la société civile, plus de 160 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle aux activités du Ministère de la Santé Publique (Lettres d'accord de collaboration, convention-cadres, contrats d'exécution et cadres d'obligations et moyens). Plusieurs administrations publiques œuvrent pour le renforcement de l'action communautaire (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINEPIA etc.). Un guide des interventions sous directives communautaires, disponible depuis 2012, est en cours d'actualisation. La santé communautaire n'est pas suffisamment développée dans le système de santé et les agents de santé communautaire opèrent sans cadre juridique. Ce qui pourrait expliquer les faibles performances observées.

3.2.2 Cadre de vie des populations

La description du cadre de vie des populations portera sur les thématiques suivantes : (1) eau potable, gestion des déchets, hygiène et assainissement du milieu ; (2) qualité de l'air ; (3) effets des changements climatiques ; (4) rayonnements non ionisants ; (5) accès aux équipements et services pour la pratique des activités physiques et sportives (APS) ; (6) habitat ; (7) milieu scolaire et universitaire ; et (8) milieu carcéral.

3.2.2.1 Eau potable, gestion des déchets, hygiène et assainissement du milieu

Au Cameroun, plus de 27% des ménages n'ont pas accès à l'eau potable et seuls 10,9% de ces ménages utilisent des techniques de traitement appropriées de l'eau. La proportion des ménages utilisant des sources d'eau améliorée est néanmoins passée de 68,9% à 72,9% entre 2011 et 2014. En 2011, près de 41% des ménages (67% en milieu rural et 15% en milieu urbain) ne disposaient pas de toilettes améliorées. Par ailleurs, l'utilisation de ces toilettes améliorées par les ménages a diminué ; passant de 39,9% à 34,9% entre 2011 et 2014^{177,33}.

S'agissant de l'hygiène du milieu, la production moyenne annuelle des déchets ménagers solides est de 312 kg/an/personne avec plus de 23% directement jetés dans les rigoles ou dans la nature. Des usines implantées en plein centre urbain exposent les métropoles camerounaises à une importante pollution des cours d'eau et de l'atmosphère par des résidus toxiques. En 2011, la production annuelle de déchets industriels dans la seule ville de Yaoundé était de 153 152 tonnes. Ceux issus des activités de soins étaient évalués à 55,6 tonnes par jour³⁴. Leur gestion pose un problème malgré l'existence d'un Plan National de Gestion des Déchets Hospitaliers et la réouverture de l'école de formation du génie sanitaire depuis 2007. De même le traitement des produits pharmaceutiques impropres à la consommation, (médicaments avariés, périmés et médicaments de la rue) est mal assuré. Ceci demeure une réelle préoccupation au vu des coûts liés au respect des exigences environnementales à observer lorsqu'ils doivent être détruits.

La gestion des déchets en milieu urbain (chef-lieu des régions et certains départements) est assurée par la société HYSACAM (Hygiène et Salubrité du Cameroun), mais, les quartiers enclavés ne sont pas encore desservis. Cette insuffisance de desserte est à l'origine des inondations et du développement des maladies à transmission vectorielle et celles du péril fécal. Cependant, des initiatives de pré-collecte sont en cours dans ces quartiers et sont implémentées par certaines communes d'arrondissement à travers le programme PADY II (2013-2017)³⁴.

3.2.2.2 Qualité de l'air

En 2004, la pollution de l'air intérieur par la combustion du charbon de bois et du bois de chauffage et celle de l'air extérieur par les PM10 ont été respectivement à l'origine de 11 400 et de 2 200 décès au Cameroun³⁵. L'INS quant à lui révèle que 49% des ménages en milieu urbain (92,5% en milieu rural) utilisent le bois comme combustible pour la cuisine¹⁷. Les oxydes d'azote, principaux polluants en milieu urbain, émanent surtout des véhicules ayant plus de 15 ans d'âge³⁶. Ces derniers représentaient près de 92% du parc automobile en juin 2015³⁷.

La portée des projets comme « *Smoke and Drinking Water* », où seuls 15 artisans locaux ont été formés pour la construction et la commercialisation des foyers améliorés produisant une infime quantité de fumée et de CO₂, demeure très faible³⁸.

3.2.2.3 Effets des changements climatiques et de la transition énergétique

Les changements climatiques et la transition énergétique constituent de nouvelles menaces pour la santé publique à l'échelle mondiale. En effet, les répercussions des transitions écologique et énergétique imposent de nouvelles stratégies permettant d'améliorer la résilience des populations et du système de santé à ces changements. Lesdits changements ont pour conséquences: l'aggravation de l'incidence des maladies liées à l'eau, aux aliments, aux vecteurs, etc. ; et l'aggravation de la pollution de l'air, de la pénurie de la nourriture et de l'eau³⁹.

3.2.2.4 Rayonnements non-ionisants

Environ 41,6% des logements des personnes âgées sont construits à proximité des lignes de haute tension qui génèrent des champs magnétiques de très basse fréquence⁴⁰. Ces derniers sont associés à la survenue de la leucémie infantile⁴¹. Par ailleurs, ces résultats n'intègrent pas les études portant sur les effets des installations de nombreux équipements techniques de transmission des opérateurs de téléphonie mobile.

3.2.2.5 Accès aux équipements pour la pratique des activités physiques et sportives

Les efforts consentis dans le cadre du développement des infrastructures de proximité pour la pratique des activités physiques et sportives (APS) restent insuffisants. On peut néanmoins citer la construction de 10 plates-formes sportives de proximité, de 03 parcours Vita (Yaoundé, Douala, Bamenda) et de complexes sportifs dans certaines villes (Bertoua, Bafoussam, Maroua, Ebolowa etc.), ainsi que leur réhabilitation pour l'organisation des jeux scolaires et universitaires. Cependant, ces derniers ne sont pas convenablement entretenus⁴². Il existe également un Programme National de Développement des Infrastructures Sportives (PNDIS) qui vise notamment à doter toutes les régions et villes d'infrastructures sportives adaptées à la pratique du sport en général et du sport d'élite en particulier⁴³.

3.2.2.6 Habitat

D'après l'INS, 85% de la population urbaine vivait dans des logements précaires en 2011 et 70% de l'espace urbain était occupé par les quartiers d'habitat spontané, anarchique et indécents^{17,44}. Les habitants de ces quartiers spontanés font face au manque d'infrastructures d'assainissement de base ; d'où leur forte exposition au paludisme et aux maladies du péril fécal.

3.2.2.7 Milieu scolaire

En 2012, seules 19,5% des écoles primaires disposaient d'électricité et 42,3% avaient de l'eau potable⁴⁵. En outre, près de la moitié possédaient des toilettes mal entretenues pour la plupart, et environ seulement un tiers d'entre elles disposait d'une boîte à pharmacie. Par ailleurs, très peu d'écoles possédaient une cantine scolaire et un espace de jeu.

3.2.2.8 Milieu carcéral et scolaire

Au 31 août 2015, on dénombrait environ 27000 détenus pour une capacité globale d'accueil de 16 000 places dans l'ensemble des prisons du pays. Ces détenus étaient répartis dans 78 prisons avec une proportion de 94,6% d'hommes, 2% de femmes et 3,4% de mineurs⁴⁶. Les facteurs de risque auxquels étaient exposés ces détenus sont : la sédentarité, le stress, la promiscuité et l'aération insuffisante des cellules qui favorise la survenue de la tuberculose pulmonaire⁴⁷. Les maladies les plus fréquentes par ordre d'importance dans ce milieu sont : le paludisme, les dermatoses, les diarrhées, l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose⁴⁸. En ce qui concerne les ressources humaines en santé, le réseau de l'administration pénitentiaire dispose de 23 médecins; 36 Infirmiers Diplômés d'État, 113 Aides-soignants, et 34 Agents Techniques Médico-Sanitaires. Il convient de signaler que ces personnels ne s'occupent principalement que des activités curatives.

De manière générale, malgré la création des services de santé scolaire, l'organisation et la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire et carcéral sont marginales.

3.2.3 Acquisition des aptitudes favorables à la santé

L'acquisition des aptitudes favorables à la santé sera décrite sous les 5 angles suivants : (1) alimentation et nutrition ; (2) sécurité routière en milieu urbain et interurbain ; (3) pratiques des activités physiques et sportives ; (4) usage abusif des substances illicites ou nocives.

3.2.3.1 Alimentation et nutrition

Etat nutritionnel des enfants de moins de cinq ans : la prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) est restée stable, autour de 31% de 2011 à 2014. La malnutrition modérée et sévère a quant à elle régressé de 5,6% à 5,2%, **pendant la même période, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord étant les plus affectées avec des prévalences respectives de 12% et 10,2%**. En 2014, la prévalence nationale de l'insuffisance pondérale était de 14,8% tandis que celle de l'obésité était de 6,7% chez les enfants de moins de 5 ans^{17,33}.

Taux d'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois : Il était de 28,2% en 2014^{17,33}. En ce qui concerne les micronutriments, la prévalence en 2011 de la carence en fer chez les enfants de moins de cinq ans était de 60 %, celle en vitamine A de

34,4% et celle en zinc de 69,1%. La consommation de sel iodé a diminué, passant de 90,9% à 86% entre 2011 et 2014 alors que l'Arrêté N° 0113/A/MSP/SG/DSFM du 29 mai 1991 institue l'iodation obligatoire du sel sur toute l'étendue du territoire national.

État nutritionnel des adultes y compris des femmes en âge de procréer : environ un tiers (32%) de femmes présentait un surpoids ou était obèse en 2011, mais cette proportion était plus élevée dans les grandes villes comme Yaoundé et Douala, où elle atteignait 46%. La prévalence de l'anémie était de 40% chez les femmes de 15 à 45 ans et de 50% chez les femmes enceintes^{17,33}. Chez celles ayant un âge compris entre 15 et 49 ans, la prévalence de la carence en vitamine A était de 21,4% en 2011 et celles du zinc et de l'acide folique étaient respectivement de 76,9% et 8,4%⁴⁹.

3.2.3.2 - Sécurité routière en milieux urbain et interurbain

En valeur absolue, le nombre de victimes d'accidents sur la voie publique (AVP) a diminué, passant de 3552 à 3071 blessés entre 2011 et 2013. Cette réduction a été obtenue grâce aux actions conjointes de prévention et de sécurité routière du MINTRANS et du MINDEF sous la coordination du Comité National de la Route (CONAROUTE). Les décès sont quant à eux passés de 1588 à 1170 au cours de la même période⁵⁰. Le taux de létalité reste encore élevé (près de 40%), ce qui témoigne soit d'une faible promptitude/efficacité dans la prise en charge des victimes des AVP, soit de la gravité des cas. Les Services d'Assistance Médicale d'Urgence ont été créés à cet effet mais restent peu fonctionnels.

3.2.3.3 - Pratique des activités physiques et sportives

La place et l'importance des activités physiques et sportives pour l'entretien de la santé ne sont pas suffisamment ancrées dans les mœurs, ce qui pourrait s'expliquer par : la pénurie et la vétusté des infrastructures sportives, l'absence d'une plateforme de collaboration entre le MINSANTE et les ministères partenaires pour échanger sur l'importance de la pratique régulière de l'activité physique, l'insuffisance de personnels qualifiés et la faible diffusion de messages d'information et de sensibilisation du grand public⁵¹.

Toutefois, l'on peut relever : (i) la formation de 2194 enseignants d'EPS en 2012-2013, lesquels ont été majoritairement mis à la disposition des différentes administrations utilisatrices (MINESEC, MINEDUB, MINEFOP, MINESUP, etc.);(ii) l'institutionnalisation depuis 2005 par les pouvoirs publics de la célébration de la Journée Nationale de l'Éducation Physique ; (iii) l'existence de nombreuses organisations et structures d'encadrement du sport de masse (Fédération Camerounaise du Sport pour Tous, Fédération Camerounaise du Sport du Travail, Parcours Vita et d'autres associations de promotion de la pratique du sport de maintien, etc.)⁵².

3.2.3.4 Usage abusif des substances illicites ou nocives

On estime à environ 1,1 million de camerounais consomment du tabac soit 13,9% d'hommes, et 4,3% de femmes au sein de la population générale⁵³. L'âge moyen d'initiation au tabagisme quotidien est d'environ 18,5 ans. Aussi, 15% d'adultes fumant quotidiennement avaient commencé cette pratique avant l'âge de 15 ans en milieu urbain, contre 5,3% en milieu rural. La consommation abusive des substances illicites, de psychotropes antidouleur (Tramadol et cannabis) est observée dans toutes les régions du pays⁵⁴. 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 chez les personnes désireuses.

La consommation d'alcool est estimée à 8,4 litres d'alcool pur par personne et par an chez les plus de 15 ans⁵⁵. 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 et 1,9% chez les femmes⁵⁶.

3.2.4 Pratiques familiales essentielles, planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement

Les pratiques familiales essentielles sont des interventions à haut impact qui visent à réduire la morbi-mortalité des populations. Il s'agit notamment de : l'alimentation équilibrée ; l'hygiène du milieu, l'hygiène individuelle et corporelle, l'allaitement maternel etc. Mais les données désagrégées par régions du niveau d'exécution de ces pratiques sont peu disponibles. En 2014, la prévalence contraceptive était de 34,4% avec une proportion de 16 % (MAMA exclue) pour la contraception moderne. Les besoins non-couverts étaient quant eux estimés à 18% en 2014^{17,33}. Le taux d'avortement chez les femmes de 15 à 35 ans se situait entre 30 à 40 % et près d'un quart de ces avortements étaient provoqués⁵⁷. Environ 20% des formations sanitaires ont au moins un prestataire formé à l'offre de la technologie contraceptive, (14,2% sont dans le sous-secteur-public, 4,4% dans le sous-secteur privé à but lucratif et 1,4% dans le sous-secteur privé à but non lucratif). On note que 71,3% des formations sanitaires offrent les méthodes de courte durée et 19,4% offriraient en plus de ces méthodes, des implants⁵⁸.

Les problèmes relatifs à la planification familiale sont de plusieurs types : engagement politique insuffisant, ressources humaines formées insuffisantes, manque d'intrants et faible mise en œuvre des stratégies de communication visant à lever les barrières socioculturelles⁵⁹.

En guise de réponse institutionnelle pour l'accompagnement des familles dans la résolution des problèmes de santé relevés plus haut, il faut souligner que le MINPROFF a

formé plus de 27000 personnes (chefs et mères de familles) sur diverses thématiques telles que la santé de la reproduction, l'éducation pré-nuptiale, l'infection à VIH/SIDA et les IST⁶⁰. Mais cet effectif ne permet pas de couvrir tous les besoins. Par ailleurs sur les 11 794 postes prévus par le texte portant organisation du MINPROFF, seuls 823 sont pourvus, ce qui ne représente que 7%⁶¹ des besoins satisfaits en ressources humaines.

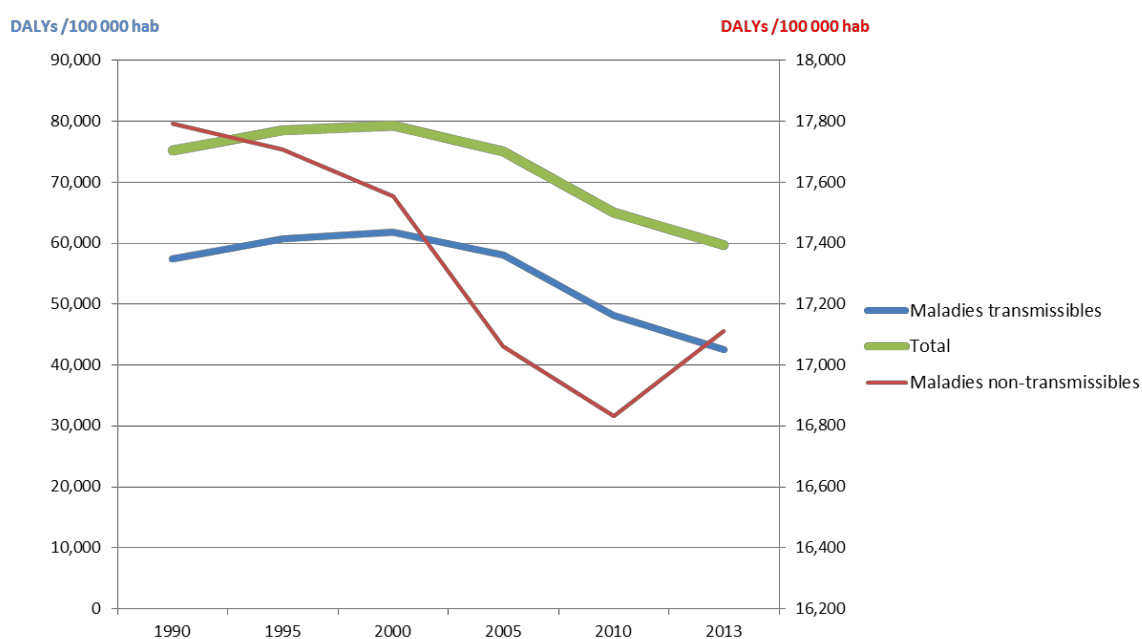
Le MINAS, dont la mission est l'encadrement social des individus ne dispose que de 32 services d'action sociale auprès des formations sanitaires sur l'ensemble du territoire national. Au regard des besoins identifiés, le nombre de travailleurs sociaux en fonction reste donc quantitativement insuffisant⁶².

3.3 Composante prévention de la maladie

La survenue de la crise économique mondiale après 1970 a créé des inégalités flagrantes dans les pays tant sur le plan socioéconomique que sur le plan sanitaire. Elle a notamment eu pour conséquence, une hausse globale de la morbidité au cours de cette période. À partir des années 2010, le pays a connu une baisse globale de la morbidité et une amorce de la transition épidémiologique caractérisée par une baisse de la prévalence des maladies transmissibles et une augmentation de celle des maladies non transmissibles (Cf. figure2). La réduction des maladies transmissibles est liée à celle de leurs facteurs de risque majeurs tels que l'accessibilité à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement de l'environnement immédiat.

Malgré cette transition épidémiologique, la prévalence et le poids des maladies transmissibles demeurent nettement plus élevés que celui des maladies non transmissibles⁶³.

Figure 2: Évolution du poids global des maladies transmissibles et non-transmissibles au Cameroun de 1990 à 2013.



Source: résultats obtenus des données issues du Global Burden of Diseases of 2015

Entre 2007 et 2015, les financements alloués à la prévention de la maladie et à la prise en charge des cas représentaient respectivement 29,7% et 30% du budget du MINSANTE⁶⁴. Mais, d'après les comptes nationaux de la santé, les dépenses totales relatives à la prévention de la maladie s'élevaient à 13,6 milliards de FCFA en 2011, soit 2,9% seulement des dépenses totales de santé⁶⁵.

3.3.1 Maladies Transmissibles

3.3.1.1 Maladies transmissibles prioritaires: VIH/SIDA, IST, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales

Infection au VIH et IST: La prévalence moyenne du VIH est de 4,3% dans la population des 15-49 ans et de 8,1% dans la tranche de 35 à 39 ans¹⁷⁷. Le nombre de nouvelles infections liées au VIH était quant à lui estimé à 58 757 en 2014⁶⁶. Les populations les plus exposées au VIH et aux autres IST sont : les travailleurs du sexe (36%), les 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%)¹⁷. De plus, l'épidémie s'est féminisée dans les tranches d'âge 15-19 ans et 20-24 ans. En effet, il y a entre 5 et 6 fois plus de filles que de garçons atteints dans ces tranches d'âge. La distribution épidémiologique montre également une disparité entre les zones urbaines (4,8%) et les zones rurales (3,8%) ainsi qu'entre la région de l'Extrême-Nord (1,2%) et la région du Sud (7,2%).

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 sanguine⁶⁶⁶.

Tuberculose : 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 Centrafricaine⁶⁷.

Paludisme : En 2013, le paludisme (fièvre) représentait la première cause de consultation (28,6%) et d'hospitalisation (46%)⁶⁸. Ces chiffres méritent toutefois d'être relativisés car de nombreux autres agents pathogènes sont responsables de la fièvre au Cameroun. A titre illustratif, la Dengue, maladie fébrile, a une séroprévalence de 61% à Douala, 24% à Garoua et 10% à Yaoundé⁶⁹.

Le taux de morbidité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (enfants avec un test de dépistage positif) est passé de 56% en 2008 à 30% en 2014⁷⁰. Les anémies sévères des suites de paludisme représentent une proportion importante des décès chez les enfants de moins de 5 ans. En 2014, 37,4% des ménages possédaient une moustiquaire imprégnée aux insecticides pour deux personnes³³. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée aux insecticides était de 47,5% dans la population générale et de 54,8% chez les enfants de 0 à 59 mois³³. En ce qui concerne le traitement préventif intermittent (TPI), 26% des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins trois doses en 2014³³.

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 est faible et est de l'ordre de 1,5%⁷¹. Une grande proportion des hépatites virales est due aux actes de transfusion sanguine.

3.3.1.2 Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Au Cameroun, les principales Maladies Tropicales Négligées sont : l'Onchocercose, la Schistosomiase, les helminthiases, la Filariose Lymphatique (FL), la Lèpre, le Pian, le Trachome, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), l'ulcère de Buruli, la Leishmaniose et la rage⁷².

Onchocercose et filariose lymphatique: En 2013, près de 32 000 personnes infectées à l'Onchocercose étaient atteintes de cécité et plus de 1,5 millions de personnes infectées présentaient des lésions graves de la peau⁷³. La prévalence de la filariose lymphatique, quant à elle varie de 6% au Nord-Ouest à 1,1% à l'Ouest⁷⁴ au cours de la même année. En 2006, 111 et 158 districts de santé étaient respectivement hyper et ou méso-endémiques à l'onchocercose et à la filariose lymphatique⁷⁵. Le recours au traitement préventif à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) continue d'être l'approche de prévention privilégiée de ces dernières années. Le volet de la lutte anti-vectorielle est encore insuffisant.

Schistosomiases : La schistosomiase ou bilharziose touche actuellement 2 millions de camerounais, avec plus de 5 millions de personnes à risque d'infestation. Les enfants d'âge scolaire de 5 à 14 ans constituent le groupe vulnérable le plus atteint par cette maladie⁷⁶. La lutte contre ces affections est axée sur un déparasitage régulier et systématique des populations à risque, en s'appuyant sur la participation communautaire, le partenariat et la multi-sectorialité.

Helminthiases intestinales: Les vers intestinaux (ascaris, trichocéphale, ankylostome) touchent plus de 10 millions de camerounais. L'ascaris et le trichocéphale infestent plus de 6 millions d'individus et l'ankylostome environ 2 millions. Les enfants en âge scolaire (6-15 ans) constituent le groupe le plus vulnérable (50% pour les schistosomiases et 38 à 47% pour les helminthiases intestinales)⁷⁷.

Lèpre : Parmi les 719 cas enregistrés en 2014, 315 nouveaux cas étaient localisés dans l'Adamaoua, l'Est, le Nord et le Sud-ouest. À ce jour, une quinzaine de districts de santé reste hyper-endémique⁷⁸.

Ulcère de Buruli : Il sévit principalement dans la vallée du Nyong (région du Centre), la cuvette de Bankim dans l'Adamaoua, et la zone de Mbonge dans le Sud-Ouest. La maladie touche surtout les enfants âgés de 2 à 15 ans issus des milieux socio-économiques défavorisés. Un total de 3700 cas cumulés a été enregistré depuis 2002 dans 64 districts de santé, et 126 cas ont été diagnostiqués et traités dans les Centres de Diagnostic de la Tuberculose (CDT) en 2014⁷⁹.

Trachome : le trachome est la première cause de cécité infectieuse. Des enquêtes épidémiologiques réalisées en 2010, 2011 et 2012 respectivement dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Adamaoua ont révélé qu'il est endémique dans 14 districts de santé de la région de l'Extrême-Nord et dans 3 districts de santé de la région du Nord. La distribution de masse de l'Azithromicine et la prise en charge du trichiasis sont en cours dans ces régions⁸⁰.

Trypanosomiase humaine africaine : Il existe actuellement cinq foyers actifs sur le territoire national : Campo et Bipindi (Région du Sud), Fontem et Mamfé (région du Sud-Ouest); et Doumé (région de l'Est). Des activités ponctuelles de sensibilisation et de mobilisation des communautés sont organisées dans les foyers suscités⁸¹.

3.3.1.3 Maladies à potentiel épidémique (MAPE)

Situation épidémiologique

Au cours des cinq dernières années, le paysage épidémiologique (voir tableau 2) a été particulièrement marqué par la survenue des épidémies de : (i) choléra (23152 cas ont été suspectés en 2011, et des mesures de prévention ont permis de réduire la survenue d'autres épidémies) ;(ii) méningite bactérienne (les séro-groupes les plus fréquents étaient le A et le MenAfricaW135 dont les épidémies se sont estompées avec l'introduction du vaccin anti-méningococcique) ; (iii) Grippe ; (iv) Rougeole ; (v) Fièvre Jaune ; et (vi) Poliomyélite (4 cas de Polio virus sauvage en 2013, 5 cas en 2014 et 0 cas en 2015)⁸².

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.

Programme élargi de vaccination

À ce jour, 12 MAPE sont ciblées par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) de routine : tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, Hépatite virale B, infection à *Hemophilus type B*, infection à pneumocoque, diarrhée à Rotavirus, fièvre jaune, rougeole et rubéole⁸³. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce programme sont de plusieurs ordres :

- 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)⁸⁴ ;
- la couverture des formations sanitaires en matériel de chaîne de froid est de 75% (la norme nationale étant de 80%)⁸⁵ ;
- 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 ;
- La forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs. En effet, le Cameroun ne sera plus éligible aux financements extérieurs (Alliance GAVI) lorsque son PIB dépassera \$1580 par habitant, ce qui pourrait vraisemblablement arriver en 2020 selon les projections de l'évolution dudit PIB⁸⁶.

Système de surveillance des MAPE

A ce jour, quatre maladies sont sous surveillance épidémiologique il s'agit de la Fièvre jaune, de la rougeole, du tétanos et de la poliomyélite. 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 n'existe pas de plan global, multisectoriel qui pourrait garantir à travers des stratégies dédiées, la riposte ponctuelle et efficace devant toute épidémie déclarée sur l'ensemble du territoire. Le fonctionnement de la flotte est jusqu'à ce jour financièrement supporté par les partenaires au développement dont le désengagement est à envisager. Le réseau national des laboratoires n'est pas fonctionnel. Le Centre Pasteur du Cameroun à Yaoundé et son annexe de Garoua, le laboratoire *Global Viral Cameroon* 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 2 ci-dessous récapitule l'historique de quelques MAPE de 2011 à 2015⁸⁷.

Tableau 2 : Historique de quelques MAPE au Cameroun de 2011 à 2015

MAPE	2011			2012			2013			2014			2015		
	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)
Cholera	23 152	843	3,6	125	4	3,2	29	0	0,0	3 355	184	5,5	228	10	4,4
Méningites	2 733	191	7,0	1 128	103	9,1	1 013	68	6,7	1 156	60	5,2	1 230	62	5,0
Rougeole	4 574	27	0,6	14 806	73	0,5	1 681	10	0,6	4 152	16	0,4	9 895	39	0,4
Gastroentérite aigue sévère*	1366	2	0,1	21877	60	0,3	46017	63	0,1	53477	80	0,1	56706	70	0,1
Diarrhées sanglantes	2 114	4	0,2	7 376	13	0,2	10 966	7	0,1	13 066	11	0,1	12 892	9	0,1
Fièvre typhoïde	-	-	-	55100	21	0,0	138758	31	0,0	176899	28	0,0	229849	28	0,0
Grippe humaine	34 087	14	0,0	35 868	37	0,1	70 234	6	0,0	83 640	5	0,0	99 645	12	0,0
Polioyéélite**	187	0	0,0	216	1	0,5	444	2	0,5	700	2	0,3	498	2	0,4

Sources : Historique de quelque MAPE, 2011-2014. (DLMEP, données non publiées)

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

** : surveillance de la Paralysie Flaque Aigue

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 et son plan d'action élaboré en décembre 2015.

Prise en charge des maladies à potentiel épidémique

La prise en charge des MAPE est assurée dans toutes les structures sanitaires du pays. Elle est également faite au niveau communautaire pour certains cas de MAPE. Lors des épidémies, la prise en charge des cas est gratuite. Des centres d'isolement et de traitement sont nécessaires pour certaines pathologies, notamment pour la maladie à virus Ebola. Des équipes d'intervention rapide ont été formées et outillées mais leur nombre est marginal. Pourtant une prise en charge efficace des MAPE nécessite des ressources matérielles, financières, logistiques et humaines multidisciplinaires incluant des spécialistes en santé animale. Mais ces ressources sont le plus souvent insuffisantes.

Pathologies à transmission verticale

Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) : le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant varie entre 15 et 30% pendant la grossesse et l'accouchement et entre 10 et 20% durant l'allaitement⁸⁸. La Transmission Mère-Enfant est la source d'infection VIH, la plus importante chez les enfants âgés de moins de 15 ans. En 2013, seuls 13 244 enfants exposés (34,7%) ont bénéficié d'une prophylaxie ARV à la naissance⁸⁹. En 2014, le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes était de 59,67% avec un taux de séropositivité de 6,3%. La couverture en ARV était quant à elle de 53,5% parmi les femmes enceintes dépistées VIH+⁹⁰. Mais en 2015, la proportion des femmes enceintes testées séropositives et mises sous ARV s'est nettement améliorée. Elle varie en fonction des régions comme suit : Adamaoua (87,4%), Est (68,4%), Extrême Nord (62,2%), Nord (78,7%), Centre (92%), Littoral (87%), Nord-Ouest (93%) et le Sud-Ouest (88%)⁹¹.

Prévention de la transmission de l'hépatite virale B (VHB) de la mère à l'enfant : on 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.

3.3.2 Maladies Non Transmissibles (MNT)

Dans un souci d'intégration, les MNT ont été regroupées au Cameroun selon les facteurs de risques communs en cinq groupes⁹². Mais leur situation épidémiologique est faiblement documentée.

Maladies du 1^{er} groupe : Hypertension artérielle (HTA), autres affections cardiovasculaires, diabète et maladies rénales chroniques.

La prévalence nationale de l'HTA est de 29,7% et celle du Diabète de 6,6% en 2015⁹³. La prévalence nationale de la maladie rénale chronique n'est pas connue, mais elle est estimée à 14,2% dans la ville de Douala et à 14,1% dans celle de Dschang^{94,95}. D'après l'INS (rapport GATS 2013), le tabagisme est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires de plus en plus préoccupant chez les jeunes (voir promotion de la santé)⁹⁶. D'autres facteurs responsables de la survenue des pathologies cardio-vasculaires chez cette cible ont également identifiés: surpoids, obésité, sédentarité etc.

Malgré les efforts consentis par le Gouvernement et les acteurs du sous-secteur privé (construction des centres d'imagerie dans chaque région, d'un centre de chirurgie cardiaque, etc.) pour adresser cette importante problématique, on observe encore beaucoup d'insuffisances dans la capacité du système de santé à lutter efficacement contre les maladies cardiovasculaires (ressources humaines peu qualifiées et équipements insuffisants pour assurer une prise en charge des cas de qualité.

. Pour ce qui est de la prévention proprement dite, les activités de sensibilisation, d'éducation et de dépistage sont surtout menées par les sociétés savantes (Société Camerounaise de Cardiologie, Société Camerounaise de diabétologie) et les organisations de la société civile (CAMHEF, ACADIA, etc.). Ces associations développent également des partenariats avec des entreprises du secteur privé pour la mise en œuvre des activités suscitées. Toutefois, les interventions de ces acteurs sont faiblement suivies et mal coordonnées.

Maladies du 2^{ème} groupe : Cancers, asthme et affections respiratoires chroniques

En 2012, 14 000 nouveaux cas de cancers ont été dépistés et près de 25 000 personnes vivaient avec le cancer. Plus de 80% des personnes atteintes se font dépister à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent leur diagnostic. Les cancers les plus fréquents sont ceux du sein (18,5%), du col de l'utérus (13,8%), de la prostate (7,3%) et du foie (3%)⁹⁷. La prévalence nationale de l'asthme n'est pas connue ; elle était de 2,3% dans la ville de Yaoundé en 2014⁹⁸. Les taux de mortalité liés aux affections respiratoires chroniques s'élèvent à 131 pour 100 000 hommes contre 85 pour 100 000 femmes⁹⁹.

Maladies du 3^{ème} groupe : Affections bucco-dentaires, troubles visuels et auditifs chroniques

Les prévalences nationales des affections bucco-dentaires et visuelles ne sont pas connues. Néanmoins, certaines études font état des prévalences des caries dentaires de 73,3% chez les 9-12 ans, de 92,3% chez les 13-17 ans en 1999 dans les zones rurales de la Région du Nord-Ouest¹⁰⁰. Pour ce qui concerne les troubles visuels chez les sujets âgés, l'opacification partielle ou totale du cristallin (cataracte) est fréquente et est responsable de 50% des cas de cécité et le glaucome représente 2 à 6% des cas¹⁰¹. Pour ce qui est de la prévalence des déficiences auditives, elle est de 1,2% au Cameroun¹⁷. Dans la Région du Nord-Ouest, elle varie en fonction des tranches d'âge, atteignant 15% chez les sujets de 50 ans et plus contre 1,1% chez les moins de 17 ans¹⁰².

Maladies du 4^{ème} groupe : Épilepsie et autres affections neurologiques, drépanocytose, maladies génétiques et dégénératives y compris les maladies mentales et rhumatologiques

La prévalence de l'épilepsie au Cameroun était estimée à 5,8% en 2008 en milieu hospitalier¹⁰³. Les localités les plus touchées sont le Mbam (6%), la Lékié (5,9%), le Nkam, les districts de santé de Mbengwi, de Batibo, Kumbo et Ndu et la ville de Garoua. La tranche d'âge de 10 à 29 ans en est la plus affectée (89,2%)¹⁰⁴.

Selon l'OMS, la prévalence du trait drépanocytaire au Cameroun varie entre 20% et 30% soit une population d'environ 3,5 millions de personnes avec près de 2% d'homozygotes¹⁰⁵. Très peu de données existent sur le plan national en ce qui concerne les maladies rhumatismales. La prévalence de la schizophrénie est estimée à 1% au Cameroun, soit environ 211 430 cas. Selon l'OMS, le poids des affections mentales, neurologiques et d'abus des substances illicites était estimé à 225 000 Années de Vie Corrigées par l'Incapacité (AVCI), soit 1432 AVCI pour 100 000 habitants¹⁰⁶.

Maladies du 5^{ème} Groupe: Traumatismes, violences, intoxications, urgences et catastrophes

L'état des lieux des maladies de ce groupe sera présenté dans la composante prise en charge des cas.

3.4 Composante prise en charge des cas

Au Cameroun en 2013, les principales maladies transmissibles représentaient environ 24% du poids global de la maladie. En effet, le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose représentaient respectivement 11,48%, 10,77% et 1,41% (tableau 3). Les maladies sus évoquées, associées aux infections respiratoires basses (10,12%), aux maladies diarrhéiques (5,57%), et aux IST (1,31%), constituent environ 41% du poids de la maladie et sont responsables de 42% des décès (voir tableau 3).

Pour ce qui est des maladies non-transmissibles, elles sont dominées par les affections cardiovasculaires, les cancers, les accidents et traumatismes qui représentent environ 14% du poids de la maladie et 23,3% de la mortalité globale. Chez les enfants de zéro à cinq ans, le paludisme, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques constituent à elles seules près de 43% de la morbidité et de la mortalité globale¹⁰⁷.

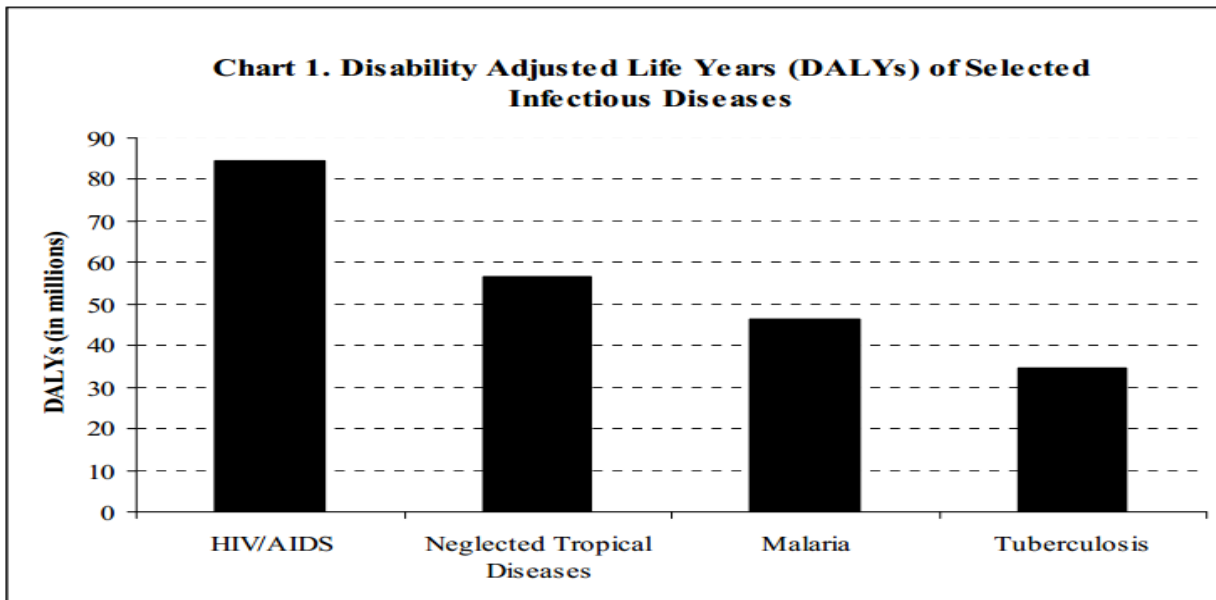
Tableau 3: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013

	Maladies ou groupes de maladies	Contribution au poids de la maladie (DALY)	Contribution aux décès (%)
1	VIH/SIDA	11,48%	14,24%
2	Maladies néonatales	11,27%	8,47%
3	Paludisme	10,77%	8,78%
4	Infections Respiratoires Basses	10,12%	10,52%
5	Maladies diarrhéiques	5,57%	5,01%
6	Carences nutritionnelles	5,03%	3,74%
7	Maladies cardiovasculaires	4,67%	11,56%
8	Accidents de la voie publique	3,95%	4,38%
9	Maladies mentales et abus de substances	3,53%	0,86%
10	Accidents non intentionnels	2,88%	2,87%
11	Cancers	2,02%	4,45%
12	Complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période infanto-juvénile	1,95%	2,17%
13	Maladies musculo-squelettiques	1,82%	0,14%
14	Maladies Tropicales Négligées	1,82%	0,22%
15	Tuberculose	1,41%	2,08%
16	Maladies respiratoires chroniques	1,38%	1,47%
17	IST	1,31%	1,01%
18	Cirrhoses	1,30%	2,42%
19	Maladies neurologiques	1,15%	0,87%
20	Maladies rénales chroniques	0,76%	0,83%
21	Autres causes	15,81%	13,91%
	Total	100,00%	100,00%

Source: résultats obtenus des données issues du Global Burden of Diseases 2013

S'agissant des MTN, les données présentées dans le tableau ci-dessus ne prennent pas suffisamment en compte toutes les Maladies Tropicales Négligées qui, selon certaines études contextuelles, occupent le deuxième rang des maladies infectieuses à forte morbidité après le VIH/SIDA et avant le Paludisme (voir le graphique ci-après)¹⁰⁸.

Figure 3 : Charge morbide de certaines maladies infectieuses.



Source : Norris J. et al. (2012)

La description de la composante prise en charge des cas concernera: (i) les Maladies transmissibles qui comprennent les Maladies Tropicales Négligées (MTN), (ii) les Maladies Non Transmissibles(MNT), (iii) les interventions curatives visant les cibles prioritaires (mère, nouveau-né, enfant et adolescent), et (iv) la situation sur les handicaps moteurs, sensoriels et autres.

3.4.1 Maladies Transmissibles

3.4.1.1 VIH-SIDA et IST, Paludisme, Tuberculose et Hépatites virales

VIH/SIDA et IST : selon l'INS (EDS 2011), 4,7% de femmes et 5% d'hommes sexuellement actifs ont déclaré avoir eu des symptômes d'IST au cours de l'année précédente.¹⁷ Parmi les IST recensées, la gonococcie avait la prévalence la plus élevée (32%), suivie de la syphilis (30%), de la trichomonase (26%), de l'infection au chlamydiae (8%) et du chancre mou (4%). L'augmentation de la prévalence des résistances des microorganismes aux antibiotiques est l'une des principales causes d'échecs thérapeutiques rencontrés.

Depuis le 1^{er} mai 2007, les ARV sont gratuits pour les patients suivis dans toutes les Unités de Prise en Charge (UPEC) et les Centres de Traitement Agréés (CTA). Le nombre de personnes sous traitement ARV était de 145 038 en 2014, soit 42,6% des personnes éligibles¹⁰⁹.

Parmi les défis qu'il faudra relever pour une meilleure prise en charge du VIH, on peut entre-autres citer : la prévalence croissante de la résistance aux ARV des virus au moment du diagnostic (jusqu'à 18% dans le Nord-Ouest) d'une part et l'accroissement du nombre de PVVIH nécessitant des transfusions sanguines d'autre part¹¹⁰, la faible observance du traitement et la sous-utilisation des centres de prise en charge du VIH (UPEC, CTA), absence de visibilité sur les sources de financements pour l'acquisition pérenne des ARV avec le départ annoncé de certains bailleurs.

Tuberculose: en 2013, selon l'OMS le nombre de décès dus à la tuberculose au Cameroun était estimé à 7 800 cas soit un ratio de 35 décès pour 100 000 habitants. En 2014, 91 des 126 cas de TB-MR dépistés ont été soumis au traitement. Pour ce qui concerne la co-infection TB/VIH, la séroprévalence du VIH observée était de 37% chez les tuberculeux à bacilloscopie positive (TPM+). La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux varie d'une région à l'autre : de 18% dans l'Extrême-Nord à 60% dans le Nord-Ouest¹¹¹.

En 2013, 238 CDT étaient fonctionnels soit un ratio d'un (01) CDT pour 87886 habitants (la norme OMS étant comprise entre 50000 – 150000 habitants). Le taux de guérison oscille entre 45% à Yaoundé et 84% dans la région du Nord. Certains CDT (Hôpital Jamot de Yaoundé, CMA catholique de la Dibamba dans la région du Littoral, Hôpital régional de Bamenda, CMA catholique de Djarengol Kodeck dans la région de l'Extrême-Nord, CMA de Baleng à Bafoussam) sont des centres de référence pour la prise en charge de la tuberculose multi-résistante¹¹².

Paludisme : d'une manière générale, sur 19 727 décès enregistrés dans les formations sanitaires en 2013, 22,04% (soit 4349 cas) étaient liés au paludisme¹¹³. Ce taux était de 29% en 2009¹¹⁴. Les taux d'incidence et de mortalité liés au Paludisme sont en nette régression depuis environ dix ans. En effet, on note d'une part une baisse de 15,61% du nombre de cas de paludisme entre 2009 et 2012, et d'autre part, une baisse de 34% de la mortalité hospitalière entre 2008 et 2012¹¹⁵. En 2011, les dépenses par habitant liées au paludisme étaient de 6752FCFA¹¹⁶. Le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte est gratuit depuis 2006. Il en est de même pour le traitement du paludisme simple et grave chez les enfants de moins de 5 ans depuis 2011 et en 2014 respectivement¹¹⁷.

Hépatites virales : face à l'ampleur des hépatites virales B, Delta et C, (cf. paragraphe 3.3.1.1.) la réponse institutionnelle s'organise progressivement. En effet, leur prise en charge est désormais subventionnée dans trois formations sanitaires des régions du Centre et du Littoral. Bien plus, l'évolution se fait vers plus de décentralisation de cette prise en charge. Dans les autres structures, le traitement est encore peu accessible en dépit de la réduction du coût des médicaments. Les cas de co-infection du virus de l'hépatite virale B et du VIH sont pris en charge gratuitement au niveau des UPEC et des

CTA. Pour la prise en charge de l'hépatite virale C, des efforts sont préconisés pour rendre disponibles de nouveaux antiviraux à moindre coût¹¹⁸.

3.4.1.2 Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Ce paragraphe présente la réponse du système de santé aux différentes maladies tropicales négligées. La situation épidémiologique de ces maladies a déjà été décrite dans le chapitre prévention (cf.- paragraphe 3.3.1.2.).

Onchocercose et Filariose Lymphatique : la prise en charge de ces affections fait appel à la polychimiothérapie de masse comme principale stratégie de lutte. En 2014, le taux de couverture thérapeutique par le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) était de 79,84% et le taux de couverture géographique s'élevait à 98,98%¹¹⁹. En ce qui concerne la filariose Lymphatique, la stratégie de lutte est basée sur le traitement de masse à l'Ivermectine et à l'Albendazole dans les zones endémiques¹²⁰.

Schistosomiasés et helminthiases intestinales : Face à la grande ampleur de ces affections, l'Etat organise chaque année en guise de réponse, des campagnes de déparasitage systématique dans la communauté et les écoles. Le diagnostic et le traitement de ces infections sont aussi effectifs dans toutes les formations sanitaires¹²⁰.

Lèpre et Ulcère de Buruli : La lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli est organisée depuis 2009, au sein du Programme National de Lutte contre le Pian, la Leishmaniose, la Lèpre et l'ulcère de Buruli¹²¹. La prise en charge des cas est gratuite mais les coûts indirects constituent un fardeau important pour les malades et les familles affectées^{122,123}.

Trypanosomiase humaine africaine (THA) : Le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) a été mis en place en 1990. Toutefois, la mise en œuvre des activités planifiées est insuffisante. Au cours des cinq dernières années, plus de 100 828 personnes ont été consultées et 51 cas ont été dépistés et traités¹²⁴.

Trachome : Le traitement du trachome fait appel à la stratégie « CHANCE » (= Chirurgie du trichiasis, Antibiothérapie (Tétracycline, Azythromycine), Nettoyage du visage, Changement de l'Environnement). La prise en charge des cas se fait notamment à travers les distributions de masse de l'Azythromycine et de la Tétracycline. Lesdites distributions ont débutées en 2011. En 2014, 1 156 483 patients ont été traités, et 3 889 cas de trichiasis ont été opérés¹²⁵. Selon des enquêtes d'impact réalisées en 2014 dans sept districts de santé de l'Extrême Nord affectés par le trachome, trois années de traitement de masse ont permis l'élimination de cette affection dans cinq des sept districts.

3.4.2 Conditions maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents

La description des interventions concernant la cible mère-enfant et adolescent portera sur les soins obstétricaux, néonataux et d'urgence complets (SONUC) ; les Soins

Après Avortement (SAA) ; les soins prénataux, les conditions d'accouchement, et les soins postnataux.

3.4.2.1 Situation des bénéficiaires

Santé de la mère et du nouveau-né : Situation des interventions à haut impact et des indicateurs de santé de la cible mère et nouveau-né.

- **Soins prénataux et conditions d'accouchement** : le ratio de mortalité maternelle est passé de 430 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011.^{177,33} Cette augmentation est en partie due: (i) au faible taux d'accouchements par césarienne (2,4% en 2014) .Ce taux est inférieur à la limite minimale acceptable retenue par l'OMS qui est de 5%) ; (ii) au fort taux d'accouchement à domicile (35,9%), sans assistance de personnel de santé formé surtout dans les régions septentrionales ; (iii) à la faible accessibilité financière et géographique aux services de soins, (iv) à la faible disponibilité de certains médicaments essentiels dans les FOSA (exemple : sulfate de magnésium) et des produits sanguins pour sauver la vie des mères et des nouveaux nés; (v) à la faible prévalence contraceptive moderne (16% en 2014) ; (vi) à la prévalence élevée du VIH chez les femmes (5,6% contre 2,9% chez les hommes)³³ ; (vii) aux barrières socio culturelles qui constituent des freins l'utilisation des services SRMNEA; et enfin, (viii) à la couverture en CPN4 encore peu satisfaisante (58,8% en 2014)³³.

Par ailleurs, on observe d'importantes disparités de la couverture en CPN1 entre les régions d'une part, et mais aussi entre milieu urbain et rural d'autre part.

Les trois quarts des décès maternels sont dus à des causes obstétricales directes telles que les hémorragies (45,5%), la dystocie (22,3%), la pré-éclampsie/l'éclampsie (10,6%) et les infections du post-partum (8,9%). Les trois quarts des décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes telles que les hémorragies (45,5%), la dystocie (22,3%), la pré-éclampsie/l'éclampsie (10,6%) et les infections du post-partum (8,9%)¹²⁶.

- **Soins postnataux** : en 2014, les taux de consultation postnatale de la mère et de l'enfant dans les 48heures suivant la naissance étaient insuffisants respectivement de 65 % et de 68,5%³³.
- **Planification familiale** : (voir promotion de la santé paragraphe 3.2.4).
- Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) : (voir prévention de la maladie, paragraphe 3.3.2.6)
- **Santé de l'enfant** : Le taux de mortalité néonatale est passé de 31‰ à 28‰ naissances vivantes entre 2011 et 2014, et ce taux représente près de la moitié de la mortalité infantile^{17,33}. Le taux de mortalité infantile est quant à lui passé de 74‰ à 60‰ ; les régions du Nord et de l'Extrême-Nord sont les plus touchées. Enfin, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 122‰ à 103‰ naissances vivantes au cours de

la même période. Chez les enfants de 2 mois à 5 ans, le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/SIDA (7%) constituent les principales causes de mortalité¹²⁷. La malnutrition chronique est cause de 14,7% des décès chez les enfants de moins de cinq ans¹²⁸.

- **Santé des adolescents et des jeunes** : La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans était de 1,7% en 2011. Elle était cinq fois plus élevée chez les filles (2,6%) que chez les garçons (0,5%). La région du Sud avait la plus forte prévalence au VIH (8,5% des filles infectées). Le taux de fécondité des filles de 15 à 19 ans est passé de 127‰ à 119‰ entre 2011 et 2014. A l'âge de 15 ans, 8,3% des femmes avaient déjà eu au moins une naissance et 50% un bébé à l'âge de 19 ans et demi. Quant à la planification familiale, 91% des filles et 100% des garçons de 15 à 19 ans connaissaient au moins une méthode contraceptive^{177,129}.

3.4.2.2 Réponse du système de santé : Analyse des couvertures des interventions à haut impact de la cible SRMNEA

Plusieurs plans d'action ont été élaborés pour réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile, mais les résultats obtenus jusqu'ici restent insuffisants. Le Programme National multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile (PLMI) ambitionne d'apporter une réponse globale et intégrée aux problèmes de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent¹³⁰. Concernant particulièrement l'autosuffisance en produits sanguins de qualité, l'hémorragie étant l'une des principales causes de mortalité chez les femmes en voie d'accouchement et les enfants atteints d'anémie, le Programme National de Transfusion Sanguine créé en mars 2013, est également l'une des réponses institutionnelles à l'amélioration des indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.

Afin de combler l'énorme gap en ressources humaines qualifiées pour les prestations de services de santé de la mère et du nouveau-né, 10 écoles de sages-femmes ont été créées dans 6 régions du pays, en 2011 et 2012.

La CPNR (consultation prénatale recentrée) et l'accouchement assisté par un personnel qualifié sont les principaux piliers de la réduction de la mortalité maternelle. Afin d'améliorer l'accès des bénéficiaires aux soins obstétricaux, le pré-positionnement des kits obstétricaux dans les formations sanitaires a été initié en 2011¹³¹. En 2014, il était effectif dans neuf régions. Il est prévu dans le cadre du projet chèque-santé, que cette stratégie évolue vers la forfaitisation des soins obstétricaux, avec un coût unique pour tout le paquet des services obstétricaux (accouchement, césarienne, transfusion sanguine autres complications, transport des urgences, etc.). Malgré la mise en œuvre de ces stratégies, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, et le taux de césarienne ont stagné, passant respectivement de 63,6 à 64,7%, et de 3,8 à 2,4% entre 2011 et 2014^{132,17}. Le taux de césarienne rapporté (2,4%) est en-dessous des 5% retenus par l'OMS comme limite inférieure acceptable. Cette faible performance révèle les

insuffisances de la prise en charge des complications obstétricales qui ont pourtant pour conséquences la mortalité maternelle. Ce faible taux indique également que le système de référence et de contre référence ainsi que celui de transfert/évacuation des urgences sont peu performants.

En ce qui concerne la PTME, le pays a adopté en 2012 l'option B+ pour la prise en charge de l'infection au VIH chez la mère et le nouveau-né.

Pour ce qui est de la planification familiale, environ 20% des formations sanitaires ont au moins un prestataire formé en technologie contraceptive, 71,3% offrent les méthodes de courte durée ; 19,4% des formations sanitaires disposent d'implants ; 18,8% ont le DIU et 4,5% offrent la Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)¹³³.

La pratique de la PCIME Clinique n'est pas généralisée dans tous les districts de santé. En 2010, le pourcentage des DS disposant d'un personnel de santé formé à la PCIME était estimé à 31%¹³⁴.

On dénombre 3 établissements SONUC pour 500 000 habitants, au lieu de 5/500 000 habitants¹³⁵. L'étude SONU en 2010 montre que sur les 15% des complications de grossesses attendues, seulement 8,7% sont reçues dans les formations sanitaires.

3.4.3 Maladies Non Transmissibles(MNT)

En 2013, ces maladies représentaient près de 40% du poids global de la maladie au Cameroun (cf. Figure 2). Au cours de la même année, elles ont été responsables de 882 et 862 décès pour 100 000 chez les hommes et les femmes respectivement¹³⁶. La situation épidémiologique des MNT au Cameroun a été abordée dans la composante « prévention de la maladie » (cf. paragraphe 3.3.3).

La prise en charge communautaire des MNT reste encore embryonnaire. Quelques ONG ou associations ont bénéficié d'une Lettre d'Accord de Collaboration délivrée par le MINSANTE et travaillent dans le domaine de la lutte contre les MNT¹³⁷. Leurs activités sont principalement focalisées sur le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la sensibilisation.

Groupe 1 : HTA et autres affections cardiovasculaires, Diabète et Maladie rénale chronique

Avec près de 11,56% des décès totaux, les maladies cardiovasculaires, représentaient la deuxième cause de mortalité au Cameroun en 2013 (Tableau 3)¹³⁸. En 2010, l'épidémie avait touché plus de femmes avec près de 523 décès pour 100 000 contre 472 décès pour 100 000 chez les hommes¹³⁹. Pour ce qui est de l'hypertension artérielle, la prévalence nationale de l'HTA est de 29,7%¹⁴⁰.

La prise en charge des affections cardiovasculaires et du diabète se fait dans les formations sanitaires de la 1^e à la 4^e catégorie. En outre, le pays dispose de trois centres

spécifiques de prise en charge du diabète (Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital Régional de Garoua, et Hôpital Régional de Bamenda) et de 9 centres spécialisés pour la prise en charge du diabète chez l'enfant. Une cinquantaine d'hôpitaux de districts abrite des cliniques diabétiques et mène des activités d'éducation à la prévention de l'hypertension, du diabète et d'autres affections cardiovasculaires. Au niveau opérationnel (district de santé), la qualité de la prise en charge des affections cardiovasculaires est très souvent limitée du fait de l'indisponibilité des guides nationaux de prise en charge. A cela s'ajoute l'insuffisance des plateaux techniques adéquats.

La prise en charge de la maladie rénale et de ses complications est effective dans les 10 régions du Cameroun et le coût d'une session d'hémodialyse est subventionné par l'Etat à hauteur de 105 000 FCFA et le patient contribue pour 5000 FCFA/ séance depuis l'année 2002. Malgré cette subvention, les dépenses supportées par les malades restent élevées et peuvent parfois atteindre un million de FCFA par mois en phase d'initiation¹⁴¹.

Groupe 2 : Cancers, asthme et autres affections respiratoires chroniques

Le Programme National de Lutte contre le Cancer a été créé en 2002, suivi en 2003 par l'ouverture de registres des cancers à Yaoundé et à Douala¹⁴². Le pays dispose de deux centres de radiothérapie, dont le fonctionnement n'est pas optimal. La prise en charge des cancers reste très coûteuse pour les malades et leurs familles malgré les subventions accordées par l'État et par certaines ONG. Les hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégories ont généralement des services spécialisés pour la prise en charge des maladies respiratoires chroniques. Cependant, les équipements et/ou les médicaments et intrants nécessaires à leur prise en charge sont bien souvent absents ou insuffisants. Des centres régionaux d'imagerie médicale ont été créés dans huit régions¹⁴³. Ces centres sont parfois à l'arrêt, du fait de l'absence d'une politique de maintenance structurée.

Groupe 3 : Affections bucco-dentaires, troubles visuels et auditifs chroniques

La surdité et la malvoyance représentent les premier et quatrième handicaps au Cameroun avec respectivement 38,8% et 10,9% des infirmités¹⁴⁴. Le diagnostic et la prise en charge de la cataracte, du glaucome et des déficiences auditives restent encore limités aux hôpitaux de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégories. Il existe un plan stratégique national de santé oculaire, mais la lutte contre les affections oculaires n'est pas organisée et se fait sans coordination.

Les services de prise en charge des maladies buccodentaires sont disponibles dans toutes les formations sanitaires du niveau central et régional, mais ils sont insuffisamment équipés et/ou mal entretenus. On dénombre un chirurgien-dentiste pour 87 500 habitants¹⁴⁵. Ce chiffre est largement inférieur aux normes de l'OMS qui recommande 1 pour 2 000 habitants. L'inexistence d'une politique nationale de santé bucco-dentaire au Cameroun ne permet pas d'organiser et de coordonner de manière efficace les soins.

Groupe 4 : Épilepsie et autres affections neurologiques, drépanocytose, maladies génétiques (orphelines), et maladies dégénératives (y compris les maladies mentales et les affections rhumatismales)

La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre l'épilepsie n'est pas optimale ; toutefois le pays dispose d'un guide national de prise en charge à l'usage du personnel médical et d'un guide de prise en charge communautaire¹⁴⁶.

Des unités de prise en charge de la drépanocytose ont été créées à Yaoundé et Douala (Centre Mère-Enfant de Yaoundé et Hôpital Laquintinie de Douala) ; cependant, le pays ne dispose que de 10 médecins hématologues qui de surcroît n'exercent pour la plupart (6) que dans ces deux grandes villes.

La prise en charge des maladies mentales n'est pas suffisamment assurée. Le pays possède deux centres spécialisés avec des plateaux techniques adéquats pour la prise en charge des maladies mentales (Hôpital Jamot de Yaoundé et Hôpital Laquintinie de Douala). A l'échelle nationale, le nombre de psychiatres et autres professionnels de la santé mentale est insuffisant (10 au total et 6 dans le sous-secteur public). Les populations ont donc souvent, pour des raisons socio culturelles et économiques, recours aux services de la médecine traditionnelle ou à d'autres types de soins. L'absence d'un plan stratégique national intégré de santé mentale au Cameroun ne permet pas d'organiser et de coordonner efficacement la prise en charge des cas de maladies mentales.

Pour pallier au déficit de ressources humaines, un cycle de spécialisation en santé mentale a été créé à l'Université de Yaoundé I, ainsi qu'une école d'infirmiers spécialisés en santé mentale.

Groupe 5 : Traumatismes, violences, intoxications, urgences et catastrophes.

La protection civile : le Cameroun a connu plusieurs catastrophes naturelles (à l'instar des inondations de 2010, 2011 et 2012 qui ont causé près de 60 000 sinistrés dans le septentrion), mais aussi plusieurs flambées et résurgences de diverses maladies à potentiel épidémique. D'autres catastrophes ont également été enregistrées au cours des dernières années : (i) le crash d'un avion commercial en 2007, (114 décès), (ii) le naufrage d'un navire à Campo (26 décès), (iii) les multiples incendies récurrents dans les marchés des grandes villes, (iv) les accidents de la voie publique (AVP) et (v) les guerres et actes terroristes. Un plan national de contingence a été élaboré en 2011 pour la gestion des urgences et des catastrophes¹⁴⁷. Le système de secours et d'assistance aux victimes d'accidents est multisectoriel, le leadership étant assuré par le MINATD. Le secteur santé assure la réponse santé.

Les grands fléaux tels que la résurgence des épidémies, l'insécurité transfrontalière et le terrorisme, exigent désormais une pro-activité de tout système de santé. Au Cameroun, un plan multi risques est en cours de préparation dans le cadre du *Global*

Health Security Agenda (GHS) pour répondre de façon plus efficace aux multiples urgences et événements majeurs de santé publique¹⁴⁸.

Les urgences médico-chirurgicales : leurs statistiques au niveau national ne sont pas connues ; toutefois celles enregistrées à l'Hôpital Central de Yaoundé sont de deux types : (i) les urgences médicales constituées majoritairement par la pathologie infectieuse (50%) avec comme socle l'infection à VIH, les affections cardiovasculaires (10%), les anémies sévères (6%), et (ii) les urgences traumatologiques dominées par les AVP (60%), les violences et les accidents domestiques¹⁴⁹. De plus, la rage et les envenimations sont des fléaux de plus en plus préoccupants avec près d'une trentaine de décès cumulés enregistrés à la fin du 3^{ème} trimestre 2015¹⁵⁰.

La couverture des besoins en transfusion sanguine est faible. En 2014, alors que les besoins annuels en sang au Cameroun étaient estimés à environ 400 000 poches, seulement 10% étaient couverts¹⁵¹. Les services de réanimation/soins intensifs ne sont disponibles que dans les hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégories. Peu d'hôpitaux disposent de salles de déchoquage. Aucune filière de prise en charge des maladies à haute mortalité n'est disponible : coronarographie pour infarctus, choc septique ou thrombolyse pour accidents vasculaires cérébraux dont le nombre est important (tableau 3).

Un Service d'Aide Médicale et des Urgences (SAMU) a été créé pour la prise en charge des urgences extra hospitalières, cependant il est très peu fonctionnel. Le Centre des Urgences de Yaoundé (CURY) et les Services d'Accueil et des Urgences (SAU) des hôpitaux sont des structures dévolues à la prise en charge des urgences. Mais les ressources humaines affectées dans ces services sont encore insuffisantes. Le taux de satisfaction des usagers des Services d'Accueil et des Urgences de la ville de Yaoundé était de 51,5% en 2011. Cette insatisfaction était en grande partie due à de longs délais d'attente avant la prise en charge proprement dite, à des coûts directs et indirects de prise en charge élevés, à la survenue de nombreuses complications et séquelles, ainsi qu'à une forte mortalité¹⁵². Handicaps moteurs, sensoriels et autres

Plus de 5% de la population souffre d'au moins un handicap sensoriel et/ou moteur. Les déficiences sensorielles (3,5%) sont les plus fréquentes suivies des déficiences motrices (1,5%)¹⁷. La prévalence des handicaps varie en fonction des régions à travers le triangle national et fait ressortir trois grands groupes à savoir : prévalence élevée au Sud et Littoral (10 à 11%) ; prévalence moyenne au Centre, Nord-Ouest, Ouest et Extrême Nord (6 à 7%) ; prévalence faible au Sud-ouest, Est, Nord et Adamaoua (3 à 5%). À ce jour, seul le département ministériel en charge des affaires sociales dispose d'une formation sanitaire spécialisée dans la réhabilitation des handicapés moteurs. Toutefois, quelques services de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle dans certaines formations sanitaires relevant du Ministère de la santé publique sont opérationnels. Certaines initiatives sont en outre menées dans les régions pour réhabiliter les handicapés moteurs et sensoriels.

Sur le plan institutionnel, une loi a été promulguée en 2010 pour le renforcement de la prévention médicale des handicaps à travers entre autres des bilans prénuptiaux et des examens de dépistage en milieu scolaire et professionnel.

En effet, la loi N° 2010/002 du 13 Avril 2010, qui distingue trois types de handicaps à savoir : les handicaps physiques, les handicaps mentaux et les poly handicaps, encadre juridiquement les actions visant leur prévention, et leur prise en charge tant sur le plan clinique que communautaire.

3.5 Composante renforcement du système de santé

Classé 164^{ème} parmi les 191 pays évalués par l’OMS en 2001, le système de santé camerounais est faible. Par conséquent, il ne répond pas efficacement aux besoins des populations¹⁵³. L’analyse du système de santé sera effectuée suivant ses six piliers, qui sont : i) financement de la santé, ii) offre de services, iii) ressources humaines en santé, iv) information sanitaire et recherche en santé, v) pharmacie et médicaments, vi) gouvernance et leadership. Ce dernier pilier sera analysé séparément dans une deuxième composante transversale intitulée « Gouvernance et pilotage stratégique».

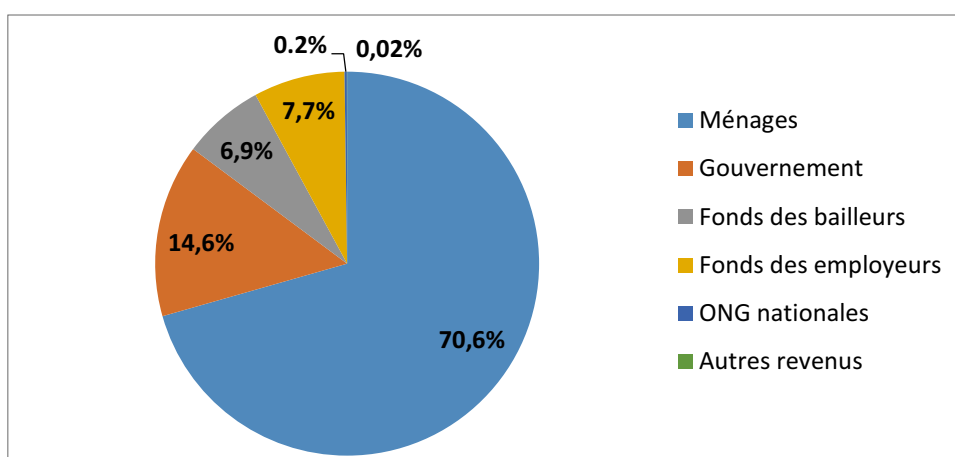
3.5.1 Financement de la santé

Le Cameroun ne dispose pas encore d’une stratégie nationale de financement de la santé. Les différentes fonctions du financement (collecte des ressources, mise en commun des ressources et mécanismes de partage du risque maladie, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national. Le financement de la santé sera présenté à travers ses trois fonctions.

3.5.1.1 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%)⁶⁵⁵.

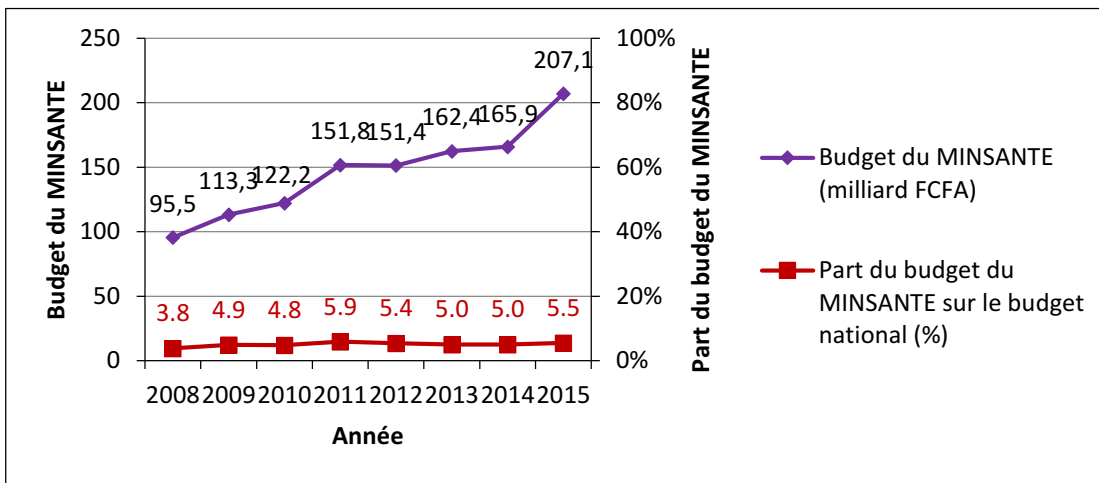
Figure 4: Répartition du financement de la santé au Cameroun par type de source (2012)



Source : Comptes Nationaux de la Santé 2012

Financement de l'État : Le montant total du budget national alloué au MINSANTE a augmenté en volume depuis 2008. Cependant le pourcentage par rapport au budget national a baissé entre 2011 et 2015 (figure 5)¹⁵⁴.

Figure 5: Évolution du budget alloué au MINSANTÉ depuis 2008.

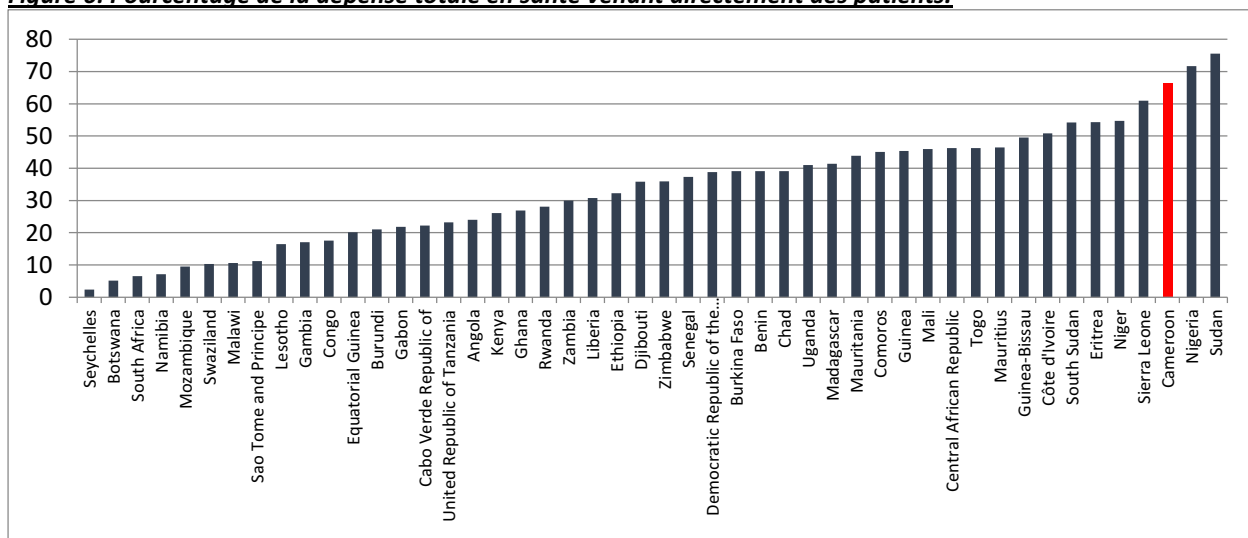


Source : Lois de finances 2008-2015

Depuis 2013 et l'instauration du budget programme, le MINSANTE est considéré comme le seul ministère du secteur. La part du budget de l'Etat allouée à la fonction santé reste donc en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en Avril 2001 qui préconisait d'allouer 15% du budget national à la fonction santé¹⁵⁵.

Financement venant des ménages : La contribution des ménages représentait près de 66% des dépenses totales de santé en 2014, soit la 3^{ème} plus importante contribution en Afrique Sub-saharienne derrière le Soudan et le Nigeria (Figure 6)¹⁵⁶. On note que cette estimation faite par l'OMS n'est pas très différente de l'estimation nationale des Comptes Nationaux de la Santé (70,6%)

Figure 6: Pourcentage de la dépense totale en santé venant directement des patients.



Source : Base de données des Comptes Nationaux de la Santé, WHO, 2014

Financements extérieurs (FINEX) : Le MINSANTE mobilise de nombreux partenaires techniques et financiers internationaux. En 2015, les FINEX (prêts et dons confondus) ont permis de financer à hauteur de 65 milliards les interventions dans les domaines ci-dessous (tableau 4).¹⁵⁷

Tableau 4: Contributions totales des partenaires par programme en 2015 (milliards FCFA)

Domaines	2015	
Santé de la mère, de l'enfant, et de l'adolescent	22	34%
Lutte contre la maladie et promotion de la santé	25	38%
Viabilisation du district de santé	18	28%
TOTAL	65	100%

Source : MINSANTE - Division de la Coopération, 2015

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 financées par les FINEX. Cependant, les FINEX sont empreints d'un manque de visibilité dans leur prévision à moyen terme (3-5ans) et il est prévu une diminution significative de la contribution des partenaires dans les années à venir, en particulier l'inéligibilité du Cameroun aux financements de l'Alliance GAVI projetée pour 2020. En effet, les principaux partenaires multilatéraux conditionnent désormais leurs appuis dans la perspective d'un retrait progressif à l'instar du Fonds Mondial qui développe des conditions de co-financement qui exigent une contrepartie progressivement croissante de l'Etat.

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 système¹⁵⁸.

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 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.

3.5.1.2 Mise en commun des ressources et partage du risque maladie

La mise en commun des ressources venant des différentes sources de financement est limitée pour plusieurs raisons.

Premièrement, les paiements des patients collectés au niveau des formations sanitaires sont pour une grande partie (90% environ) réinvestis directement dans les activités de celles-ci. Seulement 10% alimentent le fonds de solidarité constitué au niveau national, qui peut ensuite être mobilisé pour répondre à des problèmes prioritaires dans le secteur santé.

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 tiers.⁶⁵

En 2014, il existait 43 mutuelles actives couvrant 63 000 personnes, soit 0.2% de la population nationale.¹⁵⁹ L'affiliation à une mutuelle se fait 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 reste à la charge du patient.

D'autres initiatives privées non-lucratives assurent 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'est pas individuelle et la contribution est volontaire par famille pour éviter la sélection inverse¹. En 2013, BEPHA comptait 30 000 membres et projetait d'atteindre 80 000 d'ici 2017.¹⁶⁰ 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 an.¹⁶¹

En 2011, on estimait que moins de 3% de la population était couverte par un mécanisme de protection du risque maladie.¹⁶² Les recommandations de la Conférence

¹ 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.

Interministérielle d'Examen des Programmes (CIEP) 2015 préconisent le développement d'une stratégie pour la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) au Cameroun.¹⁶³ 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.

3.5.1.3 Achat des services de santé

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 sanitaires.⁶⁵ Le système de paiement direct est source d'inéquité aussi bien dans l'utilisation des services de santé que dans la mobilisation des ressources privées et publiques pour la 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'un côté par l'insuffisance du financement venant de l'État et de l'autre 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 (une telle approche limite 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 aux populations. Parmi ceux-ci, on peut citer : la prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et la dispensation des antirétroviraux pour les PVVIH, 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 le développement d'un marché noir. Ces politiques de gratuité n'ont pas été précédées par des études économiques de faisabilité et de soutenabilité fiables avant leur mise en place.

Expérimentation du Financement basé sur les résultats (FBR): Le Financement Basé sur les Résultats a pour objectifs : d'améliorer l'accessibilité aux services et soins de qualité, avec pour résultats l'efficacité et l'équité du système. Cette approche est mise en œuvre au Cameroun depuis 2006 et en 2011, 400 formations sanitaires dans 26 districts de

santé réparties dans les régions de l'Est, du Littoral, du Nord-ouest et du Sud-ouest étaient enrôlées dans le système.

La revue interne à mi-parcours de ce projet pilote en Avril-Mai 2013 a montré des résultats satisfaisants qui ont amené le Gouvernement à prendre les décisions suivantes : (i) étendre la phase pilote jusqu'en 2017 pour avoir le temps de préparer le passage à l'échelle nationale, (ii) financer le FBR dans la région du littoral sur le budget de l'État à partir de 2014 (670 millions ont été alloués et utilisés à cet effet), (iii) étendre le FBR dans les 3 régions de la partie septentrionale du pays grâce à un financement additionnel de la Banque Mondiale de 40 millions USD soit 20 milliards FCFA (10 milliards de dons et 10 milliards sous forme de prêts IDA à rembourser).

Le Cameroun a également été éligible au « mécanisme mondial de financement chaque femme chaque enfant » (GFF) qui va lui permettre, grâce à un cofinancement Gouvernement-Banque Mondiale, de faire passer de façon progressive, le FBR à l'échelle nationale d'ici 2020. Cependant, la mise en œuvre des meilleures pratiques du FBR se heurte à certains obstacles, notamment les dispositions des lois et textes en vigueur. En outre, la soutenabilité financière de la mise à échelle nationale de cette nouvelle approche représente un défi majeur à relever.

Expérimentation des Chèques santé : Les Chèques Santé sont disponibles dans les établissements du secteur public et privé à but non lucratif accrédités. 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 42^{ème} 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 seront capitalisés lors des réflexions autour de la CSU.

▪ **Subvention de l'État pour le fonctionnement des structures sanitaires :**

Allocation des ressources : On note que celle-ci est cadrée par le CBMT (Cadre Budgétaire à Moyen Terme) basé sur la conjoncture économique, et décliné au niveau Ministériel en CDMT (Cadre des Dépenses à Moyen Terme). Il existe très peu de données permettant 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.

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. 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. En effet, l'allocation des ressources doit être suffisante au niveau opérationnel pour permettre aux structures sanitaires de délivrer un paquet de soins complet et de qualité aux populations (tableau 5).

Tableau 5 : Ventilation des enveloppes budgétaires 2013-2015 par niveau (en milliards de FCFA)

Niveau	Enveloppes budgétaires (milliards de FCFA)		
	ANNEE		
	2013	2014	2015
Central	79,31	62,41	93,49
Périphérique (DA+RT)	82,73	103,46	113,57
Total	162,04	165,87	207,06

Source : Adapté de MINEPAT, MINFI. (Données administratives). DA= Dotation Annuelle, RT= Ressources Transférées

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 et des régions devraient être les piliers de la budgétisation nationale, dans une logique *bottom-up*. 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 budgétisation des interventions et (iii) d'allouer les ressources en fonction des priorités validées.

Exécution budgétaire : Le taux d'exécution budgétaire (base engagement) a été estimé à 88% en 2014 (tableau 6).¹⁶⁴ 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 de dépense.

Tableau 6 : Taux d'exécution (base engagement) du budget MINSANTÉ 2014.

Budget	Allocation 2014 (milliards FCFA)	Montant engagé 2014 (milliard FCFA)	Taux d'engagement budgétaire
Fonctionnement	91.4	86.9	95%
Investissement	74.5	59.0	79%
TOTAL	165.9	145.9	88%

Source: Document de présentation du budget à l'Assemblée Nationale par le Ministre de la Santé Publique 2015.

Suivi et évaluation de l'exécution budgétaire : Il n'existe pas, pour l'instant, de système d'information et de suivi global en temps réel de l'exécution budgétaire. En effet, le logiciel utilisé pour la budgétisation (PROBMIS²) ne permet pas un suivi prompt de l'utilisation des ressources au niveau décentralisé. Un autre défi majeur lié au contexte d'utilisation des ressources est l'absence d'un corpus de procédures consolidées qui gouverne la gestion des ressources (budget national et financement extérieur) du secteur. Cette situation se traduit sur le terrain par des problèmes récurrents de gouvernance et une faible remontée des pièces justificatives.

En guise de conclusion sur le financement de la santé, il apparaît que le niveau d'efficacité 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 habitant.¹⁶⁵

3.5.2 Offre de services et de soins

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

- Types d'offre de services et des soins :
 - soins de Santé Primaires (paquets d'activités (PMA, PCA) ;
 - soins spécialisés ;
 - autres types de soins (médecine traditionnelle et médecine parallèle/médecine alternative) ;
 - recours informel des populations aux soins de santé (soins à domicile, automédication, pharmacie de la rue).
- infrastructures et équipements ;
- modalités d'offres (stratégie fixe, stratégie avancée, système de référence et de contre référence, télémédecine, etc.) ;
- Initiatives d'amélioration de l'offre de services et de soins
- Stratégies de stimulation de la demande

²Program Budget Management Information

3.5.2.1 Types d'offres de services et des soins

i. Soins de santé primaires (SSP)

Conformément à l'orientation stratégique validée par les parties prenantes, 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 : une participation communautaire renforcée, une action intersectorielle plus efficace, la disponibilité des technologies appropriées, l'équité et la justice sociale. L'état des lieux des SSP et le niveau d'atteinte des OMD sont présentés dans le tableau 7 ci-dessous :

Tableau 7: Niveau de couverture de quelques interventions de soins de santé primaires

Composantes	Indicateur	Valeur	Année	Référence
Conditions alimentaire et nutritionnelle	Taux d'insécurité alimentaire (%)	8,1	2011	166
	Prévalence de l'allaitement (%)	28,2	2011	277
	Anémie chez les femmes (%)	40	2011	17
	Anémie chez les enfants (%)	60	2011	
	Obésité chez la femme (%)	32	2011	
WASH	Accès à l'eau potable (%)	72,9	2014	33
	Accès aux latrines améliorées (%)	34,9	2014	
	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	782	2011	17
	Mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances)	103	2014	33 33
	Prévalence contraceptive moderne (%)	21	2014	
Vaccination	Enfants vaccinés par l'antigène de référence DTC3 (%)	79,6	2014	33
Prévention et contrôle des endémies	Morbidité hospitalière due au paludisme (%)	20,7	2014	708
Traitement des maladies et lésions courantes	Taux de morbidité subjective (%)	25	2007	167
	Recours aux soins de santé (%)	52,6	2007	
Fourniture des médicaments essentiels	Disponibilité des médicaments essentiels (%)	86	2015	173
	Rupture de stock moyenne par an (jour)	18,1	2015	
	Consommation de médicaments essentiels de mauvaise qualité (%)	61,4	2012	16
Éducation pour la Santé	Taux de littératie en santé	n.d.	n.d.	

Source: Basé sur les données du document « État des lieux et Diagnostic du Secteur santé »

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) et des SSP délivrés par les formations sanitaires de premier

échelon. La prestation des services et soins au niveau communautaire reste faible et limitée à certains programmes prioritaires de santé. Toutefois, une expérience avec les Agents de Santé communautaire polyvalents pour la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires est menée dans sept districts de santé des régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

ii. Soins et services de santé spécialisés

Les formations sanitaires de 3^{ème} et 4^{ème} catégories offrent des soins spécialisés en chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, soins bucco-dentaires et hémodialyse. Les autres soins et services spécialisés sont offerts concurremment par les hôpitaux de 1^e et de 2^e catégorie. L'accès aux soins spécialisés est faible en raison des coûts de prestations élevés. Toutefois, certains soins comme l'hémodialyse, la radio et la chimiothérapie bénéficient de subventions. La qualité des soins reste cependant insuffisante en raison des infrastructures, plateaux techniques (équipements et ressources humaines) peu adéquats, justifiant ainsi le nombre élevé d'évacuations sanitaires à l'étranger.

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

De nos jours, la population a de plus en plus recours à d'autres types d'offre de soins et de services de santé à savoir : la médecine traditionnelle et les médecines parallèles dans un environnement envahi par des « charlatans ». Le faible encadrement et suivi des activités des tradi-praticiens ne permet pas à l'autorité de tutelle d'en avoir la maîtrise et le contrôle, ce qui contribue à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité.

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

Il est important de relever que le réseau informel des soins de santé s'étend et gagne du terrain, ceci en raison de l'accroissement de la « pharmacie de la rue », des soins offerts à domicile, de l'automédication, et de l'expansion des approches culturelles et spirituelles. Cette situation a des conséquences néfastes sur la santé des populations et exerce un stress considérable sur le système de santé.

3.5.2.2 Infrastructures et équipements

En 2014, on dénombrait 4034 formations sanitaires publiques et privées (tableau 8). Le secteur privé disposait de 27,9% des formations sanitaires répertoriées 198. En valeur absolue, le nombre de formations sanitaires au niveau opérationnel est satisfaisant, mais leur répartition géographique dans le pays est inéquitable. En effet il existe un déséquilibre infrastructurel entre les différentes régions et même entre les districts de santé où l'on trouve encore des populations vivant à plus de 20 km d'une formation sanitaire.

Cette situation est aggravée par l'insuffisance qualitative et quantitative des plateaux techniques qui limite l'utilisation de ces formations sanitaires¹⁶ Par ailleurs certaines structures ne sont pas fonctionnelles du fait des faiblesses dans le suivi des travaux de réhabilitation/construction d'une part, et de la dotation insuffisante en équipements et RHS d'autre part. La diversité des marques d'équipements médicaux associée à leur état de vétusté ne facilite pas la mise en œuvre d'une stratégie de maintenance préventive et curative, d'une part, et de réalisation des économies d'échelle, d'autre part.

Le tableau 8 ci-après présente la répartition des formations sanitaires par région.

Tableau 8: Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2014

Région	Population 2014	CSI & CMA	HD & Assimilés	HR	HC & HG	Total général
Adamaoua	1 125 438	148	8	1	0	157
Centre	3 906 883	797	29	1	11	838
Est	888 682	213	13	1	0	227
Extrême Nord	3 856 740	296	30	3	0	329
Littoral	3 175 664	575	39	2	3	619
Nord	2 271 914	257	14	-1	0	272
Nord-Ouest	1 999 831	336	30	1	0	367
Ouest	1 978 322	595	32	1	0	628
Sud	766 981	298	9	2	1	310
Sud-Ouest	1 533 964	271	14	2	0	287
Total général	21 504 419	3 786	218	15	15	4 034

Source: Document de présentation du budget du Ministère de la Santé Publique à l'Assemblée Nationale en Décembre 2014

On note une prolifération anarchique des formations sanitaires privées dans les districts urbains de certaines régions. Plusieurs de ces formations sanitaires ne disposent pas d'agrément du MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle. Cette faible maîtrise de la carte sanitaire a pour conséquences une surabondance de l'offre de soins et de services de santé dans les grandes agglomérations. Ceci entraîne un manque d'efficacité pour le secteur en raison des doublons dans les investissements réalisés. Par ailleurs, cela crée un manque d'efficacité du fait de la sous-utilisation de certaines RHS et de la promotion des mauvaises pratiques liées à la concurrence déloyale entre les formations sanitaires.

En outre, on relève dans les nombreuses demandes adressées au MINSANTE, l'existence de « prête-noms » pour l'ouverture des FOSA. Les délais réglementaires de traitement ne sont pas respectés par le MINSANTE. Enfin, le contrôle des autorisations octroyées par le MINSANTE n'est pas effectif.

Les normes relatives aux équipements des formations sanitaires du niveau opérationnel ont été élaborées en 2009, mais ne sont pour la plupart pas respectées. En effet, une étude réalisée en 2012 a relevé une absence de boîte d'accouchement (24,5%) ;

de système de stérilisation à sec (39,5%) ; de boîte de césarienne (67,5%) et de microscopes fonctionnels (11,6%) dans certaines formations sanitaires¹⁶.

Les plateaux techniques des hôpitaux de 1^e, 2^e et 3^e catégorie sont pour la plupart en état de dégradation faute de maintenance. 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 et leurs modalités d'accréditation ne sont pas définies. Toutes les 10 Régions ont cependant été dotées de centres d'hémodialyse et d'imagerie médicale en 2015.

3.5.2.3 Modalités d'offres de services

i. Stratégies fixes et stratégies avancées

Les paquets minimum et complémentaire d'activités (PMA et PCA) sont le plus souvent délivrés en stratégie fixe. Les stratégies avancées ou mobiles destinées aux populations éloignées des formations sanitaires ou dans les cas de catastrophes et urgences non épidémiques ne sont que faiblement mises en œuvre. Or, en 2007, une étude démontrait que le village le plus éloigné d'un centre de santé se situait à 80 km de celui-ci. En outre, les populations les plus pauvres mettaient deux fois plus de temps pour accéder au Centre de Santé Intégré le plus proche (43,2 mn pour le quintile le plus pauvre contre 19,4 mn pour le quintile le plus riche)¹⁶⁷⁷. Une étude d'envergure mériterait d'être menée pour déterminer la proportion des populations non desservie par les CSI et qui ne bénéficie pas encore du PMA.

ii. Le système de référence-contre référence

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^{168,169,170}.

3.5.2.4 Initiatives d'amélioration de l'offre de services et de soins

De nouvelles initiatives pour l'amélioration de l'offre de services ont récemment vu le jour dans le système de santé. Il s'agit du renforcement du partenariat public-privé, du marketing social, de l'implication des communautés surtout des Collectivités Territoriales Décentralisées, de la télémédecine, de la délégation des tâches et des mécanismes expérimentaux de financement des services et soins de santé » (*Financement Basé sur les Résultats, kits obstétricaux, value for results...*).

3.5.2.5 Stratégies 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.

3.5.3 Pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques

3.5.3.1 Pharmacie, médicaments et autres produits pharmaceutiques

▪ Approvisionnement et distribution

Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels comprend les établissements pharmaceutiques de fabrication et ceux de distribution/vente en gros, les officines et les pharmacies des formations sanitaires publiques ou privées. Tous ces établissements sont répartis dans trois sous-secteurs, à savoir : (i) le sous-secteur public, (ii) le sous-secteur privé à but lucratif, et (iii) le sous-secteur privé à but non lucratif.

La présente analyse situationnelle concernera les structures pharmaceutiques du sous-secteur public (la CENAME, les CAPR et les pharmacies des formations sanitaires).

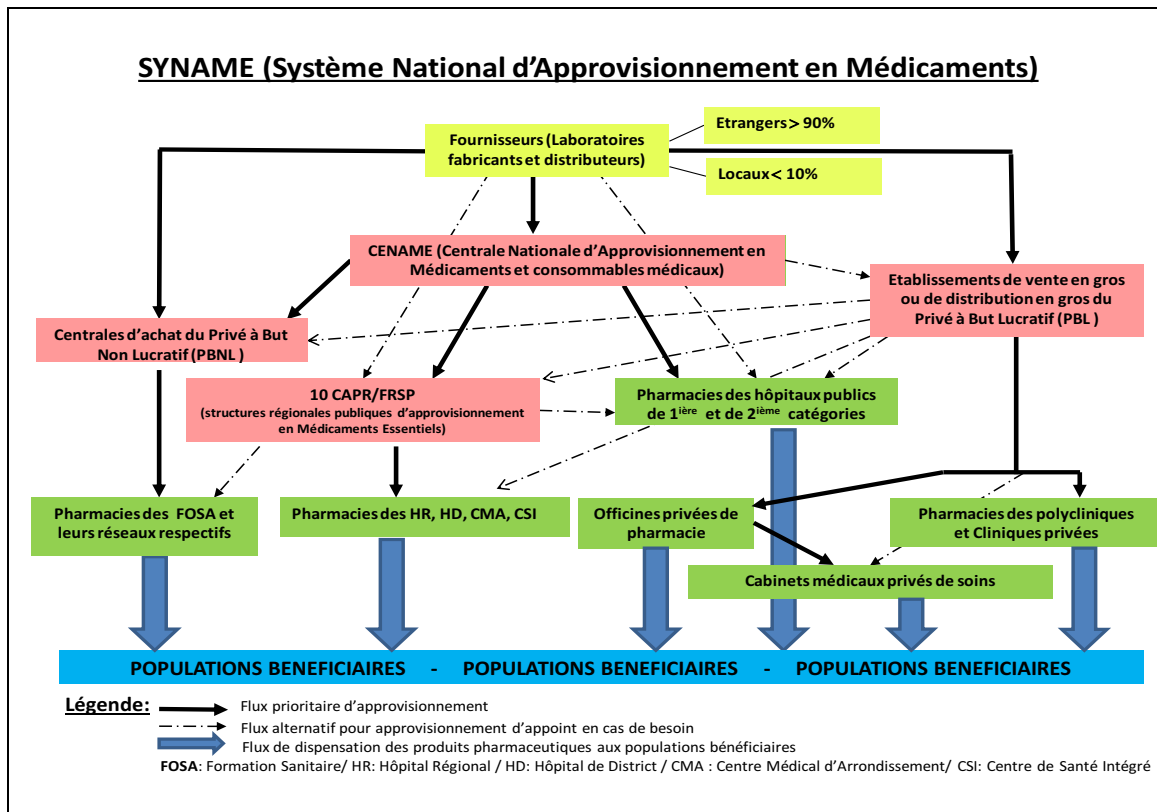
L'approvisionnement en médicaments est organisé autour de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME), principal fournisseur des CAPR/FRPS. Toutefois, en cas de rupture de stock au niveau de la CENAME, ces derniers sont autorisés à s'approvisionner chez un autre fournisseur agréé. En 2015, 9 des 10 CAPR ont été transformés en Groupement d'Intérêt Public (GIP) dénommés Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé en application de la loi N° 2010/023 du 21 décembre 2010¹⁷¹.

Certaines administrations autres que le MINSANTE disposent de réseaux de formations sanitaires, clientes de la CENAME mais dont les approvisionnements en médicaments ne sont pas toujours maîtrisés par l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP). Il existe en outre un vaste réseau d'approvisionnement illicite qui alimente le marché du médicament de la rue et qui pourrait avoir des connexions avec le secteur licite.

Les dons en médicaments constituent une des sources d'approvisionnement, qui selon les directives en matière de dons, doivent être intégrés dans le système de santé ; mais leur qualité n'est pas toujours maîtrisée. En effet, de nombreux intervenants de la filière médicament échappent au contrôle de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML).

Il n'existe pas de statistiques fiables sur la gestion des médicaments et consommables pharmaceutiques ; ce dysfonctionnement ne permet pas d'effectuer une gestion efficiente des stocks de médicaments et consommables médicaux. La figure 7 ci-après représente les flux et principaux acteurs du SYNAME.

Figure 7: 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 de 01 pour 6920 à 01 pour 177 051 habitants avec une répartition inégale entre les milieux rural et urbain. Il en est de même de la répartition des professionnels du médicament à différents niveaux de la pyramide sanitaire. En général, l'achat des médicaments et consommables médicaux représente près de 40% des dépenses courantes de santé⁶⁵.

▪ **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 2008¹⁷². 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 13,69 jours en 2015 indiquant une amélioration de la disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires^{173,174}. Les difficultés d'approvisionnement, la mauvaise gestion et l'insuffisance des stocks de roulement à tous les niveaux du SYNAME sont, entre autres, à l'origine de ces ruptures de stocks.

Grâce aux appuis des différents partenaires et aux subventions de l'État, certaines classes thérapeutiques sont délivrées gratuitement (antituberculeux, antirétroviraux de 1^{ère} et 2nde lignes, 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 faible¹⁷⁵. En dépit des efforts, une frange non-négligeable de la population s'approvisionne en produits pharmaceutiques dans la rue.

▪ **Régulation des médicaments et autres produits pharmaceutiques**

Il n'existe pas de cadre de concertation entre les différentes structures de l'ANRP (IGSPL, DPML, DROS et LANACOME) d'une part, et entre les différents intervenants du secteur pharmaceutique d'autre part 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. Dans le sous-secteur privé non lucratif, chacune des structures dispose de son propre système de tarification et d'accès à l'ensemble des produits de la CENAME.

Sur le plan national, il n'existe pas de système d'information harmonisé en gestion logistique pour les médicaments. Ce qui rend difficile le suivi des stocks.

▪ **Contrôle qualité des médicaments et autres produits pharmaceutiques**

Le système d'assurance qualité des médicaments repose sur plusieurs piliers à savoir : le contrôle qualité en laboratoire, l'inspection pharmaceutique et la surveillance du marché, l'homologation, la pharmacovigilance, le contrôle à l'importation, la sélection rigoureuse au cours du processus d'acquisition, le stockage des médicaments, la lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des produits pharmaceutiques. L'ensemble de ces activités est faiblement mis en œuvre. En effet, les défaillances dans le contrôle qualité des médicaments ont entraîné le développement du secteur informel de vente de médicaments (dépôts pharmaceutiques illégaux, dans les marchés, marchands ambulants) qui représenterait 25% du marché¹⁷³.

Le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) est la structure en charge du contrôle de qualité. Cette activité n'est cependant pas systématique pour les médicaments importés et seule une faible proportion des lots circulants est contrôlée en post marketing (après obtention de l'AMM). La contrefaçon s'est développée et le secteur illicite du médicament représenterait environ 30% du marché pharmaceutique dans les pays africains et au Cameroun¹⁷⁶. L'inspection des établissements pharmaceutiques reste très irrégulière faute de moyens logistiques et financiers.

3.5.3.1 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 niveau. 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, le texte de 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique prévoit une Sous-direction en charge des Laboratoires d'Analyses de biologie médicale et de la transfusion sanguine. L'inspection des laboratoires d'analyses de biologie médicale est assurée par l'Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires. La réglementation en vigueur (le Décret n° 450/PM du 22 octobre 1998 fixant les modalités d'homologation des produits pharmaceutiques) prévoit l'homologation des réactifs de laboratoire après évaluation par une Commission spécialisée de la Commission Nationale du Médicament. Les services chargés des prestations d'analyses de biologie médicale existent généralement dans la plupart des formations sanitaires publiques ou privées, surtout en zones urbaines. Des biologistes, ingénieurs et techniciens médico-sanitaires, option laboratoire, sont formés au Cameroun dans des institutions publiques et privées. Cependant, leur nombre est insuffisant et les nomenclatures de ces personnels et leurs curricula de formation ne sont pas harmonisés.

Pour ce qui est de la transfusion sanguine, elle est régie par la loi n° 2003/014 du 23 décembre 2003 avec certains textes d'application élaborés. Un service du Ministère de la Santé Publique est spécialement dédié à la Transfusion Sanguine et un Programme y relatif a été créé en 2013. La plupart des hôpitaux centraux, généraux et régionaux disposent de services chargés de la collecte, de la qualification et de la conservation du sang.

Les textes qui régissent l'exercice de la biologie médicale et la pratique de la transfusion sanguine sont insuffisants et pour la plupart obsolètes. Les structures administratives chargées de l'organisation et de la régulation des activités de laboratoire et de transfusion sanguine ne sont pas suffisamment outillées en termes de ressources humaines, matérielles et financières pour remplir leurs missions de façon optimale. 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. Il n'existe pas de manuel de procédures, ni des procédures opératoire standardisées validées au niveau national. Le circuit de distribution des intrants de laboratoires et de transfusion sanguine n'est pas assez maîtrisé et très peu des réactifs de laboratoires utilisés sont homologués. Les structures spécialisées prévues dans la loi sur la transfusion sanguine sont en attente de création.

Le coût des prestations des laboratoires d'analyses médicales privés généralement situés dans les grandes villes est souvent hors de portée pour les populations à revenus moyens. En dehors des laboratoires des hôpitaux de 1^{ère} et de 2^{ème} catégorie, les équipements disponibles ne permettent pas toujours de réaliser les activités de laboratoire correspondant au Paquet Minimum d'Activités. En matière de biosécurité, un grand nombre de laboratoires ont accès à un incinérateur pour le traitement de leurs déchets. Cependant, il n'existe pas de stratégie nationale de biosécurité et de gestion des déchets. La plupart des laboratoires ne disposent pas d'un système performant de maintenance de leurs équipements qui du reste sont pour la plupart vétustes.

3.5.4 Ressources humaines en santé

3.5.4.1 Situation et besoins du secteur (normes et besoins)

Les besoins globaux en personnels ont été identifiés au terme du Recensement Général des Personnels de la Santé (RGPS) de 2011 et décrits dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH)²⁸⁸. L'effectif des personnels en 2011 a été évalué à 38 207 personnels dont 25 183 dans le public (66%) et 13 024 (34%) dans le privé (tableau 9)¹⁷⁷. Sur la base des données du 3^{ème} RGPH, le Ratio personnel/population était alors de 1,07 (médecin, sage-femme, infirmier) pour 1000 habitants. Ce ratio est inférieur à la norme de l'OMS qui est de 2,3 pour 1000 habitants.

Tableau 9: Répartition des ressources humaines en santé par région

Qualifications	Régions										Total	
	Adamaoua	Centre	Est	Diaspora	Extrême-Nord	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud		Sud-Ouest
ARC	3	26	27	0	131	6	11	47	97	11	8	367
Assistant social	1	54	1	0	9	9	3	0	12	5	11	105
Autres professionnels de santé	7	305	55	1	176	508	26	499	555	44	237	2413
Personnel administratif	47	770	58	0	69	191	58	184	131	64	152	1724
Chirurgien-dentiste	4	22	0	0	4	17	1	2	3	3	2	58
Commis de pharmacie	5	133	42	0	166	137	92	211	234	24	134	1178
Infirmiers	817	4512	874	3	1733	3276	965	1590	2599	781	1804	18954
Médecin généraliste	38	500	53	72	71	307	42	82	116	45	94	1420
Médecin spécialiste	16	192	5	7	10	127	3	9	26	11	16	422
Paramédicaux	176	1343	204	2	342	786	160	377	593	175	368	4526
Personnel d'appui	77	1401	120	0	816	1534	227	844	726	100	828	6673
Pharmacien	7	38	4	0	12	40	8	2	26	4	21	162
Tradi-praticien / matrone	0	0	0	0	189	0	10	0	1	1	4	205
Total	1 198	9 296	1 443	85	3 728	6 938	1 606	3 847	5 119	1 268	3 679	38 207

Source: MINSANTE, RGPS, 2011.

De ces chiffres se dégagent les ratios suivants: 01 infirmier pour 3157 habitants et 01 médecin pour 11335 habitants au niveau national dans le sous-secteur public. Cependant, ces moyennes masquent certaines disparités régionales. En effet, le Centre, le Littoral et l’Ouest, à travers les grandes villes de Yaoundé, Douala et Bafoussam, regorgent de plus de 55% des personnels contre 10% seulement pour les régions de l’Est, de l’Adamaoua et du Sud. Le tableau 10 ressort le gap entre l'existant et les normes révisées en personnels (toutes catégories confondues) en 2011 par le MINSANTE. Les informations sur les types de spécialisation par niveau de la pyramide ne sont pas disponibles.

Tableau 10: Estimation des besoins en personnels par niveau de la pyramide sanitaire

Niveau de la pyramide sanitaire	Besoins
Services centraux	14
Programmes prioritaires de santé	227
Hôpitaux de première et deuxième catégorie	1 732
Hôpitaux régionaux	1 582
Districts de santé	2 222
Formations sanitaires du niveau de districts de santé (CSI, CMA, HD)	21 976
Total	27 753

Source : MINSANTE, PDRH : État des lieux et diagnostic des RHS, 2012.

3.5.4.2 Orientations stratégiques du PDRH

Adopté en 2013, le Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé (PDRH 2013-2017) prend son ancrage dans les orientations de la SSS 2001-2015. Trois axes stratégiques majeurs ont été identifiés dans ce PDRH : (i) l’amélioration de la gestion et de la gouvernance des RHS, (ii) le renforcement de la production des RHS et (iii) le renforcement de la veille stratégique sur les RHS.

3.5.4.3 Production des ressources humaines

Formation initiale : Le niveau de production ciblé dans le DSCE est de:500 médecins/an, 150 pharmaciens par an, et 150 chirurgiens-dentistes/an. Au regard du nombre d’établissements publics et privés de formation actuellement fonctionnels, les cibles du DSCE seront probablement atteintes à court terme. Cependant, on note un important déficit en médecins spécialistes. 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 néphrologues¹⁷⁸. 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 production 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 : sages-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 (40 étudiants en cours de formation). Il est envisagé en 2016 l'ouverture d'un cycle d'agents techniques médico-sanitaires assistants de pharmacie pour remplacer progressivement les actuels commis de pharmacie. Il s'agira de transférer des compétences aux personnels de santé sur l'approche « One Health » en tenant compte de la gestion des zoonoses.

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 (voir tableau 11 ci-après). 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.

Tableau 11: Financements alloués à la formation continue de 2010 à 2015

Année	Enveloppe allouée
2010	217 424 700
2011	227 424 700
2012	217 424 700
2013	217 424 700
2014	235 000 000
2015	235 000 000

Source : Budget MINSANTE, 2010 - 2015.

3.5.4.4 Recrutement et gestion des RHS

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 disponibles²⁸, 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^{179,180}. 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%¹⁸¹. 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.)¹⁸². 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.

3.5.5 Information Sanitaire et Recherche en Santé

3.5.5.1 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, mais sa mise en œuvre a été peu suivie. Par ailleurs, la verticalisation des programmes de santé dans un souci d'efficacité pour adresser les problèmes de morbi-mortalité élevée de certaines maladies dites prioritaires a plutôt créé une multitude de sous-systèmes d'informations et d'outils de collecte des données avec plus de 300 indicateurs à renseigner. Ce qui a rendu difficile le suivi de la mise en œuvre des interventions de la SSS 2001-2015.

La faible disponibilité des données désagrégées des interventions mises en œuvre au niveau régional et dans les districts de santé ne permet pas à ce jour de disposer d'une information précise sur la situation sanitaire des Districts. Il est donc difficile d'orienter le choix des zones d'Interventions prioritaires. Cette faible disponibilité des informations sanitaires désagrégées par district affecte la prise de décision des acteurs du système de santé.

3.5.5.2 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 s'est doté d'une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) qui a coordonné l'élaboration du *Plan Stratégique de Recherche Opérationnelle en Santé* 2011-2015 par la DROS mais la mise en œuvre dudit plan a été compromise par l'insuffisance des financements alloués à la recherche. Les principaux problèmes rencontrés dans le domaine de la recherche en santé sont :

- *régulation insuffisante* : on a relevé un cadre juridique insuffisant du fait de l'absence de textes spécifiques et du non-respect des textes existants ;
- *encadrement éthique* : le Cameroun ne dispose pas d'un code éthique en matière de recherche en santé, ni de textes législatifs ou réglementaires satisfaisants.

Toutefois en 2012, le MINSANTE a mis en place un système de revue éthique des protocoles de recherche en santé humaine¹⁸³.

- *coordination insuffisante* : la recherche sur la maladie est le domaine de prédilection des travaux de recherche en santé au détriment des autres domaines (système de santé et promotion de la santé). En effet, la grande majorité des projets de recherche soumis à la DROS en demande d'Autorisation Administrative de Recherche (AAR) portent sur des thématiques en rapport avec IST/VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, l'Onchocercose, la Grippe ou encore les zoonoses, la résistance aux molécules, notamment aux antibiotiques, la coïnfection VIH/TB, l'épidémiologie de différentes maladies.
- *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%) ;
- *faible vulgarisation et exploitation des résultats* : le processus de prise de décisions sur des bases factuelles au Cameroun est encore en cours de maturation. Cette situation se justifie par la faible capacité nationale dans la réalisation des projets de recherche. Par ailleurs, les résultats des travaux de recherche sont faiblement diffusés et les recommandations formulées sont faiblement prises en compte dans la prise de décision. Des initiatives telles que le Centre de Développement des Bonnes Pratiques produisent des bases factuelles à partir des travaux de recherche en santé ;
- *absence d'une culture de recherche* : très peu d'acteurs dans le secteur de la santé s'intéressent à la recherche¹⁸⁴. En effet, la production scientifique africaine en termes de recherche atteint à peine 1% de la production mondiale¹⁸⁵.
- Cette situation comme on l'a dit plus haut se justifie non seulement par la faible capacité nationale à réaliser des projets de recherche ; c'est pourquoi, des initiatives à l'instar du Centre de Développement des Bonnes Pratiques qui met à la disposition du système des bases factuelles des données à partir des travaux de recherche en santé sont à promouvoir.

3.6 Composante gouvernance et pilotage stratégique

3.6.1 Gouvernance

3.6.1.1 Cadre législatif et réglementaire

En l'absence d'un code de santé publique intégré, de nombreux textes juridiques encadrent les principales fonctions et interventions de santé. Toutefois, plusieurs domaines de la santé publique ne disposent pas encore d'un encadrement juridique approprié, par exemple : la bioéthique (notamment l'assistance médicale à la procréation, le don d'organes, les transplantations, la gestion de la fin de vie et l'euthanasie) ; l'exercice de la médecine traditionnelle et le développement des médecines alternatives ; la prestation 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°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'une part, et le décret n°62/DF/62 du 1^{er} 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'autre part. Ces instruments juridiques sont obsolètes et les prix prescrits 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 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 DAJC (Division des Affaires Juridiques et du Contentieux) qui est le plus souvent engorgé.

3.6.1.2 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'impose. 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 niveaux¹⁸⁶. Pour pallier à cette dernière difficulté, des brigades de contrôle ont été créées et dotées de personnels dans les Délégations Régionales de la Santé Publique¹⁸⁷.

3.6.1.3 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 par les services du Premier Ministre 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). Dans le même ordre d'idée, les comités locaux de lutte contre la corruption ont été mis en place dans les hôpitaux publics, ainsi que des supports de transparence et de dénonciation (boîtes à plaintes et à suggestion, etc.). 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 principal à l'appropriation de la mise en œuvre de la SSS par tous les acteurs. A ce jour, plusieurs dispositifs institutionnels sont mis en place pour que les autorités de la santé puissent rendre compte de la mise en œuvre de leurs activités (rapports des performances des administrations). La mise en place des plateformes d'échanges (CNLS, COPIL et ses démembrements, CCIA, réunions de coordination 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 souvent leur fonctionnalité.

3.6.1.4 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 »¹⁸⁸. 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.

3.6.2 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'articulera 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.

3.6.2.1 La veille stratégique

Dans le secteur de la santé, le dispositif de veille stratégique est organisé autour de l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) créé en 2010. Toutefois, ses missions ne sont pas efficacement mises en œuvre du fait de l'insuffisance des ressources financières et technologiques.

3.6.2.2 La planification et la coordination stratégique de la SSS

La planification stratégique au Cameroun a pour cadres de référence : la Vision Cameroun 2035 et le DSCE. La SSS 2001-2015 a été insuffisamment mise en œuvre du fait de sa faible vulgarisation et appropriation, et de sa faible utilisation comme cadre de référence pour la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Malgré l'existence d'un Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé, 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 (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 n'ont souvent pas de liens directs avec le comité de pilotage de la SSS ce qui conduit à la fragmentation du suivi de la SSS. Cette fragmentation de la coordination et du pilotage stratégique se répercute également au niveau régional.

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 mais son fonctionnement n'est pas harmonieux. Par ailleurs, les capacités des responsables de ce comité n'ont pas été renforcées. Par conséquent, celui-ci n'a développé ni un plan d'actions avec des objectifs précis, ni des indicateurs de mesure de sa performance.

3.6.2.3 Le suivi - évaluation

Le Plan Intégré de Suivi-Évaluation (PISE) de la SSS 2001-2015 n'a jamais été validé et par conséquent, n'a pas été mis en œuvre.

3.6.2.4 Le 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+). 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 et les Institutions sous tutelle, les entreprises publiques et privées, les Collectivités Territoriales Décentralisées, les ONG et les associations.

L'arrêté n° 1433/A/MSP/SG/DCOOP/CPNAT du 16 août 2007 fixe le cadre réglementaire pour une mise en œuvre efficace du partenariat. Pour ce faire, un Groupe Thématique sur le Partenariat, placé sous l'autorité du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la SSS, a été créé en 2013. Ledit Groupe a entre autres pour mission de créer un cadre de dialogue, de concertation et d'harmonisation entre les acteurs de santé afin de permettre au Ministère de la Santé Publique de jouer pleinement son rôle de promoteur du partenariat.

Cependant, le cadre institutionnel et technique de coordination actuel nécessite un renforcement et des appuis multiformes pour animer, capitaliser et rentabiliser cet important patrimoine partenarial.

Chapitre 4.

DIAGNOSTIC DU SECTEUR SANTE

Le présent chapitre s'articule autour des quatre thématiques ci-après : (1) les leçons tirées de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015, (2) les principaux problèmes du secteur de la santé par composante, (3) les facteurs externes significatifs et (4) les enjeux et défis majeurs de la stratégie.

4.1 Analyse des politiques passées : leçons tirées de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015

La période allant de 2000 à 2009, dite de planification stratégique, a vu la naissance de la 1^{ère} Stratégie Sectorielle de Santé. Cette Stratégie Sectorielle de Santé, qui découlait du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), était une réforme de première génération axée sur quelques programmes de santé. Sa révision, intervenue en 2009, a permis de l'arrimer au DSCE 2001-2020, d'y incorporer les OMD comme objectifs stratégiques, et surtout de prendre en compte la notion de *viabilisation des districts de santé*. L'actualisation en 2009 devait donc aboutir à un changement de paradigme. Il s'agissait en effet passer de la logique des programmes verticaux à celle de la viabilisation des districts de santé. Mais cette logique n'a pas été suivie.

En effet, la SSS 2001-2015 avait entre autres objectifs majeurs la décentralisation du système de santé¹⁸⁹. Les districts de santé devaient s'autonomiser tandis que le niveau central devait davantage s'occuper du suivi, du contrôle, de la régulation et des normes. Le nombre de programmes verticaux devait progressivement diminuer et les districts de santé quant à eux devaient être viabilisés progressivement pour être à même d'offrir des paquets d'interventions intégrés et globaux aux populations.

A ce jour, bien que la proportion de DS viabilisés ne soit pas connue avec exactitude, les experts du secteur santé l'estiment à moins de 10 sur les 189 DS¹⁹⁰. Par ailleurs, les résultats attendus et projetés dans la stratégie échue n'ont pas toujours tenu compte des capacités institutionnelles.

En somme, la SSS 2001-2015 a souffert d'une insuffisance de suivi de sa mise en œuvre dans les districts de santé (financement, supervision, contrôle, inspection des activités techniques et administratives insuffisante). Le bilan perceptible qui peut être fait de la mise en œuvre de cette SSS 2001-2015 est présenté sous forme de points forts et de points faibles (voir figure 8 ci-après).

4.1.1 Points forts

Des points forts ont été répertoriés dans les domaines suivants : offre infrastructurelle, ressources humaines, médicaments, financement et recherche opérationnelle en santé.

Offre infrastructurelle : les points forts suivants ont été relevés : l'engagement de l'Etat pour la construction des formations sanitaires dans toutes les régions et la disponibilité des dossiers techniques de réhabilitation des formations sanitaires faisant ressortir les possibilités séquentielles de mise en œuvre des travaux à réaliser (plan de développement architectural et technique des HD sur financement interne ordinaire); la disponibilité des techniciens capables d'élaborer des projets architecturaux ainsi que des plans d'aménagement selon les normes en collaboration avec les différentes administrations techniques concernées (MINTP, MINDCAF, MINHDU et MINEE); la disponibilité d'une stratégie partenariale de la santé pour le renforcement du partenariat (public-privé et public-public); l'existence d'un réseau dense de formations sanitaires et d'institutions de formation au plan national et dans de nouveaux domaines; la subvention des formations sanitaires privées et des établissements privés de formation des personnels de la santé par l'Etat et; l'existence des normes en équipements, bien que celles-ci ne soient pas actualisées.

Ressources Humaines : la gestion des ressources humaines a connu une amélioration grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé (PDRH 2013-2017). En effet, ce plan a permis : (i) d'améliorer la gestion et la gouvernance des RHS, (ii) de renforcer la production des RHS et (iii) de renforcer la veille stratégique sur les RHS. L'on relève avec satisfaction : la disponibilité des données sur l'état des besoins favorisée par divers efforts dont l'étude d'estimation des besoins ; l'amélioration de la carte sanitaire ; le recensement des ressources humaines, le logiciel de gestion du personnel (SIGIPES) et des outils de gestion prévisionnelle des carrières (Logiciel de Cartographie des Postes et des Emplois, Observatoire National des RHS) des effectifs croissants de personnels formés par les multiples universités et écoles professionnelles en démultiplication.

Médicaments : des efforts considérables ont été consentis par le Gouvernement afin de faciliter l'accès aux médicaments. Pour ce qui concerne la régulation, les prix des médicaments essentiels ont été uniformisés dans le secteur public et leurs coûts sont abordables, y compris dans les zones reculées où l'indice de pauvreté est élevé (équité). Par ailleurs, une politique de gratuité est appliquée à plusieurs produits médicaux dans le cadre des programmes prioritaires, particulièrement pour les groupes vulnérables (enfants de moins de 5ans, femmes enceintes, etc.). De plus, certaines classes thérapeutiques telles que les antituberculeux, les anti-lépromateux, et même les antirétroviraux de 1^{ère} et 2^{nde} lignes sont délivrées gratuitement. D'autres classes sont disponibles à un coût réduit ; c'est

le cas notamment des antipaludiques, des kits obstétricaux, des contraceptifs, de l'insuline, etc.

Financement de la santé : on note comme progrès : l'introduction et l'opérationnalité de plusieurs stratégies innovantes pour améliorer le financement de la santé dont le FBR, le chèque santé, les kits obstétricaux, le *value for result*, etc.

Recherche opérationnelle en Santé : quelques points forts ont été relevés, notamment : le renforcement du cadre institutionnel de la recherche opérationnelle en santé ; le renforcement de la régulation par la création d'un Comité National et des Comités Régionaux d'Éthique en Santé Humaine et d'un cadre de concertation des différentes parties prenantes en matière de recherche en santé à travers la Commission Consultative Scientifique et Stratégique pour la Recherche en Santé Humaine (CCSSRS); l'existence de structures et outils de mise à disposition et de vulgarisation des données sanitaires et résultats de la recherche en santé notamment le Centre de Développement des Bonnes Pratiques en Santé(CDBPS) et le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé(CDNSS).

4.1.2 Points faibles

Ils concernent les aspects suivants: engagement politique, législation, réglementation, Gestion (planification, direction, contrôle et suivi-évaluation), budget/dépenses, disponibilité des infrastructures et recherche opérationnelle.

Engagement politique : L'engagement politique de haut niveau dans le secteur s'est amélioré mais reste encore insuffisant en ce qui concerne : i) le pourcentage d'allocation budgétaire dans le secteur. Bien que le budget alloué à la fonction santé ait significativement augmenté en valeur absolue, tout au moins pour ce qui concerne le budget du MINSANTE, il reste encore en dessous des recommandations d'Abuja (la déclaration d'Abuja propose en effet d'allouer à la santé 15% du budget de l'État) ; ii) l'animation du partenariat pour la santé (l'échec de la mise en œuvre du SWAp en est un marqueur). En effet, on compte dans le secteur santé, un nombre important de PTF (bi et multilatéraux), mais très peu de partenaires œuvrent depuis 2011 pour une approche sectorielle. Par conséquent, l'engagement politique de haut niveau a été jugé insuffisant.

Législation, réglementation : il n'existe pas de code de santé publique au Cameroun. Par ailleurs, le cadre juridique des interventions en matière de santé, est caractérisé par : l'éparpillement, la prolifération d'actes réglementaires aux dispositions parfois concurrentes et discordantes, et l'obsolescence de nombreux instruments juridiques encore en vigueur. Très souvent, les pratiques précèdent l'encadrement juridique et les vides juridiques persistent dans plusieurs domaines.

Gestion (planification, direction, contrôle et suivi évaluation) : à ce niveau, les points préoccupants identifiés sont les suivants : l'insuffisance dans l'accomplissement de

son mandat (impulsion et animation du secteur de la santé) par le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé. Cette défaillance a limité la performance globale de ce dernier. Les caractéristiques de cette insuffisance managériale au niveau du ST-CP/SSS sont :

- **l'inadéquation de la planification stratégique** : les objectifs stratégiques formulés dans la SSS 2001-2015 et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles, structurelles et les rythmes de progression antérieurs ;
- **l'inadéquation de la planification opérationnelle au niveau régional** : les besoins exprimés par les régions sanitaires n'ont pas tenu compte des contraintes budgétaires et des ressources disponibles. L'absence d'objectifs régionaux réalistes a constitué un frein à l'affectation des ressources en fonction des besoins réels. Enfin, la mobilisation locale des ressources est restée faible ;
- **l'absence d'un plan intégré de suivi-évaluation** : les valeurs de départ et les valeurs cibles des indicateurs de suivi de la SSS échue n'ont pas été renseignées, ce qui a rendu leur suivi difficile. En outre, leur nombre était pléthorique ;
- **le déficit de l'anticipation et de la gestion des risques** : du fait de l'absence d'un plan de gestion des risques, il n'a pas été possible d'anticiper sur les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie échue. Cela a entraîné une attitude plus réactive que proactive des acteurs de mise en œuvre de la stratégie échue ;
- une inadéquation entre les ressources affectées aux régions et les besoins identifiés dans ces dernières ;
- **le déficit de redevabilité** : peu de mécanismes de redevabilité des acteurs étaient mis en œuvre ou étaient fonctionnels compromettant ainsi l'efficacité et l'efficacé ;
- certains ministères apparentés prestataires des soins curatifs, préventifs et promotionnels n'ont pas été identifiés et leurs responsabilités n'ont pas formellement été clarifiées dans les cadres de mise en œuvre de la SSS et du PND 2011-2015.

Financement de la santé : en matière de budget et dépenses, l'existence au Cameroun de multiples mécanismes de financement de la santé (30 dénombrés en 2013)³ provient de l'absence d'une approche intégrée de financement de la santé. En outre, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (ceux du privé, ceux des ministères partenaires prestataires de soins et services de santé, ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées) n'a pas contribué à la prévention du double emploi des ressources. Ceci n'a pas permis d'agir de façon cohérente pour gérer les besoins les plus cruciaux des populations cibles (équité horizontale). A ce jour, la collecte

des ressources pour la santé (financements privés, financements publics) et leur mise en commun dans la perspective de la CSU ne sont pas encore bien organisées dans le secteur.

Par ailleurs, la faiblesse du dispositif de suivi/évaluation et les insuffisances relevées au niveau de la coordination des interventions ont eu pour conséquences, le double emploi des ressources, ayant entraîné une fois de plus et subséquemment le manque d'efficacité observé dans le secteur dans certains cas. En effet, la dépense moyenne par habitant était de 63 USD en 2012, mais les résultats obtenus étaient similaires à ceux des pays dépensant entre 10 et 14 USD (soit respectivement 6000 et 8000 FCFA).

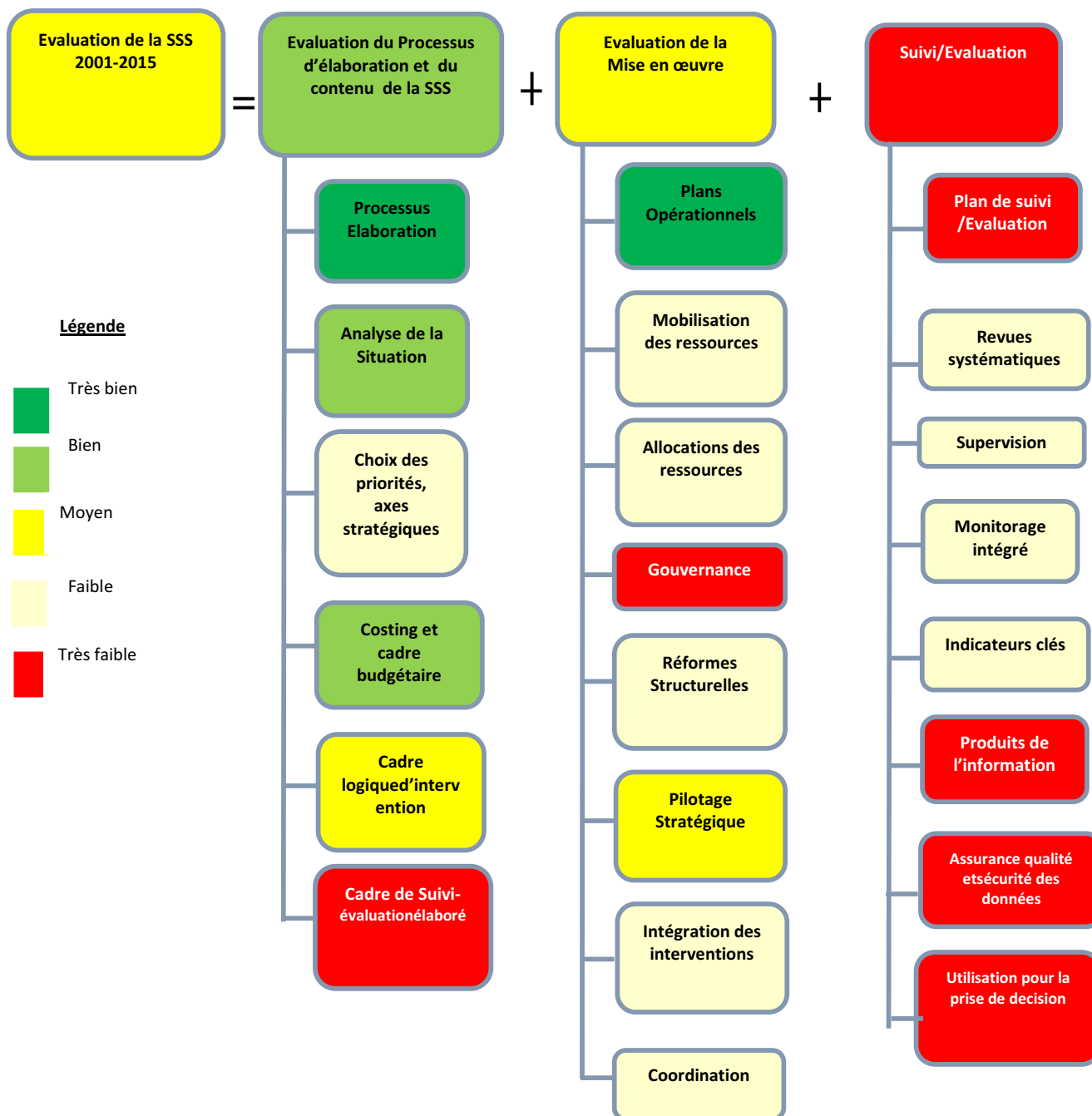
Dans le même ordre d'idées, on a relevé que la productivité financière des formations sanitaires n'est pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics ; le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population : seulement 3% de la population est couverte par des mécanismes y afférents. Les paiements directs qui représentent près de 95% des dépenses privées de santé demeurent la principale modalité d'acquisition des soins. De plus, la persistance des mauvaises pratiques de gouvernance dans les services publics d'une manière générale reste une pesanteur qui rend difficile l'utilisation efficace des ressources.

Enfin, le déficit d'équité important dans la couverture sanitaire a été favorisé par l'inefficacité des stratégies visant à mutualiser le risque maladie et à assurer une couverture sanitaire universelle.

Disponibilité des infrastructures : le développement des infrastructures n'a souvent tenu compte ni des exigences de la carte sanitaire du fait de l'absence d'un plan directeur conçu à cet effet, ni de l'évolution technologique (simplification des laboratoires avec de plus en plus de "point-of-care tests" et opportunités de la télémédecine entre autres).

Recherche en Santé : les points faibles enregistrés dans ce domaine sont : le non-respect du cadre réglementaire régissant la pratique de la recherche en santé au Cameroun ; l'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation et le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées; la faiblesse dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de recherche en santé au MINSANTE; l'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé (il existe par exemple très peu de projets de recherche en santé humaine adressant les zoonoses) ; une faible culture de la recherche, du suivi et de l'évaluation; la faiblesse en matière de diffusion des résultats de la recherche, de disponibilité des bases factuelles fiables et d'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision en santé.

Figure 8: Résumé synoptique de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015



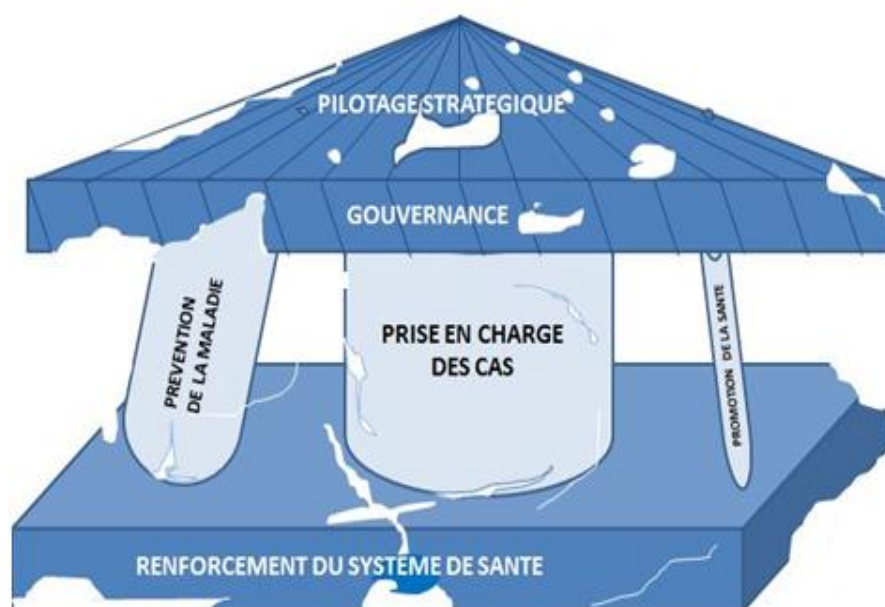
Source : MINSANTE Rapport d'évaluation de la SSS 2001-2015

4.2 Principaux problèmes du secteur de la santé par composante

Le diagnostic du secteur de la santé a permis d'identifier comme problème majeur la «faible capacité du système de santé à répondre aux besoins socio- sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif ».

En effet, confronté à la faiblesse de ses six piliers (leadership et gouvernance³ ; ressources humaines ; offre de services et de soins ; infrastructures ; médicaments et technologies sanitaires ; financement et système d'information sanitaire), le système de santé actuel ne permet pas de prévenir de façon adéquate les événements qui influencent négativement la santé. Il ne parvient pas à assurer suffisamment et de manière efficace, la promotion de la santé des populations, ou encore à assurer une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie. En pratique, la faible capacité du système de santé à répondre efficacement aux besoins de bien-être de la population se traduit par des indicateurs sanitaires peu satisfaisants avec notamment, une morbi-mortalité élevée, un accroissement des dépenses de santé et une diminution de la force de travail. Ce diagnostic global est résumé sous forme schématique dans l'image ci-dessous (figure 9) et dans le tableau 12.

Figure 9: Résumé synoptique du diagnostic du secteur de la santé



Source : MINSANTE Document Etat des lieux et diagnostic du secteur santé (2015)

³ Les nombreux défis majeurs liés au pilotage stratégique et à la gouvernance du secteur santé, de même qu'au développement d'une stratégie nationale sur la thématique de la gouvernance ont motivé le choix de l'institution de ce pilier du système de santé en composante transversale entière, pour une meilleure analyse.

Tableau 12: Problèmes prioritaires relevés dans l'analyse de la situation du secteur de la santé

PROBLEME CENTRAL DU SYSTEME DE SANTE	«faibles capacités du système de santé à répondre aux besoins socio-sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif »
COMPOSANTE : PROMOTION DE LA SANTE	
Problème central de la composante : Capacités insuffisantes des populations à adopter des comportements sains favorables à la santé.	
CAUSES IMMÉDIATES	CAUSES PROFONDES
Promotion insuffisante des bonnes habitudes alimentaires, nutritionnelles, d'assainissement du milieu et d'hygiène individuelle	Faibles capacités institutionnelles pour la mise en œuvre des politiques et stratégies de promotion de santé
	Offre de services pour la promotion de la santé insuffisante (infrastructures de proximité pour la pratique du sport de masse insuffisantes; déficit d'encadreurs en charge du sport-santé, Services de PF ou conviviaux peu disponibles dans les FOSA etc.)
	Ressources financières allouées à la promotion de la santé insuffisantes (< 2 % pour le MINSANTE)
	Effectifs des Personnels qualifiés (experts dans le domaine de la santé publique et/ou communautaires) insuffisants
	Absence d'une stratégie intégrée de promotion de santé
	Absence d'une approche intégrée de communication pour le changement de comportement
	Faible prise en compte des aspects de promotion dans les politiques publiques
Les déterminants sociaux de santé ne sont pas suffisamment pris en compte dans l'offre des services et soins de santé et les politiques publiques	Expertise technique pour l'élaboration des plans stratégiques de lutte contre les déterminants sociaux insuffisante
	Planification, suivi et coordination intersectorielle des interventions de promotion de la santé insuffisants à tous les niveaux
Faible prise en compte des aspects de promotion dans les politiques publiques	Formation des RHS davantage axée sur l'approche biomédicale que sur l'approche des déterminants de la santé.
	Absence d'un plan stratégique intégré de promotion de la santé
	Faible diffusion dans les administrations des résolutions prises au niveau international (ex : Charte d'OTTAWA)
COMPOSANTE PREVENTION DE LA MALADIE	
Problème central de la composante: l'incidence et la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles restent élevées	
CAUSES IMMÉDIATES	CAUSES PROFONDES
Méconnaissance par les populations des moyens /actions et des avantages de la prévention de la maladie	Faible disponibilité des données désagrégées pour la prise de décisions en faveur de la prévention des maladies non transmissibles (HTA, diabète, cancers etc.)
	Campagnes de prévention et de dépistage des maladies faiblement exécutées particulièrement dans les aires de santé
	Allocation budgétaire dédiée aux activités de prévention des maladies insuffisante (surtout pour les maladies non transmissibles)
	Faible mise en œuvre des modalités d'offre de services pour la prévention adéquate des maladies (stratégies avancées /mobiles, délégations des tâches)
	Interventions de prévention faiblement planifiées et exécutées dans les plans stratégiques et les documents de politique de lutte contre la maladie
	Faible positionnement stratégique des interventions de prévention dans les stratégies et

	projets de santé
	Absence d'un plan stratégique intégré de prévention de la maladie
Sous-estimation par les acteurs du système des avantages comparatifs de la prévention par rapport à la prise en charge des cas	Formation du personnel axée prioritairement sur les aspects curatifs
	Faible disponibilité des données pour une meilleure prise de décisions relative à la prévention
	Faible visibilité des avantages et des effets à long terme de la prévention par les bénéficiaires (Bénéfices de la prévention insuffisamment perçus)
	Recherches opérationnelles nationales sur les facteurs de risques des maladies insuffisantes
	Ressources consacrées aux activités de prévention insuffisantes
COMPOSANTE PRISE EN CHARGE DES CAS	
Problème central de la composante : la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté sont élevées	
CAUSES IMMÉDIATES	CAUSES PROFONDES
Faible utilisation des procédures opérationnelles et des protocoles pour le diagnostic et la prise en charge hospitalière et communautaire des cas	Personnels soignants non recyclés à l'utilisation des protocoles et POS pour la prise en charge des cas de MNT particulièrement au niveau déconcentré
	Faible disponibilité des protocoles standardisés de prise en charge des cas dans les structures sanitaires (surtout pour les maladies non transmissibles)
	Absence d'une approche normalisée des soins et services de santé par catégorie des structures sanitaires
	Faible planification, coordination, supervision et suivi-évaluation des actions de prise en charge des cas à tous les niveaux de la pyramide
Qualité des soins offerts insuffisante (qualité du diagnostic et de la prise en charge curative des cas encore insuffisante)	Plateaux techniques inappropriés (médicaments d'urgence incomplets, équipements parfois vétustes ou absents, personnels pas suffisamment recyclés etc.)
	Intrants surtout pour la prise en charge des urgences pas toujours disponibles dans les FOSA (sulfate de magnésie, ACT, Vitamine Ketc)
	Faible disponibilité de l'offre de services des soins spécialisés (santé mentale, soins palliatifs et d'accompagnement, grands brûlés, etc.) ;
	Faible implication des acteurs communautaires dans la prise en charge des cas (continuum des soins)
	Faible disponibilité des documents normatifs et standards pour une prise en charge correcte des cas les plus fréquents de MNT dans les FOSA du niveau opérationnel; (HTA, Diabète, AVC etc.)
	Système de référence et de contre référence peu fonctionnel
	Offre des services pour la réhabilitation/rééducation des handicaps insuffisante
Préparation, détection et riposte tardive dans la prise en charge des cas de MAPE	Structures de prise en charge des situations à haute mortalité insuffisantes (salles de déchoquage, soins intensifs, radiologie interventionnelle)
	Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines formées dans la surveillance intégrée des MAPE
	Ressources financières, matérielles et logistique allouées au SMIR insuffisantes
	Absence d'un système de surveillance électronique des maladies/événements de santé publique
	Promptitude et complétude des MAPE insuffisantes
	Application insuffisante du RSI
Accessibilité physique et financière aux formations sanitaires limitée	Surveillance à base communautaire des maladies ou événements de santé publique insuffisamment organisée
	Vulnérabilité des ménages (revenu ou pouvoir d'achat des populations faible/instable)
	Tarifcation des actes non harmonisée entre FOSA de même catégorie
	Mécanismes de mutualisation du risque maladie peu développés
	Mise en œuvre insuffisante des textes sur la participation communautaire et des CTD
	Formations sanitaires inéquitablement réparties sur le plan géographique
Faible exécution des activités en stratégie avancée et mobile	

Démotivation du personnel	Mauvaises conditions de travail (Absence de commodités essentielles, faible rémunération, non-respect du plan de carrière, faible implication des personnels à la gestion des FOSA)
	Faible attractivité des zones rurales ou d'accès difficiles: absence de logements d'astreinte pour le personnel
COMPOSANTE : RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	
Problème central de la composante : Développement insuffisant des piliers du système de santé	
SOUS-COMPOSANTE/PILIER : FINANCEMENT DE LA SANTÉ	
Problème central du pilier	CAUSES IMMÉDIATES
Accessibilité financière aux soins et services de santé de qualité limitée pour les populations, en particulier les plus vulnérables	Ressources financières allouées à la santé insuffisantes et utilisation inefficace de celles qui sont octroyées aux structures sanitaires
	Faible adhésion des populations aux mécanismes de partage du risque maladie ;
	CAUSES PROFONDES
	Absence de plaidoyer structuré et continu par les acteurs clefs (MINFI, MINEPAT, MINSANTE) pour l'augmentation du financement public de la santé
	Effort de guerre contre le terrorisme
	financements publics de la santé insuffisants
	Faible mobilisation des financements privés pour la santé
	Faible coordination et faible visibilité sur le long terme des financements provenant des PTF
	Besoins en santé de plus en plus croissants (nombreuses maladies émergentes et re-émergentes)
	Faible développement des mécanismes de partage du risque maladie
	Faible coordination des multiples mécanismes de financement de la demande des soins
	Acteurs du système de santé pas suffisamment imprégnés des avantages de la mise en place des mécanismes de mutualisation du risque maladie
	Culture du prépaiement des soins faiblement ancrée dans les mœurs des populations
SOUS-COMPOSANTE/PILIER : OFFRE DES SERVICES ET SOINS DE SANTÉ	
Problème central du pilier	CAUSES IMMÉDIATES
Faible utilisation des structures et des services de santé	Répartition/Gestion inappropriée de l'offre infrastructurelle et des équipements
	CAUSES PROFONDES
	Absence d'un plan de développement des infrastructures et des équipements
	Gouvernance insuffisante
	Absence d'un système (dispositif formel) de maintenance dans la plupart des structures sanitaires
	Constructions qui ne tiennent pas toujours compte des carences/insuffisances de la carte sanitaire.
	Pressions politiques pour la construction des FOSA dans des zones déjà suffisamment pourvues
	Absence d'un système d'assurance qualité en matière d'infrastructures et d'équipements
	Faible mise en œuvre de la politique nationale de technologie sanitaire
	Faible pouvoir d'achat des populations et

	Faible disponibilité et accessibilité à des paquets de services et soins de santé de qualité	coûts des soins élevés pour certains
		Système de référence/contre référence, peut performant pour permettre une continuité de soins
		Plateaux techniques insuffisants ou inadéquats au regard des missions de la structure sanitaire
		Intrants insuffisants ou non disponibles (ruptures de stocks de certains médicaments essentiels, nombre d'ASC insuffisant, autres ressources humaines de santé qualifiées, ressources financières) pour assurer la mise en place et la disponibilité des paquets de services et soins de santé
		Faible disponibilité des procédures, normes, protocoles et standards pour la prise en charge des cas
		Exploitation insuffisante de Certaines modalités innovantes d'offre de services (télémédecine, stratégies avancées)
		Système de référence et contre référence peu performant
		Existence des barrières socio-culturelles à l'accès aux soins
SOUS-COMPOSANTE/PILIER : MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES PHARMACEUTIQUES		
Problème central du pilier	CAUSES IMMEDIATES	CAUSES PROFONDES
Faible utilisation des médicaments et produits pharmaceutiques de qualité	Cadre politique et institutionnel du secteur des Médicaments et des consommables pharmaceutiques insuffisant	RHS non outillées pour l'élaboration des textes
		Absence d'une politique de promotion de l'usage rationnel du médicament ;
	Faible disponibilité et accessibilité du médicament de qualité	Faible pouvoir d'achat des ménages
		Gestion défectueuse des stocks de médicaments dans les FOSA du niveau opérationnel
		Capacités managériales limitées des responsables en charge du médicament dans les FOSA du niveau opérationnel
		Faiblesse du système d'approvisionnement
		Faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments (contrôle qualité, inspection, homologation, pharmacovigilance, surveillance du marché pharmaceutique) et des réactifs de biologie médicale
		Verticalisation du système d'approvisionnement
		Expansion du trafic illicite des médicaments de la rue, des faux médicaments ou médicaments contrefaits
		Précarité et insuffisance des financements alloués aux médicaments et aux vaccins
Faible production pharmaceutique locale et de consommables médicaux		
Faible disponibilité des laboratoires d'analyses médicales	Faible priorisation de la mise en place des laboratoires d'analyses médicales de	

	de référence	référence Déficit en RHS qualifiées pour la gestion des laboratoires de référence et des prestations d'analyses médicales de qualité Financements insuffisants pour la création des laboratoires de référence et leur mise en réseau
SOUS-COMPOSANTE /PILIER : RESSOURCES HUMAINES		
Problème central du pilier	CAUSES IMMEDIATES	CAUSES PROFONDES
Ressources humaines quantitativement et qualitativement insuffisantes dans le sous-secteur public	Recrutement insuffisant des RHS	Migrations importantes des RHS
		Contraintes budgétaires pour le recrutement de nouvelles RHS
		Déficit de plaidoyer structuré en faveur du recrutement des RHS dans le sous-secteur public
	Gestion des RHS inadéquate	Cadre institutionnel peu adapté à la gestion optimale des RHS
		Responsables des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire faiblement capacités pour une gestion optimale des RHS
		Faible mise en œuvre du PDRH
	Faible motivation des prestataires de services et soins du sous-secteur public	Mécanismes de fidélisation au poste dans les zones d'accès difficile faiblement mis en œuvre
		Conditions de travail précaires surtout dans les zones rurales
		Pratiques inéquitables dans l'affectation du personnel
		Salaires insuffisants du personnel travaillant dans le sous- secteur public;
		Faible mobilité des RHS affectées dans les zones rurales
		choix inapproprié (parfois peu équitable) des profils du personnel devant bénéficier des formations continues
Inadéquation entre le choix du profil et le poste de travail occupé		
Formations continues insuffisantes et inéquitablement dispensées.		
SOUS-COMPOSANTE/PILIER : INFORMATIONS SANITAIRES ET RECHERCHE EN SANTE		
Problème central du pilier	CAUSES IMMEDIATES	CAUSES PROFONDES
Faible développement de la recherche en santé et prise de décision pas toujours basée sur des données probantes	Mauvaise gestion des informations sanitaires	Faible disponibilité et utilisation des données de routine pour la prise de décision
		Plan stratégique de renforcement du SNIS faiblement mis en œuvre
		Cadre institutionnel et organisationnel du SNIS fragmenté ;
	Vulgarisation insuffisante de l'information sanitaire et des produits de la recherche à tous les niveaux pour une bonne prise de décision	Ressources financières allouées aux travaux de recherche insuffisantes
		Culture de la recherche insuffisante chez les prestataires de services et soins de santé
		Faible production et disponibilité de l'information sanitaire

COMPOSANTE GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE	
PROBLEME CENTRAL DE LA COMPOSANTE : Faibles performances du système de santé	
CAUSES IMMEDIATES	CAUSES PROFONDES
Réglementation, leadership , planification , coordination et suivi-évaluation insuffisants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Textes réglementaires et législatifs susceptibles d'améliorer la performance dans le secteur non disponibles ou pas actualisés (textes sur la participation communautaire, réformes pharmaceutiques, textes réglementant l'exercice de la médecine traditionnelle et l'encadrement des tradi-praticiens, harmonisation de la réglementation des Ordres professionnels et de leurs modalités d'exercice, réglementation sur la transplantation d'organes humains et la procréation médicalement assistée, etc.)
	Capacités des responsables des délégations régionales et des districts de santé à appliquer et à mettre en œuvre le processus gestionnaire insuffisantes
	Capacités techniques des responsables des structures sanitaires insuffisantes, surtout pour ce qui concerne la veille stratégique et la coordination des actions dans le secteur santé
	Ressources financières pour l'appui logistique aux réunions de coordination des groupes de travail thématiques insuffisantes
	Développement insuffisant des partenariats notamment public-privé (faible contractualisation)
	Dispositif institutionnel de coordination et de veille stratégique dans le secteur peu performant (existence de nombreux sous- comités de pilotage non coordonnés).
Gouvernance insuffisante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Mise en œuvre insuffisante des recommandations issues des rapports d'inspection, de contrôle et d'audit
	Culture de redevabilité insuffisante chez les acteurs du secteur de la santé.
	Audits internes et externes insuffisants
	Pratiques persistantes de corruption dans les services publics
	Faible appui technique et financier aux interventions communautaires
	soutien institutionnel aux différents mécanismes de contrôle social insuffisant (CDT, structures de dialogue, associations, comités de développement à tous les niveaux)
	Suivi, évaluation et coordination des interventions insuffisants à tous les niveaux
Sanctions (positives ou négatives) faiblement appliquées	

4.3 Facteurs externes significatifs

Le développement du système de santé camerounais est fortement influencé par de nombreux facteurs nationaux et internationaux. Ces derniers ont été classés en deux grands groupes : les facteurs contraignants et les facteurs porteurs d'avenir²³.

4.3.1 Facteurs contraignants

Les facteurs contraignants sont les principales menaces qui pèsent sur le développement du secteur de la santé. Ils peuvent être résumés de la manière suivante :

- L'insécurité aux frontières, due aux guerres dans les pays voisins (Tchad, RCA), entraîne un afflux de réfugiés/déplacés internes et la survenue des épidémies. La pression sur les services de santé des populations déplacées qui en découle fragilise le système de santé et accroît la vulnérabilité des populations au niveau local ;
- Les crises financières mondiales limitent la disponibilité des financements extérieurs ;

- La diminution programmée des financements extérieurs due au retrait éventuel de certains bailleurs de fonds ;
- La forte croissance démographique qui exerce une forte pression sur les services sociaux de base ;
- L'insuffisance et le mauvais état du réseau routier qui limitent l'accessibilité géographique aux services de santé ;
- L'insuffisance du financement public de la santé (moins de 15% du budget national) ;
- La pauvreté des populations qui limite leur accessibilité financière aux services de santé ;
- La vulnérabilité des populations aux effets néfastes des changements climatiques et à la dégradation de la biodiversité;
- La forte croissance du taux d'urbanisation avec le développement de l'habitat spontané ;
- Les us et coutumes des populations qui sont parfois néfastes pour leur santé ;
- La rémunération insuffisante du personnel de la santé et les mauvaises conditions de travail.

4.3.2 Facteurs porteurs d'avenir

Les facteurs porteurs d'avenir représentent les principales opportunités que le système de santé pourrait exploiter. Ces facteurs sont :

- Le Plan d'Urgence pour l'Accélération de la Croissance Economique 2015-2017 qui prévoit la construction et la réhabilitation des hôpitaux de référence dans toutes les régions du pays, ainsi que le développement des infrastructures sociales de base ;¹⁹¹
- Le fort taux de pénétration des TIC qui peut faciliter la gestion de l'information et l'utilisation des technologies à moindre coûts sous réserve d'une bonne politique d'implémentation de l'informatique médicale et de la télémédecine;
- Les grands projets structurants qui, si les risques environnementaux sont contenus, vont améliorer le bien-être des populations par les infrastructures et les emplois nouveaux ;
- Les engagements internationaux ratifiés par le Cameroun, tels que les OMD/ODD, qui créent un contexte favorable à l'amélioration des politiques sociales en général;¹⁹²
- L'évolution vers la décentralisation des politiques sociales en général qui va davantage promouvoir l'appropriation par les communautés de leurs propres problèmes de santé ;

- Le taux d'alphabétisation élevé qui favorise une compréhension des messages de santé et une adoption de comportements favorables à la santé ;
- Le nouveau régime financier de l'État consacrant le budget programme comme modalité de cadrage budgétaire qui garantit plus de visibilité à moyen terme.

4.4 Enjeux et défis majeurs de la stratégie

En se basant sur le DSCE, quatre enjeux majeurs ont été identifiés pour la SSS 2016-2027¹⁹³. Ils portent essentiellement sur la contribution du secteur santé à l'éradication de la pauvreté¹⁹⁴. Les défis correspondants à ces enjeux sont présentés dans le tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13: Enjeux significatifs et défis majeurs du secteur santé pour la réduction de la pauvreté.

ENJEUX	DEFIS
Réduction de la morbidité et de la mortalité de la population pour une augmentation de l'espérance de vie	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la fonctionnalité des structures sanitaires et des cadres référentiels de concertation et de coordination ; Extension des interventions à base et sous directive communautaires ; Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation du MEG de qualité ; Renforcement du cadre de concertation intersectoriel en matière de promotion et de prévention ; Disponibilité des informations stratégiques pour une prise de décision basée sur les données factuelles.
Amélioration de l'accès universel aux soins et services de santé de qualité.	<ul style="list-style-type: none"> Définition du mécanisme de partage du risque maladie soutenable ; Mobilisation des financements suffisants pour la mise en place d'un système national de partage des risques ; Couverture des populations vulnérables ; Définition des modalités de participation des travailleurs du secteur informel ; Renforcement de la disponibilité des services et soins de santé de qualité ; Coordination des efforts entre le Ministère de la Santé Publique et les ministères partenaires en charge de la CSU.
Renforcement du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du cadre institutionnel et des capacités gestionnaires des responsables des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; Contractualisation avec le secteur privé et public ; Renforcement de l'opérationnalisation de la décentralisation en matière de santé ; Mise en œuvre de la démarche qualité à tous les niveaux du système de santé ; Amélioration de la régulation du secteur ; Développement des ressources humaines dans le domaine de la santé, des sciences et techniques connexes à travers l'accroissement des effectifs, leur répartition optimale sur le territoire national et l'amélioration des conditions de travail ; Adéquation de la carte sanitaire avec la demande de soins ; Renforcement du système d'information sanitaire, notamment le suivi /évaluation ; Développement d'une stratégie du financement de la santé ; Développement d'un mécanisme d'assurance qualité.
Renforcement du partenariat dans le secteur santé	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la décentralisation ; Renforcement de la coordination intra et inter sectorielle ; Renforcement de la participation communautaire dans la réponse à leurs besoins de santé.

Troisième Partie:
CADRE STRATEGIQUE DU
SECTEUR SANTÉ

Chapitre 5.

ANCRAGE ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les choix stratégiques adoptés ici sont alignés sur les documents de politique générale et les engagements internationaux ratifiés par le Cameroun.

5.1 Orientations nationales

5.1.1 La loi cadre dans le domaine de la santé

La loi N° 96/03 du 04 Janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé stipule en son article 2 que:

« la politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé. »

5.1.2 La Vision Cameroun 2035

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 ».

La réalisation de cet objectif, nécessitera dans le domaine de la santé, d'améliorer l'offre de soins et de services et de garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité¹⁹⁴. Ceci permettra de relever l'enjeu du développement du capital humain qui consiste à doter la population camerounaise d'un bon état de santé, d'éducation, de connaissances et d'aptitude professionnelle. Par ailleurs, la vision 2035 dans sa deuxième phase (2020-2027) prévoit sur le plan social, les objectifs suivants: (i) la densification des infrastructures sociales ; (ii) l'élargissement du système de sécurité sociale ; et (iii) le renforcement des dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale.

5.1.3 Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE)

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi DSCE (2010-2019), document de mise en œuvre de la première phase de cette vision, a identifié l'amélioration de l'état de santé des populations comme un objectif à la fois de développement social et de croissance économique¹⁹³. Le DSCE a aussi réaffirmé la volonté du gouvernement de poursuivre la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans leur ensemble.

5.2 Orientations internationales

Sur le plan sanitaire, le Cameroun a ratifié de nombreux engagements au niveau international. On peut en citer plusieurs:

- *La Déclaration d'Abuja sur le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses (2001)*. Celle-ci est une résolution prise par les pays africains d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur santé d'ici 2015. Ceci a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo (2003) ;
- La Déclaration d'Addis-Abeba sur la Santé Communautaire (2006), recommande:
- de rendre les communautés autonomes et renforcer les structures de gestion communautaires, les activités des consommateurs et les liens avec les systèmes de prestation des services de santé ;
- d'assurer l'engagement et la participation des communautaires dans les interventions en soins de santé (planification, prestation, auto surveillance) ;
- de renforcer les interactions entre les services de santé et les communautés desservies ;
- de mettre en place des mécanismes de partage mutuel d'informations ;
- de renforcer les partenariats ;
- La Déclaration de Kampala 2006 relative à la disponibilité des ressources humaines en vue du renforcement du système de santé ;
- *La Déclaration d'Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (2008)* : réaffirme les principes de la déclaration de Alma Ata (1978) surtout pour ce qui concerne la santé en tant que droit humain fondamental et la responsabilité incombant aux gouvernements de veiller sur la santé de leur population ;
- La Déclaration d'Alger 2008 sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique ;
- La Feuille de route africaine sur la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique (CARMMA), (Addis-Ababa, 2009) ;
- *La Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011)*. Il s'agit d'un engagement non contraignant par lequel les Etats membres de l'OMS promettent d'améliorer les conditions de travail et de vie qui influent sur la santé et le bien-être des populations. Elle énonce les cinq engagements visant à réduire les inégalités ;
- *La Déclaration sur la couverture sanitaire universelle, Mexico-City (2012)*. L'objectif central étant d'assurer un accès équitable aux services et soins de santé y compris les médicaments qui sont acceptables, abordables, accessibles et de qualité ;

- *Le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020* qui vise l'extension des avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit leur lieu de naissance ;
- *L'Adhésion à l'International Health Partnership (IHP+) en 2011* qui montre l'engagement du Cameroun à fédérer les efforts de tous les partenaires du secteur santé autour d'une stratégie unique et à améliorer la gestion de son aide au développement ;
- *Ending Preventable Child and Maternal Deaths: A Promise Renewed (APR)*. Il s'agit d'un engagement pris en 2012 par 176 pays membres de l'Organisation des Nations Unies à tenir la promesse des OMD 4 et 5 et soutenir les progrès vers ces OMD au-delà de 2015, jusqu'à ce que l'on remédie aux cas de décès évitables de la mère et l'enfant ;
- *Les Objectifs du Développement Durable 2015 (ODD)* : l'objectif N° 3 est spécifiquement lié à la santé. Cet objectif cible en 2030 la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non-transmissibles, à travers un accès universel aux soins et services de santé. Les ODD mettent également l'accent sur la promotion de comportements sains et le développement de milieux de vie favorables à la santé. Le tableau 15 présente de manière détaillée l'arrimage entre la SSS 2016-2027 et les Objectifs du Développement Durable.

5.3 Vision du secteur

5.3.1 : Énoncé de la vision

Elle découle de la vision 2035 du Président de la République et est formulée de la manière suivante : « Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés ».

Cette vision est soutenue par des valeurs d'équité, de solidarité nationale, de responsabilité partagée et de justice sociale.

5.3.2 Principes directeurs

La vision est guidée et soutenue par des principes directeurs qui constituent des règles majeures devant encadrer ou inspirer les « choix de politique à priori »²³. Il s'agit de :

PD1. Équité dans l'accès géographique, financier et culturel aux services de santé :

Au Cameroun, les interventions sanitaires prendront à la fois en compte la dimension territoriale et la situation socioéconomique et culturelle des populations (Couverture Santé Universelle).

PD2. Soins et services de qualité : le respect des exigences de qualité par tous les acteurs :

Le secteur de la santé fournira des prestations de soins et services conformes aux normes et standards nationaux et internationaux.

PD3. Participation communautaire :

La responsabilisation effective des communautés sera favorisée, pour une meilleure implication dans la gestion de leurs problèmes de santé.

PD4. Gouvernance :

La redevabilité, la transparence, et le contrôle social seront renforcés, pour une meilleure participation et coordination des acteurs, ainsi que des interventions à tous les niveaux. L'obligation de rendre compte (redevabilité) de ses actions et le contrôle social permettront d'être plus efficace.

PD5. Gestion axée sur la performance (efficacité, efficience, pertinence, viabilité financière, excellence) :

La chaîne PPBS (planification programmation budgétisation suivi/évaluation) devra être optimisée pour atteindre les objectifs/cibles fixés, à partir des ressources disponibles.

PD6. Partenariat pour la santé :

Le partenariat pour la santé consiste à susciter, à organiser, et à assurer la cohérence des interventions de tous les partenaires (PTF, CTD, OSC, acteurs du secteur privé, etc.) autour d'un plan d'action budgétisé et consensuel.

PD7. Déconcentration et décentralisation:

La déconcentration vise à rapprocher les services et soins de santé des usagers et à renforcer le pilotage stratégique au niveau du district de santé dans la perspective de les rendre à même de gérer leurs problèmes de santé.

La décentralisation, inscrite dans la constitution de 1996 et la loi d'orientation de 2004, confère aux CTD des responsabilités en matière de développement social et plus particulièrement dans le secteur santé^{4,5}.

PD8. Participation et responsabilisation :

La santé étant une valeur commune, sa préservation, engage la participation et la responsabilisation aussi bien du citoyen, du prestataire de service que des pouvoirs publics avec l'appui de leurs partenaires.

PD9. Gestion optimale des informations sanitaires :

Il s'agit de mettre en place un système intégré de collecte des données, d'analyse, de stockage et de production d'informations factuelles pour une meilleure orientation dans la prise de décision en santé.

5.4 Choix stratégique du secteur de la santé

5.4.1 Critères de formulation du choix stratégique

Le choix stratégique du secteur s'est effectué sur la base des critères suivants :

- la contribution du choix à la réalisation des objectifs de la vision 2035/DSCE et des OMD/ODD ;
- la faisabilité technique de l'option (les capacités institutionnelles), ainsi que sa faisabilité financière (coût de la mise en œuvre) ;
- les réformes institutionnelles nécessaires qu'il faudra mettre en œuvre ;
- l'acceptabilité de l'option par les parties prenantes, de même que les possibilités d'alliances stratégiques ;
- la diversification et l'intégration des interventions de santé ;
- l'atteinte des cibles (accessibilité géographique) et la réduction des dépenses de santé des ménages (accessibilité financière) ;
- l'autonomie/pérennisation/soutenabilité de l'option ;
- la capacité de l'option à inverser les chiffres de morbi/mortalité et à prendre en compte la transition épidémiologique actuelle.

5.4.2 Énoncé du choix stratégique

Le choix stratégique retenu par l'ensemble des parties prenantes et validé par le comité de pilotage est le suivant :

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.

5.4.3 Description du choix stratégique

Le choix stratégique permettra d'atteindre les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé (ODD, DSCE) et une progression vers la couverture sanitaire universelle. Il a été choisi avec la pleine participation des différents acteurs du système de santé (bénéficiaires, prestataires et décideurs) et permettra de réduire la mortalité liée aux maladies transmissibles et non-transmissibles.

Ce choix se traduira par la mise en œuvre des paquets d'interventions suivants :

a. Services et soins de santé essentiels de base : les interventions majeures dans cette option seront 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). Il s'agit ici d'offrir des paquets de services et soins essentiels et complémentaires (PMA et PCA), pour lutter contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles, ou faire face aux événements de santé publique.

b. Services et soins de santé spécialisés prioritaires : il s'agira dans ce volet d'accroître l'offre de service pour la prise en charge des maladies chroniques prioritaires et des événements de santé publique nécessitant des soins ou des mesures spécialisés.

Il est attendu de cette option que les populations, en particulier les plus vulnérables, aient en cas de besoin un accès géographique, financier et culturel à des soins et services de santé essentiels et aux soins spécialisés prioritaires de qualité.

Chapitre 6.

CADRE LOGIQUE

6.1 Alignement stratégique

6.1.1 Arrimage à la stratégie nationale de développement (DSCE) et à la Vision 2035

Pour la période allant de 2016 à 2027, le secteur de la santé s'attellera essentiellement à contribuer aux objectifs de développement de la Vision Cameroun 2035 et de la stratégie nationale de développement (DSCE). Il s'agira essentiellement de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations. Le tableau 14 ci-dessous permet de résumer l'ancrage de la SSS au cadre stratégique national.

Tableau 14: Arrimage de la SSS à la stratégie nationale de développement (DSCE) et à la Vision 2035

Mission principale du secteur santé	Objectif global de la Stratégie	Impact de la stratégie	Indicateurs	Baseline	Cibles (2027)	Sources de vérification
Amélioration de l'état de santé des populations	Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable	Accélération de la transition démographique	Espérance de vie à la naissance	57,35 ¹⁹⁵ ans (en 2014)	62 ans en 2025 (Vision 2035)	BUCREP/INS
			Taux brut de mortalité	10,4 ²⁰⁷ pour 1000 habitants (en 2014)	9 pour 1000 habitants	
			Ratio de dépendance démographique	85,1% (en 2014)	70%	RGPH/INS
		Augmentation de la productivité	Années de vie en bonne santé	48 ans (en 2013)	51 ans	OMS BUCREP/INS
		Amélioration du niveau de vie des ménages	Part des ménages dans les dépenses totales de santé consacrées à la santé	70,6% (en 2012)	40%	CNS
			Incidence des dépenses catastrophiques en santé	10,1% (en 2013)	5%	ECAM

6.1.2 Arrimage aux Objectifs de Développement Durable (ODD)

Suite à l'arrivée à échéance des OMD, l'Assemblée Générale des Nations Unies a validé en Novembre 2015, de nouveaux objectifs qui guideront les agendas de développement des pays membres, pour la période 2016-2030. Les objectifs de la SSS 2016-2027 s'arriment aux ODD liés à la santé (ODD n°2, n°3, n°6 et n°13). Voir Tableau 15.

Tableau 15: Prise en compte des Objectifs de Développement Durable (ODD) dans la SSS (arrimage)

ODD LIEES À LA SANTE	OBJECTIFS SSS 2016-2027
ODD n°: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 tout au long de l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante.	D'ici 2027 amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles, notamment la planification familiale.
ODD n°2.2. D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées.	D'ici 2027, développer des actions de promotion dans au moins 80% des DS, afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés
ODD n°3.1 : d'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.	D'ici 2027, assurer une prise en charge globale et 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 au moins 80% des structures sanitaires
ODD n°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.	
ODD n°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.	D'ici 2027 réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)
ODD n°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.	D'ici 2027, réduire d'au moins 10% la prévalence des principales maladies non-transmissibles (diabète et HTA)
ODD n°3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives, notamment de stupéfiants et d'alcool.	D'ici 2027, développer des actions de promotion dans au moins 80% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés
ODD n°3.6 : d'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route.	
ODD n°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 la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux	D'ici 2027 amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale
ODD n°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.	D'ici 2027, réduire d'au moins 30% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable
ODD n°3.10 : Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non	D'ici 2027, 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
ODD n°3.11 : Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé	D'ici 2027, augmenter selon les besoins priorités la disponibilité des RHS dans au moins 80% des DS, des DRSP et des directions centrales
ODD n°3.12 : Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques nationaux et mondiaux et de gestion des risques sanitaires	D'ici 2027, assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des évènements de santé publique suivant les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 80% des districts de santé

ODD LIEES À LA SANTE	OBJECTIFS SSS 2016-2027
<p>ODD n°3.9 :d'ici à 2030, réduire nettement le 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</p>	<p>D'ici 2027, améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé</p>
<p>ODD n°: 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</p>	
<p>ODD n°: 6.3 D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution, en éliminant l'immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matières dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant considérablement à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l'eau.</p>	
<p>ODD n°: 13. Prendre des mesures urgentes pour combattre le changement climatique et ses effets</p>	

Tableau 16: Cadre logique de la SSS 2016-2027 (axes stratégiques)

OBJECTIF GLOBAL DE LA STRATEGIE : Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable INDICATEURS D'IMPACT : Espérance de vie à la naissance : 57,35 ²⁰⁷ ans en 2014 Taux brut de mortalité : 10,4 pour 1000 habitants en 2014 SOURCES DE VERIFICATION : EDS-MICS, rapports annuels OMS					
Axe stratégique	Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Baseline (2015)	Cibles (2027)	Sources de vérification
Promotion de la santé	Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé	% de ménages utilisant les toilettes améliorées	34,9% en 2014 (MICS 5)	75%	EDS, MICS, ECAM, études
		Prévalence de l'obésité en milieu urbain	23,5% en 2015 (Kingue et al.)	20%	STEPS
		Pourcentage d'entreprises ciblées qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail	ND	40%	EDS, MICS, ECAM, études
		Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	14,8% en 2014 (MICS 5)	11%	EDS, MICS, ECAM, études
Prévention de la maladie	Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention	Taux de prévalence de l'HTA en milieu urbain	29.7% en 2015 (Kingue et al.)	27%	STEPS
		% d'enfants de 0-5 ans dormant sous une MILDA	54,8% en 2014 (MICS5)	90%	EDS-MICS
		% des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un TARV	59,3% en 2015 (Rapport CNLS)	95%	Rapport CNLS
Prise en charge des cas	Réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté	Taux de mortalité péri opératoire dans les hôpitaux de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie	ND	-50% annuellement	Etudes/Enquêtes
		Ratio de mortalité maternelle	782 /100 000 naissances vivantes en 2011 (EDS-MICS)	350 / 100 000	EDS-MICS
		Taux de mortalité infantile	60 / 1 000 naissances vivantes en 2014 (MICS 5)	36/1 000	EDS-MICS
		Taux de mortalité néo-natale	28 /1000 naissances vivantes en 2014 (MICS5)	17 /1000	EDS-MICS
		Taux de mortalité infanto-juvénile	103 / 1 000 naissances vivantes en 2014 (MICS 5)	62 /1000	EDS-MICS
		Taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière	1,5% (enquête SONU 2015)	-40 % sur la période	Etudes/Enquêtes SONU
Renforcement du Système de santé	Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité	Indice Global de disponibilité des soins et services de santé	ND	50%	Enquête SARA/Etudes
Gouvernance et pilotage stratégique	Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux.	Taux de réalisation des objectifs de la SSS 2016-2027	0%	95%	Rapports COPIL

6.2 Objectifs spécifiques et stratégies de mise en œuvre

La formulation des objectifs dans la présente SSS s'est appuyée sur le diagnostic sectoriel.

6.2.1 Axe stratégique promotion de la santé

- *Rappel de la problématique de la composante* : Les interventions de promotion de la santé sont insuffisamment mises en œuvre au Cameroun à cause de la faible prise en compte des déterminants sociaux, dans la résolution des problèmes de santé. En effet, l'impact des déterminants de la santé n'a pas été analysé avec la même rigueur que celui de la prévention et de la prise en charge des maladies dites prioritaires. Dans un pays à faible revenu comme le Cameroun, la mortalité prématurée reste élevée du fait entre autres des plateaux techniques insuffisants ou insuffisants dans les FOSA. En effet, l'espérance de vie à la naissance n'est que de 57,30 ans¹⁹⁶. D'où l'intérêt d'anticiper et de développer les interventions de promotion de la santé qui sont nécessaires à la réduction des risques de survenue des maladies. À l'analyse, on constate que le cadre de vie des populations est peu favorable à la santé, et le système de santé a du mal à faire acquérir aux populations les aptitudes et comportements sains favorables à leur santé. En outre, les populations participent peu à la résolution de leurs problèmes de santé. En effet, le budget de la promotion de la santé qui ne représentait que 0,3% du budget du CDMT 2007-2009 et 1% de la programmation budgétaire dans le PNDS 2011-2015^{197,198} s'est avéré insuffisant au regard des besoins en promotion de la santé identifiés.

Objectif stratégique : «Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé».

Objectifs spécifiques : il s'agira d'ici 2027 de:

- renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des DS;
- améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé;
- développer des actions de promotion dans au moins 80% des DS, afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés;
- amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles, notamment la planification familiale.

6.2.1.1 Objectif spécifique N° 1.1 : « D'ici 2027, renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des DS»

Pour atteindre l'objectif susmentionné, il faudra renforcer les capacités des administrations du secteur de la santé, des acteurs communautaires (CTD, structures de dialogue, ONG/OSC/OBC) et des populations d'une part; puis améliorer la coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé d'autre part. Par ailleurs, les curricula de formation devront être actualisés et harmonisés pour une meilleure prise en compte de l'approche socio-environnementale dans les programmes d'enseignements. Cela permettra de recentrer l'offre de services de promotion de la santé sur les besoins de l'individu dans sa globalité.

Stratégie de mise en œuvre 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.

La faible prise en compte de la promotion de la santé dans les politiques publiques et la faible participation communautaire dans les actions de santé sont dues entre autres à l'insuffisance des capacités institutionnelles des administrations publiques et à la faible coordination intersectorielle des intervenants du secteur. Pour une mise en œuvre efficace des actions de promotion de la santé, il sera donc question de renforcer la disponibilité des intrants mais surtout les capacités des parties prenantes, en particulier celles des acteurs institutionnels, pour qu'ils soient capables d'intégrer significativement, dans tous les documents stratégiques, les aspects liés à la promotion de la santé. Il s'agira aussi d'élaborer des programmes intégrés intersectoriels de promotion de la santé, à tous les niveaux, pour agir efficacement sur les déterminants de la santé.

Il sera aussi nécessaire de renforcer l'offre de formation initiale et continue en santé communautaire, à tous les niveaux du système pour disposer d'un pool de formateurs significatif. Enfin, la poursuite d'un plaidoyer permanent à l'effet d'absorber les ressources humaines formées en santé communautaire constitue également un préalable important pour une mise en œuvre efficace des actions de promotion de la santé.

Stratégie de mise en œuvre 1.1.2 : Transfert des compétences aux acteurs communautaires pour une appropriation des interventions de santé.

Le secteur de la santé en général et le MINSANTE en particulier, souffrent d'un déficit quantitatif et qualitatif de ressources humaines formées en santé communautaire. De ce fait, l'implication de la communauté dans la planification et la résolution des problèmes de santé se retrouve limitée. Les interventions retenues dans le cadre de cette stratégie seront axées sur : (i) le renforcement de l'offre de formation initiale en santé communautaire (Aides-soignants option santé communautaire, Agents de santé communautaire, médecins spécialisés en santé communautaire...); (ii) l'absorption de ce personnel dans le système de santé.

Il s'agira également : (i) d'apporter une assistance technique aux communautés pour leur organisation en capitalisant sur les acquis du passé tels que les comités de santé ; (ii) d'élaborer et mettre en œuvre un cadre réglementaire pour les activités des agents de santé communautaire ; (iii) d'organiser des formations pour les leaders communautaires sur leurs rôles civiques dans toute activité de développement.

Le renforcement de l'action communautaire permettra de stimuler l'auto-assistance et le soutien social au sein de la communauté. Le Guide National des Interventions Sous Directives Communautaires du pays sera le document de référence pour la mise en œuvre des activités au niveau communautaire. Les domaines d'interventions des acteurs communautaires seront clairement définis en fonction des besoins identifiés dans le district (mobilisation sociale, recherche des perdus de vue dans le cadre de la lutte contre la TB et le VIH, distribution du Mectizan, auto monitoring etc.). La cartographie des ONG et des OSC sera effectuée en fonction de leur type d'expertise et de leurs capacités. Ces ONG et OSC interviendront, au niveau opérationnel, dans les prestations des services ou joueront le rôle d'interface entre les services de santé et la communauté. Des réunions de concertation intersectorielle sous la présidence des autorités administratives seront formellement organisées et constitueront des opportunités pour faciliter le transfert des compétences.

Stratégie de mise en œuvre 1.1.3 : Renforcement du cadre juridique pour une meilleure participation communautaire.

Bien que des efforts aient été déployés pour doter les structures de dialogue et de participation communautaire (Fonds Régionaux de Promotion de la Santé, COSA, COSADI, etc.) d'un statut juridique clair, la participation communautaire reste faible et le fonctionnement de ces structures de dialogue n'est pas optimal ; il en résulte d'énormes disparités dans leur rendement. Pourtant, il existe un cadre de référence technique qui garantit la régulation du fonctionnement desdites structures. Le Guide National des Interventions Sous Directives Communautaires, élaboré et validé en 2009, qui ambitionnait de servir de cadre de référence pour les structures de dialogue, est peu connu de la majorité des acteurs. Par ailleurs ; les instruments juridiques (législatifs et réglementaires) régissant la participation communautaire sont insuffisants dans le secteur. A ce niveau, la stratégie consistera à renforcer le cadre juridique en actualisant les textes existant en la matière, et à combler les vides juridiques qui entravent l'implication effective de la communauté dans les interventions de santé. Notamment en prenant en compte les aspects liés à la motivation des ASC. Toutes ces actions constituent des préalables à l'implication effective des acteurs communautaires dans la résolution de leurs problèmes de santé (Participation communautaire).

Stratégie de mise en œuvre 1.1.4 : Mise à disposition de l'expertise technique et transfert des compétences aux CTD et aux organisations à base communautaire, (Structures de dialogue, Organisations de la Société Civile, Organisations Non Gouvernementales) dans le domaine de la promotion de la santé.

La décentralisation est une option stratégique qui offre l'opportunité de mener des politiques publiques de proximité. Elle balise aussi la voie à la mise en œuvre des interventions à haut impact socio-sanitaire à travers les maires, les différents autres élus et la société civile. Cependant, le niveau d'imprégnation des élus locaux et les capacités des acteurs des CTD sont souvent limités, d'où leur faible implication dans la résolution des problèmes de santé.

Il s'agira donc : (i) d'élaborer et mettre en œuvre des plans de renforcement des capacités en santé communautaire des responsables des CTD, des OSC et des structures de dialogue; (ii) contractualiser avec les OSC pour qu'elles assurent l'accompagnement technique des structures de dialogue.

Stratégie de mise en œuvre 1.1.5 : Amélioration de la coordination multisectorielle dans la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé.

Les services de santé ont pour vocation d'accompagner les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres administrations à caractère social, politique, économique, environnemental, etc. Ainsi, pour améliorer la coordination multisectorielle, les actions suivantes seront entreprises :

- (i) la mise en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des plateformes multisectorielles de coordination de la mise en œuvre des interventions de santé (y compris les interventions de promotion). Ces plateformes auront entre autres pour mission d'assurer le suivi des progrès réalisés dans l'amélioration des indicateurs de promotion de la santé;
- (ii) l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi participatif d'un plan stratégique intégré de promotion de la santé qui sera le cadre de référence consensuel de toutes les parties prenantes pour obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la promotion de la santé. Pour réduire l'incidence et la prévalence des maladies non transmissibles, des actions concertées et ciblées de sensibilisation sur les déterminants de santé dans les zones urbaines de préférence seront planifiées et réalisées dans une approche multisectorielle. Il en sera de même pour la lutte contre les facteurs de risques modifiables des maladies non transmissibles (tabagisme, alimentation malsaine, faibles pratiques de l'exercice physique).

Stratégie de mise en œuvre 1.1.6: Actualisation des curricula de formation pour une meilleure prise en compte de l'approche socio environnementale dans les programmes d'enseignements.

Il existe très peu de personnel formé dans le domaine de la promotion de la santé. Par conséquent, la prise en compte de l'approche socio environnementale est insuffisante. Afin de résoudre ce problème en amont, on procédera à l'actualisation des curricula de formation initiale et continue des RHS des administrations concernées pour y inclure l'approche socio- environnementale et la communication en faveur de la santé humaine et animale.

Stratégie de mise en œuvre 1.1.7 : Amélioration de l'offre de services de promotion de la santé répondant aux besoins de l'individu dans sa globalité.

Le but visé est de favoriser l'adéquation entre l'offre de services institutionnels et communautaires et les besoins des populations. Une meilleure connaissance de l'individu, de son environnement, de ses représentations dans le domaine de la santé, de ses besoins perçus et non-perçus est un préalable à la mise en œuvre des stratégies visant à le satisfaire. De manière précise, il sera question ici d'amener toutes les structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide à organiser des ateliers de planification participative, et à ne retenir dans leur PTA que des paquets de soins intégrés, ayant un lien direct et un impact sur la situation socio-sanitaire de leurs cibles. Les prestations fournies seront centrées sur les individus.

Il sera également question de mener des études qui permettront d'identifier les besoins réels des populations et de les regrouper en segments homogènes afin que des paquets d'offres de services adaptés à leurs besoins leur soient délivrés.

6.2.1.2 Objectif spécifique N° 1.2 : « D'ici 2027, améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé »

La finalité dans cette sous composante est de permettre aux populations d'obtenir un environnement de vie sûr et favorable à leur santé. Pour ce faire, quatre stratégies ont été retenues:

Stratégie de mise en œuvre 1.2.1 : Amélioration de l'hygiène du milieu (Eau, hygiène, et assainissement, etc.).

L'amélioration de l'hygiène du milieu vise la réduction des risques des maladies dues à l'insalubrité du cadre de vie. Ainsi, cette stratégie reposera sur les six piliers suivants : (i) l'amélioration de la gestion des déchets collectifs liquides, solides et gazeux (ménagers, industriels et hospitaliers) pour réduire l'incidence des maladies vectorielles ; (ii) l'éducation des populations sur l'hygiène et l'assainissement du milieu ; (iii) le renforcement des ressources humaines qualifiées en génie sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (iv) l'amélioration de la disponibilité des commodités (points d'eau,

toilettes) en milieux scolaire, carcéral, professionnel, dans les lieux publics et dans les ménages ; (v) le plaidoyer pour l'augmentation des ressources financières allouées à la santé environnementale ; (vi) l'assainissement des lieux de vente et de consommation des aliments ; et (vii) la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles en milieu professionnel.

Stratégie de mise en œuvre 1.2.2 : Promotion de l'urbanisation structurée des villes et aménagement des bidonvilles.

La proportion des ménages vivant dans les bidonvilles ou quartiers spontanés et exposés aux facteurs de risques de maladies est importante en milieu urbain. Par conséquent, les interventions de cette stratégie comprendront : (i) le plaidoyer auprès des structures en charge de la gestion des villes, pour l'amélioration de la mise en œuvre des plans d'urbanisme élaborés ; (ii) la sensibilisation des communautés vivant dans les zones écologiquement fragiles, sur les risques sanitaires qu'ils encourent.

Stratégie de mise en œuvre 1.2.3 : Renforcement des actions de prévention contre la pollution des sols, de l'eau et de l'air.

La pollution des sols, de l'eau et de l'air est un problème de plus en plus préoccupant. Pour y remédier, les interventions de cette stratégie seront orientées prioritairement vers : (i) la gestion des risques sanitaires en rapport avec le développement des activités agro pastorales et industrielles ; (ii) la sensibilisation des acteurs sur les risques morbides de certaines initiatives de développement et (iii) l'amélioration de la gestion des déchets collectifs liquides et solides (ménagères, industriels et hospitaliers). *

Stratégie de mise en œuvre 1.2.4 : Développement des bonnes pratiques de résilience et de gestion des risques et catastrophes liés au changement climatique.

Les effets nocifs du changement climatique se font de plus en plus ressentir au Cameroun. Afin de limiter leurs répercussions sur la santé des populations, cette stratégie sera implémentée à travers : (i) le plaidoyer pour : la réduction des effets de la déforestation sur la santé, la promotion du reboisement ; la promotion de l'utilisation des foyers améliorés ; l'instauration d'une taxe « santé » sur l'importation et l'utilisation des engins à forte émission de CO₂ et la vulgarisation des sources alternatives d'énergie non polluantes ; (ii) le renforcement de la sensibilisation sur les méfaits des changements climatiques sur l'environnement et la santé.

6.2.1.3 Objectif spécifique No 1.3 : « D'ici 2027, développer des actions de promotion dans au moins 80% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés ».

La majorité des facteurs de risque des principales maladies transmissibles, et non transmissibles sont évitables à travers l'adoption des comportements et attitudes favorables à la santé. Parmi ces facteurs, on distingue l'hypertension artérielle, la pollution de l'air intérieur, la consommation abusive d'alcool, le tabagisme, le diabète, la malnutrition (sous-nutrition et surnutrition notamment l'obésité), l'insuffisance de l'allaitement maternel, le déficit en micronutriments notamment le fer, les risques professionnels, la pollution de l'air extérieur, le manque d'activité physique, etc.

Stratégie de mise en œuvre 1.3.1 : Promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles.

Le choix de cette stratégie a pour finalité, la réduction de l'exposition des populations aux maladies dues à la mauvaise alimentation. Dans cette perspective, les interventions qui seront prioritairement mises en œuvre sont : (i) développer un plaidoyer pour l'augmentation des ressources financières et humaines allouées à la promotion d'une alimentation saine et équilibrée ; (ii) améliorer la sécurité sanitaire des aliments mis sur le marché et ceux consommés par les populations ; (iii) concevoir et mettre en œuvre les programmes d'éducation nutritionnelle adaptés à notre contexte socio culturel et économique, et combattre les mauvaises pratiques alimentaires dans chaque région ; (iv) améliorer l'accessibilité des populations à un régime alimentaire équilibré ; et (v) améliorer l'étiquetage alimentaire enfin, (vi) Mettre en place des programmes spécifiques de lutte contre l'obésité et pour la pratique régulière de l'activité physique dans les établissements scolaires ; (vii) renforcer les actions de dépistage du diabète et de l'HTA en milieu hospitalier et dans la communauté

Stratégie de mise en œuvre 1.3.2 : Lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool et la consommation des substances illicite (facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles)

Le tabagisme, l'abus d'alcool, et la consommation des substances illicites constituent des problèmes de santé publique au Cameroun. Pour garantir l'efficacité et l'appropriation de la lutte contre ces fléaux, il sera important de renforcer : (i) le contrôle de la consommation du tabac, des drogues et autres substances illicites ; (ii) les capacités des jeunes et améliorer leur accès à l'information sur les méfaits du tabagisme ; (iii) le plaidoyer en faveur d'une réglementation restrictive sur la commercialisation et la consommation des boissons alcoolisées ; (iv) la sensibilisation contre l'abus d'alcool, le tabagisme et la consommation des substances illicites surtout chez les jeunes ; (v) la lutte contre les médicaments de la rue ou contrefaits ; (vi) la coordination des acteurs impliqués dans la lutte contre l'abus d'alcool, le tabagisme et la consommation des substances

illicites ; (vii) la promotion de la mise en place des centres de désintoxication et de réinsertion sociale pour les alcooliques et les toxicomanes dans les grandes métropoles, et des appuis techniques et financiers seront octroyés dans les DS, aux associations ou collectivités, pour la lutte contre les facteurs de risque des MNT ;

Stratégie de mise en œuvre 1.3.3 : Renforcement de la sécurité routière

Malgré les avancées récentes en matière de sécurité routière, les accidents de la voie publique contribuent significativement à la morbidité et à la mortalité des populations. Afin de contrôler les causes de ces accidents et d'en réduire la létalité, la stratégie consistera à: (i) renforcer la sensibilisation sur la sécurité routière ;(ii) renforcer les capacités des transporteurs et des riverains des principaux axes accidentogènes (axe routier Bafoussam-Douala-Yaoundé), aux gestes de premiers secours ;(iii) mener le plaidoyer pour le renforcement de la répression aux infractions routières et pour l'amélioration du réseau routier.

Stratégie de mise en œuvre 1.3.4 : Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives

La pratique régulière de l'activité physique et sportive 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, cette stratégie sera préférentiellement orientée vers le plaidoyer politique. Ce plaidoyer visera à obtenir des décisions 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, scolaire et professionnel.

Stratégie de mise en œuvre 1.3.5 : Renforcement de la communication intégrée pour le développement(C4D) et marketing social

Le but de cette stratégie est de permettre aux populations d'acquérir des attitudes et aptitudes les motivant, et facilitant leur accès à l'utilisation des informations sanitaires. La communication pour le changement de comportement sera faite de manière intégrée pour plus d'efficacité et d'efficience.

Elle couvrira les champs de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, de la prise en charge des cas et de la gouvernance. Il s'agira également d'assurer la promotion des services offerts dans le secteur de la santé, afin de stimuler la demande.

Cette stratégie sera préférentiellement orientée vers la sensibilisation des populations sur les us et coutumes néfastes à la santé, et le renforcement de l'éducation pour la santé.

La stratégie visera aussi : (i) la mise en œuvre d'un plan stratégique intégré de communication pour le développement ; (ii) le plaidoyer pour l'augmentation des

ressources allouées aux activités d'éducation pour la santé ;(iii)le renforcement des aspects de communication en faveur de la santé dans les curricula de formation; (iv) le marketing social en faveur d'une meilleure utilisation des services préventifs et promotionnels de santé ; (v) l'amélioration de l'utilisation des media de masse (audio-visuel, presse écrite et réseaux sociaux)à travers le renforcement de leur régulation pour une diffusion des messages de santé conformes à l'éthique; (vi)l'amélioration de la programmation et de la qualité des messages relatifs à la santé qui sont diffusés dans les médias.

6.2.1.4 Objectif spécifique No 1.4 : « D'ici2027, amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale »

Les interventions de cette stratégie comprendront : la promotion des pratiques familiales essentielles notamment la PF, l'alimentation équilibrée ; l'hygiène du milieu, l'hygiène individuelle et corporelle, etc. Les efforts seront poursuivis dans le but de réduire, de manière significative, les besoins non couverts pour les méthodes contraceptives modernes de longue durée. Les stratégies suivantes seront déployées à cet effet :

Stratégie de mise en œuvre 1.4.1 : Amélioration des politiques publiques en faveur de la PF

L'amélioration des politiques publiques en matière de PF sera effectuée à travers : (i) l'actualisation des documents de politiques et de normes dans le domaine de la PF ; (ii)le renforcement du cadre juridique et règlementaire relatif à la SR et à la PF ; (iii) le renforcement du plaidoyer auprès des décideurs, des élus locaux et nationaux et des autres acteurs majeurs pour une meilleure prise en compte de la PF comme stratégie nationale de développement; (iv) la mobilisation accrue de ressources pour le repositionnement de la PF ; (v)la prise en compte des services de PF dans le panier de soins de la Couverture Santé Universelle.

Stratégie de mise en œuvre 1.4.2 : Amélioration de la demande des services de PF

L'amélioration de la demande des services de PF sera réalisée à travers le développement des interventions suivantes : (i) la communication interpersonnelle et de masse en faveur de la PF pour sensibiliser les cibles sur la disponibilité de l'offre des services de PF au niveau opérationnel ; (ii) le renforcement de l'implication des hommes comme partenaires de la promotion de la PF surtout dans les cultures où les femmes ont un faible pouvoir décisionnel sur leur santé de reproduction.

Stratégie de mise en œuvre 1.4.3 : Amélioration de l'offre et de l'utilisation de services de PF

L'amélioration de la disponibilité des services de PF se fera à travers : (i) l'extension de l'offre des services intégrés de PF ; (ii) l'amélioration de la disponibilité des intrants par une meilleure gestion du système d'approvisionnement et la mise en place d'un fonds de soutien pour la PF; (iii) le renforcement des capacités des ressources humaines en PF pour parer au déficit important des personnels formés (iv) le développement des services de PF adaptés aux jeunes et aux adolescents. C'est d'ailleurs à cet effet que des inventaires seront réalisés pour une bonne cartographie des besoins en intrants et en ressources humaines de qualité.

En ce qui concerne l'amélioration de l'utilisation des produits contraceptifs, elle se fera par le biais de : (i) la sensibilisation des ayants droit ;(ii) la levée des barrières financières (subvention voire gratuité pour les cibles vulnérables) et socioculturelles (croyances religieuses, désinformation) ;(iii) l'amélioration de la qualité d'accueil pour accroître la fréquentation des services de PF, particulièrement dans les grandes villes.

Stratégie de mise en œuvre 1.4.4 : Renforcement du suivi et de la coordination des interventions de SR/PF

Le renforcement du suivi et de la coordination des interventions de SR /PF sera intégré dans les activités de coordination générale et/ou thématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il se fera à travers : (i) l'amélioration des mécanismes de collecte et de gestion des informations relatives à la PF; (ii) l'augmentation des ressources pour l'exécution des activités de supervision et de coordination.

Stratégie de mise en œuvre 1.4.5 : Renforcement des autres pratiques familiales essentielles favorables à la santé.

Il sera question dans cette stratégie de faire la promotion des autres pratiques familiales essentielles, notamment : l'alimentation équilibrée, l'hygiène du milieu, l'hygiène individuelle et corporelle, etc.

L'accent sera mis sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le traitement communautaire de la diarrhée de l'enfant par la réhydratation orale (SRO et Zinc), la promotion de l'utilisation des MILDA. Dans le même sens, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie et la mise au sein immédiate sont des pratiques à encourager afin de réduire significativement les risques de diarrhées chez le nourrisson. En outre, il s'agira de promouvoir l'administration des compléments alimentaires aux enfants après le sixième mois de vie.

Tableau 17: Cadre logique de la Promotion de la Santé

Objectif global de la SSS 2016-2027	Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable							
	Problème central de la composante							
Objectif stratégique	Faibles capacités des populations à résoudre leurs problèmes de santé et à adopter des comportements favorables à la santé							
Indicateurs traceurs	Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé							
	<ul style="list-style-type: none"> - % de ménages utilisant les toilettes améliorées - Prévalence de l'obésité en milieu urbain - Pourcentage d'entreprises ciblées qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail au travail - Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans 							
Objectifs spécifiques	Indicateurs traceurs	Valeur Actuelle	source	Cibles			Source de Vérification	
				2018	2020	2024		2027
D'ici 2027, renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des DS	Proportion des COSADI fonctionnels	65%	(FDR 2015 et CDMT 2013-2015)	80%	90%	95%	95%	Enquêtes
D'ici 2027, améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé	% des ménages ayant accès à l'eau potable	72,9%	(MICS 5)	75%	78%	80%	85%	EDS, MICS, ECAM, études
	% de ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner	80,4%	(MICS 5)	78 %	75%	73 %	70 %	
D'ici 2027, développer des actions de promotion dans au moins 80% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés	Prévalence des grossesses chez les adolescentes	25,2%	(MICS5)	22%	19%	17%	14%	EDS, MICS, ECAM
	Prévalence du tabagisme chez les jeunes de 15 ans et plus	6%	(GATS 2013)	5,5%	5%	3%	2%	GATS
D'ici 2027 amener 75% de familles à adopter des pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale	Taux de prévalence contraceptive moderne	21%	(MICS5)	25%	30%	32,50%	35%	EDS/MICS
	Proportion des besoins non satisfaits en PF	18%	MICS 5	16%	14%	13%	10%	MICS5

6.2.2 Axe stratégique prévention de la maladie

Rappel de la problématique de la composante : De manière générale, les interventions de prévention de la maladie ont été peu financées au cours des dernières années, et la plupart d'entre elles sont menées par les programmes verticaux de lutte contre les principales maladies endémiques et épidémiques. Ces programmes connaissent un déficit de coordination intégrée aux niveaux stratégique et intermédiaire. Par ailleurs, ils ciblent davantage les maladies infectieuses, alors que le pays connaît un début de transition épidémiologique due principalement à la modification du style de vie des populations (sédentarité, stress, mauvaise alimentation, alcoolisme, tabagisme, consommation excessive de sel, etc.), responsable de l'émergence des maladies non transmissibles. Les maladies à potentiel épidémique continuent d'être une réelle menace, et ce malgré les efforts fournis dans le domaine de la vaccination. Leur surveillance est fragilisée par la faible implication de la communauté et des hôpitaux dans la détection et la notification des cas. Enfin, le système fait preuve d'une faible réactivité lors de la survenue des dites épidémies.

Objectif stratégique: « Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention ».

Objectifs spécifiques : il s'agira d'ici 2027 de:

- réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et d'éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA);
- réduire dans au moins 90% des districts, les risques de survenue des événements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique, y compris les zoonoses ;
- accroître d'au moins 80% la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né, et enfant dans au moins 80% des DS ;
- réduire d'au moins 10% la prévalence des principales maladies non-transmissibles.

6.2.2.1 Objectif spécifique N 2. 1 : «d'ici 2027 réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)»

Les Maladies Transmissibles représentent encore une cause importante de souffrance, de morbidité et de mortalité dans le pays. A ce jour, d'importants efforts ont été déployés pour prévenir, contrôler, traiter et éliminer certaines.

La réduction de l'incidence des maladies transmissibles et de leur prévalence est donc le préalable pour alléger le poids et les souffrances causées par ces maladies évitables sur le système de santé. Il sera donc question de consolider les acquis obtenus

dans le domaine de la prévention, d'intensifier la mise en œuvre d'interventions clefs pour un net recul des principales maladies transmissibles.

Stratégie de mise en œuvre 2.1.1 : renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles.

Le renforcement de l'intégration et de la coordination des interventions de prévention permettra d'améliorer l'efficacité des interventions de prévention en évitant les doublons. De manière opérationnelle, il s'agira d'impliquer toutes les parties prenantes (MINSANTE, bénéficiaires des interventions de santé, Ministères partenaires, CTD, OSC, ONG etc.) dans l'élaboration et la mise en œuvre des documents de politiques et des plans pluriannuels consolidés de prévention. Il sera également question de définir les rôles dévolus à chaque acteur, et veiller à ce que leurs cahiers de charges soient rigoureusement respectés (rôle du comité de pilotage et de suivi évaluation de la SSS).

Stratégie de mise en œuvre 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.

Les actions de prévention du VIH/SIDA et des hépatites seront menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et contribueront à réduire l'incidence des maladies précédemment citées. Deux stratégies seront privilégiées : la stratégie fixe à travers l'approche «conseil et dépistage initiés par le prestataire (CDIP)» dans les hôpitaux, et la stratégie mobile (caravanes et unités mobiles) dans les aires de santé.

Dans cette stratégie, il sera principalement question de : (i) renforcer la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), en ciblant surtout les populations à risque de VIH (travailleurs du sexe, MSM, camionneurs, forestiers, etc.) et de tuberculose ; (ii) renforcer la sécurité transfusionnelle pour éviter les accidents d'exposition au sang ; (iii) renforcer le plaidoyer pour la réduction des coûts des tests de dépistage et du traitement des hépatites virales B, C et D. (iv) renforcer la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA.

De plus, les différents canaux de communication (radio, télévision, presse, etc.) de l'espace médiatique seront davantage mis à contribution pour véhiculer les messages de prévention.

Il faudra également (i) sensibiliser la population sur les complications morbides d'une infection par le virus de l'hépatite virale B (cancer du foie) et sur l'importance de la vaccination contre cette maladie ; (ii) acquérir le matériel de sensibilisation et des microscopes pour les Centres de Diagnostic de la Tuberculose (CDTs) ; et (iii) prendre en charge les contacts afin de limiter la propagation de la maladie.

La PTME sera intégrée dans toutes les Consultations Prénatales (CPN), afin de réduire l'incidence du VIH et des hépatites virales chez les nouveau-nés.

Stratégie de mise en œuvre 2.1.3 : renforcement de la prévention du paludisme

- La collaboration intersectorielle et le partenariat public –privé, y compris avec les communautés seront mis à contribution pour améliorer la prévention du paludisme. Il s’agira surtout de renforcer :
- le plaidoyer et la communication pour la lutte contre le paludisme ;
- la lutte anti-vectorielle par l’utilisation des MILDA et les pulvérisations intra-domiciliaires d’insecticides notamment dans les régions du Nord et de l’Extrême-Nord où la transmission du plasmodium est particulièrement élevée pendant la saison des pluies ;
- la participation communautaire dans les activités de prévention du paludisme avec l’administration du TPI chez les femmes enceintes pendant les CPN ;
- la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones à risque d’épidémie ;
- En outre, un accent sera mis sur :
- la promotion de la construction d’une usine nationale de fabrication des MILDA ;
- la promotion de l’intégration des supports pour MILDA sur les lits importés ou fabriqués localement ;
- l’amélioration de l’assainissement du milieu de vie.

Stratégie de mise en œuvre 2.1.4: renforcement de la prévention des MTN et des autres maladies transmissibles

Les principales MTN au Cameroun sont : l’onchocercose, la filariose lymphatique, la schistosomiase, les vers intestinaux et le trachome. Les interventions de prévention de ces MTN ont pour finalité d’informer le public sur leurs facteurs de risque.

De manière spécifique, il s’agira de :

- renforcer les activités de C4D et la lutte anti vectorielle pour la prévention de l’onchocercose, de la filariose lymphatique, de la schistosomiase, des vers intestinaux et du trachome ;
- renforcer les capacités du personnel de santé, des enseignants et des distributeurs communautaires pour une meilleure appropriation de la lutte contre les MTN ;
- assurer la surveillance communautaire du pian, de la leishmaniose, de la lèpre et de l’ulcère de Buruli.

6.2.2.2 Objectif spécifique N° 2.2 : « D'ici 2027, réduire dans au moins 90% des districts de santé, les risques de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique, y compris les zoonoses »

Stratégie de mise en œuvre 2.2.1 : renforcement du système de surveillance épidémiologique

La survenue des épidémies et/ou des catastrophes constitue toujours un problème de santé publique. Pour y faire face, il sera nécessaire de : (i) réaliser une analyse permanente des facteurs qui déterminent la survenue et la distribution des maladies ou autres évènements de santé publique (surveillance); (ii) se préparer en conséquence pour apporter une réponse précoce et opportune basée sur des informations de qualité.

Globalement, Il s'agira ici de développer et de mettre en œuvre une stratégie nationale de surveillance épidémiologique. Celle-ci comportera entre autres : (i) la détection précoce des cas et la riposte en cas d'épidémie ; (ii) le renforcement des actions de vigilance sanitaire et la collaboration intersectorielle; (iii) le renforcement de l'implication des hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie dans le dispositif de surveillance et de riposte ; (iv) la mise en place et le suivi des activités des Postes de Santé aux Frontières et Centre de Vaccination International ; (v) la mise en place d'un laboratoire de haut niveau de sécurité biologique (NSB4) et le développement d'un réseau de laboratoires pour une meilleure surveillance des maladies à potentiel épidémique ; (vi) la mobilisation des ressources pour la préparation de la riposte aux épidémies et évènements de santé publique, (vii) la mise en place d'un cadre juridique pour le développement d'un système de surveillance à base communautaire.

Stratégie de mise en œuvre 2.2.2 : amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination

La prévention de la survenue des maladies les plus meurtrières de la première enfance est une stratégie importante pour la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Dans cette stratégie, il sera question de : (i) renforcer la disponibilité de l'offre en vaccins de qualité et la logistique nécessaire pour effectuer les vaccinations ; (ii) développer et promouvoir les initiatives de lutte accélérée contre les maladies évitables par la vaccination ; (iii) renforcer la participation communautaire dans la communication et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination ; (iv) renforcer les activités de vaccination supplémentaires (AVS), prioriser les stratégies avancées comme mode opératoire de la vaccination dans les zones difficiles d'accès.

Stratégie de mise en œuvre 2.2.3 : amélioration de la prévention des autres MAPE non prises en compte par le PEV

Pour ce qui est des maladies à potentiel épidémique (MAPE) non prises en compte par le PEV y compris les zoonoses, il sera question:(i) de renforcer la communication pour le changement de comportement;(ii) de renforcer les capacités des acteurs pour la prévention des MAPE non prises en compte par le PEV ; et(iii)d'intégrer les actions de prévention à mener selon l'approche «One Health».

Stratégie de mise en œuvre 2.2.4 : renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux évènements majeurs de santé publique

La phase de préparation à une riposte est un pré requis important pour répondre efficacement aux épidémies et aux crises humanitaires. Cette stratégie va consister à élaborer et à mettre en œuvre un plan de préparation et de riposte aux principaux évènements de santé publique. Les phases de préparation devront impérativement inclure des interventions visant une meilleure implication des populations, dans le but d'accroître leur résilience.

Il sera aussi opportun de :(i) développer des plans opérationnels de riposte face aux épidémies dans les districts de santé; (ii) renforcer les capacités des équipes d'intervention rapide pour la riposte particulièrement dans les postes de santé aux frontières afin d'éviter la régionalisation de l'épidémie; (iii) renforcer les capacités techniques et logistiques des Centre Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Épidémies (CERPLE) ; (iv) réaliser les cartographies des zones à risque d'épidémie et autres évènements sanitaires majeurs. (v) renforcer la coordination intersectorielle et la formation en épidémiologie d'intervention pour les acteurs du niveau régional et opérationnel ; (vi) mettre en place des mesures de surveillance et de riposte contre les maladies émergentes et ré-émergentes les plus fréquentes ; (vii) développer des stratégies pour impliquer davantage le sous-secteur privé dans la notification des MAPE ; (viii) développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de veille sanitaire et stratégique.

6.2.2.3 Objectif spécifique N° 2.3 : « D'ici 2027, accroître d'au moins 80%la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfant dans au moins 80% de DS »

Pour les stratégies visant à améliorer la couverture des interventions SRMNEA, se référer à la composante prise en charge des cas.

6.2.2.4 Objectif spécifique N° 2.4 : « D'ici 2027, réduire d'au moins 10% la prévalence des principales maladies non-transmissibles»

La réduction de la prévalence des Maladies Non Transmissibles passera par l'extension des actions de prévention. Celles-ci cibleront toutes les couches de la

population, notamment les plus vulnérables des zones rurales et urbaines. Pour y parvenir six stratégies intégrées seront déployées:

Stratégie de mise en œuvre 2.4.1 : renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des MNT

La coordination des interventions de prévention des MNT est un préalable majeur pour améliorer les performances des acteurs dans le secteur de la santé. A cet effet, l'approche participative dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre d'un plan stratégique national intégré de prévention des MNT visant principalement la lutte contre l'HTA et le Diabète sera privilégiée.

Stratégie de mise en œuvre 2.4.2 : promotion de la recherche pour réduire l'incidence des MNT

Il sera question de sensibiliser les institutions de recherche sur la nécessité de réaliser la cartographie des MNT, d'axer leurs travaux sur la recherche épidémiologique et comportementale (en particulier les modes de vie) et sur les déterminants des MNT les plus fréquentes.

Stratégie de mise en œuvre 2.4.3 : sensibilisation de la population sur la problématique des maladies non transmissibles et incitation à leur prévention

La prévention des maladies non transmissibles nécessite la mise en œuvre de plusieurs initiatives publiques et privées, parmi lesquelles les actions de sensibilisation des communautés dans les aires de santé. Celles-ci viseront à faire prendre conscience du problème de la forte propension des MNT, puis à inciter les populations à changer de comportement. Au cours de ces campagnes de sensibilisation, des dépistages seront proposés aux groupes présentant des facteurs de risque des MNT. En outre, le plaidoyer pour une mobilisation accrue des ressources financières et la négociation des partenariats avec le secteur privé en faveur de la lutte contre les MNT seront encouragés.

Stratégie de mise en œuvre 2.4.4 : amélioration de la prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs

Les affections bucco-dentaires et les troubles visuels et auditifs, constituent des problèmes de santé publique, dont la résolution passe essentiellement par la prévention qui présente un meilleur rapport coût efficacité que la prise en charge des cas.

Pour une prévention efficace des affections bucco-dentaires, il faudra : (i) réaliser des enquêtes nationales de prévalence des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs pour estimer leur ampleur et leur répartition géographique ; (ii) renforcer les capacités des personnels de la santé pour qu'ils soient à même de développer des stratégies de prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en y associant la communauté ;(iii) Organiser des campagnes de dépistage desdites affections auprès des groupes cibles que sont les enfants

en âge scolaire et les personnes âgées ; (iv) renforcer le recrutement des médecins dentistes, et l'acquisition des équipements/matériel dentaire, surtout pour les HD

Stratégie de mise en œuvre 2.4.5 : renforcement de la prévention de la Drépanocytose et autres maladies génétiques et dégénératives

La drépanocytose est une affection génétique qui peut être facilement prévenue par le diagnostic anténatal (dépistage préalable) chez toutes les personnes ou tous les couples désirant avoir un enfant.

Pour prévenir la drépanocytose et les autres maladies génétiques et dégénératives, il faudra : (i) mener un plaidoyer pour l'augmentation quantitative et qualitative des ressources humaines appropriées (généticistes, biologistes, etc.) ; (ii) renforcer la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2010 sur la prévention médicale des handicaps, à travers : le counseling prénuptial, le diagnostic anténatal de la drépanocytose et des autres maladies génétiques et dégénératives.

Stratégie de mise en œuvre 2.4.6 : renforcement de la prévention des maladies mentales, épilepsies et autres affections neurologiques.

Les mesures préconisées dans cette stratégie sont de plusieurs types. Il s'agit :(i) d'accroître les ressources humaines et financières pour adresser les problèmes liés à la prévention des maladies suscitées ; (ii) de renforcer les formations initiales et continues dans les métiers de santé mentale, dans la prévention des épilepsies et autres affections neurologiques; (iii) de renforcer l'éducation et la sensibilisation des populations, afin qu'elles soient capables d'éviter les facteurs de risque comme la consommation abusive de substances addictives.

Stratégie de mise en œuvre 2.4.7 : renforcement de la prévention du diabète, de l'HTA, des autres maladies cardiovasculaires et des maladies rénales.

La prévention du diabète et celle de l'HTA constituent un axe stratégique majeur dans la lutte contre les affections cardiovasculaires et rénales. Pour la rendre effective, il faudra : (i) renforcer le plaidoyer pour l'augmentation des ressources en faveur de la prévention des MCNT ; (ii) renforcer l'éducation et la sensibilisation des populations, afin de les amener à éviter les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (abus d'alcool, tabagisme, sédentarité, obésité, stress, automédication...) ; (iii) mener un plaidoyer pour l'application de la Loi sur le tabac, afin d'en réduire l'impact sur la santé des populations ; (iv) mettre en place des programmes spécifiques de lutte contre l'obésité dans les écoles et dans les familles (sensibiliser les populations sur l'importance d'une activité physique régulière); (v) mener un plaidoyer auprès des autres ministères pour l'aménagement des espaces dédiés à l'activité physique dans les districts de santé et les CTD; (vi) élaborer et mettre en place des programmes de dépistage de qualité chez les patients à risque à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Stratégie de mise en œuvre 2.4.8: renforcement de la prévention du cancer, de l'asthme et des autres affections respiratoires chroniques

Les cancers représentent un fardeau de plus en plus lourd pour le système de santé. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur les interventions de prévention de ces maladies. Pour réduire leur prévalence les actions suivantes seront menées: (i) renforcement du plaidoyer pour l'augmentation des ressources en faveur de la lutte contre le cancer ; (ii) renforcement de la vaccination des filles de 9 à 13 ans contre le HPV ; (iii) renforcement de la vaccination contre l'hépatite virale B ; et (iv) sensibilisation des populations sur les mesures communautaires visant à prévenir les cancers ; (v) dépistage de masse pour les cancers les plus fréquents (sein, col utérin , prostate etc) en milieu hospitalier et dans la communauté

Stratégie de mise en œuvre 2.4.9:renforcement de la prévention des maladies rares.

Comme pour les autres maladies non transmissibles, il s'agira ici : (i) d'élaborer et de mettre en place un registre national des maladies rares ;(ii) de mener un plaidoyer pour l'augmentation des ressources humaines en vue de leur prévention ;(iii) d'appuyer financièrement les groupes communautaires organisés et les associations des malades engagés dans la lutte contre ces maladies ; et (iv) de mettre en place un programme national de dépistage des maladies rares.

Tableau 18: Cadre logique de la Prévention de la maladie

Objectif global de la stratégie	« Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
	L'incidence et la prévalence des maladies évitables sont élevées au Cameroun							
Problème central de la composante	« Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention ».							
Objectif stratégique de la composante	- Prévalence de l' HTA							
Indicateurs traceurs	- Incidence de nouveau-nés de faible poids (poids inf. à 2500 grammes)							
Objectifs spécifiques	Indicateurs traceurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles			Sources de vérification	
				2018	2020	2024	2027	
D'ici 2027 réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (fièvre typhoïde et THA)	Incidence du VIH	2,4%	(profil des estimations pays du VIH au Cameroun 2010-2020 CNLS)	2,1%	1,9%	1,7%	1%	Etudes
	Prévalence du VIH	4,3%	(EDS-MICS 2011)	4,1	3,9	3,7	3,5	EDS, MICS, Etudes
	Prévalence de l'hépatite virale B	11,9%	CPC 2015	11%	10%	9%	4%	EDS-MICS
D'ici 2027, réduire dans au moins 90% des districts, les risques de survenue des événements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses	Couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose (couverture TIDC)	80%	(Rapport d'activités 2015 des MTN)	84%	85%	86%	87%	PNL Oncho, Rapport d'activités MTN
	Proportion des DS en épidémie de rougeole confirmée et ayant organisé une riposte selon les directives nationales	34%	Rapport DLMEP 2014	70%	80%	90%	95%	Revue sectorielles Rapport DLMEP, Rapport PEV
	Proportion d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées	50%	Rapport DLMEP 2014	70%	80%	90%	95%	Revue sectorielles
	Couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3)	84,5%	Rapport PEV 2015	87%	92%	93%	95%	EDS, MICS, Rapport PEV
	Taux de couverture en CPN 1	82,8%	MICS 5	85%	90%	95%	95%	EDS, MICS, Etudes
D'ici 2027, accroître d'au moins 80% la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfants dans au moins 80% des DS	% des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)	26%	MICS 5	40%	55%	60%	75%	RAP-PNLT MICS, Rapport PNLP
	% d'enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA	54,8%	MICS5	85%	90%	90%	90%	EDS, MICS
D'ici 2027, réduire d'au moins 10% l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles	% des femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV	59,3%	Rapport CNLS 2015	80%	85%	90%	95%	SNIS, FDR, Rapport CNLS
	Prévalence du Diabète type II	6,6%	Kingue et al. (2015)	6%	5,8%	5,6%	4,3%	SNIS STEPS

6.2.3 Axe stratégique prise en charge des cas

Rappel du diagnostic : Un des défis du système de santé à relever est d'assurer une prise en charge adéquate des cas de maladie, de déficiences et d'handicaps, voire d'offrir un accès équitable à tous à des services et soins de santé de qualité.

Conformément au choix stratégique effectué dans le secteur de la santé, il sera important de renforcer la mise en œuvre à la fois des soins de santé primaires et des soins spécialisés. A ce jour, la prise en charge des cas dans la majorité des formations sanitaires n'est pas effectuée de manière adéquate. Cela s'explique entre autres par l'inexistence des référentiels de prise en charge des cas (POS), mais aussi par leur faible utilisation même quand ils existent.

Objectif stratégique : « Réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté ».

Objectifs spécifiques : il s'agira d'ici 2027:

- d'assurer une prise en charge curative selon les normes des maladies transmissibles et non-transmissibles, ainsi que leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires;
- d'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 au moins 80% des structures sanitaires;
- d'assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, des catastrophes et des crises humanitaires, selon les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 80% des districts de santé ;
- de réduire d'au moins 20% la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigible.

6.2.3.1 Objectif spécifique No 3.1 : « D'ici 2027, assurer une prise en charge curative selon les normes des maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires »

A cause des contraintes budgétaires, les interventions ayant un haut impact sur la morbidité/mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles seront privilégiées. Cet objectif sera réalisé à travers les différentes stratégies ci-dessous :

Stratégie de mise en œuvre 3.1.1: amélioration de la qualité des soins et des services de santé dans les FOSA en mettant l'accent sur l'accueil des patients.

Le bon accueil est un gage et un critère qualitatif d'une prise en charge. En effet, l'humanisation des soins constitue un impératif pour la satisfaction des usagers, et permet de réduire le stress et l'angoisse des clients et des malades. Le bon accueil favorise la guérison et se fera par les hôtesse d'accueil ou le personnel hospitalier. Pour l'assurer et

améliorer la prise en charge curative des cas, il faudra notamment : (i) définir le circuit thérapeutique des patients, (ii) aménager les espaces d'attente et (iii) sensibiliser le personnel sur l'importance d'un bon accueil.

Stratégie de mise en œuvre 3.1.2 : amélioration du diagnostic et de la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de TB, d'IST et d'hépatites virales

Un diagnostic précoce des maladies suscitées permettra de les prendre en charge à temps et d'éviter la survenue des complications. Le diagnostic et la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de TB, d'IST et d'hépatites virales seront organisés de façon intégrée. Il sera également question dans cette stratégie de (i) : améliorer l'accès au dépistage du VIH (offre systématique du conseil-dépistage-volontaire aux patients tant en milieu hospitalier, que communautaire lors des campagnes de sensibilisation) ; (ii) mettre systématiquement sous traitement les cas positifs dépistés (option B+) ; (iii) sensibiliser les populations sur la nécessité de recourir aux formations sanitaires agréées pour le dépistage et la prise en charge de ces maladies.

Par ailleurs, les prestataires des soins et services de santé seront encouragés à recourir systématiquement aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des cas. Pour les structures d'appui (Districts de Santé, DRSP, MINSANTE), un accent particulier sera mis sur (i) la supervision des prestataires tant au niveau communautaire qu'hospitalier, et sur (ii) la mise à disposition des intrants de dépistage et des médicaments dans les formations sanitaires.

Enfin, pour assurer la pérennisation de la prise en charge des PVVIH et l'accès pour tous aux soins, plusieurs actions seront envisagées, au rang desquelles la gratuité sélective pour les indigents et les personnes vulnérables, ainsi que la mise en place d'un fonds de soutien pour la subvention des antirétroviraux, etc.

Stratégie de mise en œuvre 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...)

Le diagnostic et la prise en charge précoce des maladies sus-citées permettent de réduire la morbi-mortalité liée au paludisme et les complications subséquentes. Il s'agira entre autres dans cette stratégie de : (i) systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés, pour le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme ; (ii) superviser la prise en charge des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (iii) rendre permanemment disponibles surtout au niveau opérationnel, les intrants de dépistage et les médicaments de qualité contre le paludisme. Le diagnostic par TDR sera renforcé, tout comme celui des autres causes de fièvre ne nécessitant pas de traitement anti palustre. Un accent particulier sera mis sur les groupes à risque (femmes enceintes, enfants et jeunes).

Stratégie de mise en œuvre 3.1.4 : amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Tropicales Négligées

Le diagnostic et la prise en charge des cas des MTN permettront de réduire la prévalence de ces pathologies voire d'en éradiquer quelques-unes. Pour ce faire, il sera question de : (i) renforcer le dépistage et la prise en charge précoce de la lèpre, du pian, de la leishmaniose, de l'ulcère de Buruli, et de la THA ; (ii) améliorer les couvertures géographiques et thérapeutiques des MTN ciblées en renforçant la poly-chimiothérapie de masse des pathologies suivantes : onchocercose, filariose lymphatique, trachome, helminthiases, schistosomiase ; (iii) systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge de toutes les MTN en milieux hospitalier, scolaire et communautaire.

Stratégie de mise en œuvre 3.1.5: amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Non Transmissibles

L'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de MNT permettra de stopper la tendance haussière de la prévalence de ces maladies et de réduire leur poids global. Pour ce faire, il s'agira principalement de : (i) sensibiliser la population pour un dépistage précoce de ces maladies à tous les niveaux de la pyramide des soins ; (ii) former les prestataires du niveau opérationnel à l'exécution de certaines tâches curatives spécialisées (délégation des tâches pour la prise en charge des MNT) puis, renforcer la supervision des prestataires surtout du niveau opérationnel surtout pour la prise en charge de certaines maladies (Exemples : prise en charge des maladies mentales, du VIH, de l'HTA , etc.) ; (iii) développer, vulgariser et systématiser le recours aux procédures opérationnelles standards et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des cas de MNT tant en milieu hospitalier que communautaire ; (iv) renforcer le système de référence et de contre référence ; (v) mettre en application les dispositions de la loi N°2003/014 du 22 décembre 2003 portant sur la transfusion sanguine (en effet, la sécurité transfusionnelle sera assurée à travers la mise sur pied d'un Centre National et des centres régionaux de Transfusion Sanguine) ; (vi) créer des centres régionaux de prise en charge intégrée des MNT, y compris les maladies gériatriques ; (vii) rendre disponibles et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les intrants de dépistage et les médicaments pour les MNT les plus courantes (HTA, Diabète etc.) ; (viii) élaborer une stratégie pour développer les soins palliatifs à tous les niveaux ; (ix) assurer la disponibilité des psychotropes essentiels dans les FOSA du niveau opérationnel ainsi que des antidouleurs après évaluation des besoins réels de la FOSA.

Stratégie de mise en œuvre 3.1.6 : amélioration de la prise en charge globale (holistique) des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

La prise en charge globale sera réalisée à travers le développement et la distribution des guides, des protocoles et d'algorithmes simplifiés qui prennent en compte les avancées

scientifiques et technologiques réalisées dans le domaine de la prise en charge holistique des cas. Les MNT les plus fréquentes (Diabète, HTA et autres maladies cardiovasculaires, cancer, pathologies mentales) seront particulièrement concernées par cette approche de prise en charge.

6.2.3.2 Objectif spécifique No 3. 2 : « D'ici 2027, assurer une prise en charge globale des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans au moins 80% des structures sanitaires »

Les interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent seront privilégiées dans la perspective de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile. Celle-ci passe par l'exécution des stratégies suivantes :

Stratégie de mise en œuvre 3.2.1 amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux services et soins SRMNEA.

La faible accessibilité financière et culturelle aux services et soins SRMNEA est l'une des causes majeures de la sous-utilisation des FOSA. Pour y remédier, il faudra renforcer les mécanismes visant à réduire les dépenses directes des ménages, et promouvoir la subvention et/ou la gratuité ciblée. Il est important de rappeler que plusieurs mécanismes sont déjà en cours d'expérimentation dans l'optique d'améliorer l'accessibilité financière aux services et soins de santé du couple mère enfant : chèque santé et kits obstétricaux dans les régions septentrionales etc. Une étude sera programmée pour évaluer les forces et les faiblesses de ces différents mécanismes de financement. Les résultats de cette étude seront capitalisés lors de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé. Cette action sera couplée à une forte sensibilisation des populations pour lever les barrières socioculturelles qui empêchent l'utilisation des services SRMNEA.

Stratégie de mise en œuvre 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).

La transmission du VIH et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant est encore un problème de santé publique dans le pays. Pour réduire le risque de transmission des maladies suscitées, il sera question de : (i) renforcer l'extension progressive des sites de PTME afin d'assurer une bonne couverture géographique des populations ;(ii) décentraliser le dépistage et la prise en charge des femmes enceintes séropositives à travers la délégation des tâches et l'intégration des services, pour qu'à chaque site de prestations de SRMNEA, on puisse retrouver l'offre de services de PTME ; (iii) renforcer la disponibilité des intrants de PTME ; et (iv) prioriser les stratégies avancées comme modalités d'offre de

services pour améliorer l'accessibilité géographique aux services et soins SRMNEA des femmes enceintes vivant dans les aires de santé enclavées.

S'agissant de la prévention de la transmission verticale de l'hépatite virale B, il s'agira ici de rendre disponible l'offre de dépistage de cette affection dans tous les sites de CPN et de renforcer la prévention (vaccination contre l'hépatite B) chez les nouveau-nés exposés.

Stratégie de mise en œuvre 3.2.3 : amélioration de la qualité de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique et communautaire).

Il s'agira de renforcer tour à tour la PCIME clinique et communautaire. Ces deux approches de prise en charge des enfants seront utilisées dans l'ensemble des formations sanitaires et dans les aires de santé.

Par ailleurs, l'accent sera également mis sur la formation à la PCIME pré-emploi qui permet de minimiser les coûts liés au renforcement régulier des capacités des prestataires en cours d'emploi.

Stratégie de mise en œuvre 3.2.4 : amélioration de la disponibilité des paquets d'offre des services et soins SRMNEA de qualité.

Un système de santé capable d'offrir des services et soins SRMNEA de qualité permettra de réduire la mortalité maternelle et infanto juvénile de manière significative. Dans cette perspective, les acteurs du secteur santé devront s'atteler au cours des prochaines années à renforcer la disponibilité: des paquets d'offre de service suivants : CPNR, CPON, accouchement assisté, planning familial, SONEU, PCIME, soins essentiels et soins d'urgence pour le nouveau-né, SAA etc.). A titre illustratif et comme mentionné précédemment, le conseil et le dépistage du VIH et des hépatites virales B, D et C seront systématiquement proposés à toutes les femmes enceintes et à leurs partenaires/conjoints pendant les CPN. La mise en œuvre de l'option B+ sera assurée à tous les niveaux.

Stratégie de mise en œuvre 3.2.5 Renforcement des capacités des prestataires en SRMNEA dans les FOSA et au niveau communautaire.

Une assistance technique aux prestataires de services et de soins de santé est un préalable important pour la prise en charge adéquate des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Il s'agira concrètement : (i) d'effectuer un diagnostic communautaire des problèmes de santé de la mère et de l'enfant à l'issue d'une priorisation des zones d'interventions ; (ii) de former les leaders communautaires pour qu'ils puissent mobiliser la communauté sur la recherche des solutions pérennes aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant ; (iii) de former les agents de santé communautaire (ASC) sur le contenu de leurs cahiers de charge (interventions sous directives communautaires en SRMNEA).

il faudra aussi: (i) renforcer le plaidoyer pour le recrutement des sages-femmes/maïeuticiens ; (ii) former les médecins généralistes des hôpitaux de districts en chirurgie obstétricale d'urgence et en SONEU. Les médecins des hôpitaux des districts des régions à fort ratio de mortalité maternelle (médecins exerçant dans les régions septentrionales et de l'Est) seront prioritairement formés. Les responsables des maternités et des services de consultation prénatale dans les CSI/CMA bénéficieront aussi des sessions de renforcement des capacités sur les SONEU et la PCIME; (iii) renforcer les équipements dans les services SRMNEA des FOSA ciblées ; (iv) assurer la disponibilité des intrants essentiels (produits d'importance vitale pour la mère et l'enfant) dans ces FOSA.

Stratégie de mise en œuvre 3.2.6: Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Cette stratégie a pour but d'améliorer les connaissances et d'induire un changement de comportement favorable à la santé des cibles susmentionnées. Elle met un accent particulier sur le partage de l'information susceptible d'accroître leur niveau de connaissances et leur permettre d'éviter la survenue des maladies. Il s'agira donc dans cette stratégie de :

- mener des actions de communication pour le développement des communautés, afin de les responsabiliser, de renforcer leurs capacités cognitives , et faciliter leur adhésion à la mise en œuvre des interventions et des actions de lutte contre la mortalité maternelle, néo-natale et infantile;
- organiser un plaidoyer auprès des leaders politiques, pour l'augmentation des allocations budgétaires en faveur des cibles mère, nouveau-né, enfant et adolescent.

6.2.3.3 Objectif spécifique N°3.3: «D'ici 2027, assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, des catastrophes et des crises humanitaires selon les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 80% des DS ».

Stratégie de mise en œuvre 3.3.1: renforcement de la coordination multisectorielle dans la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des évènements de santé publique.

La coordination des interventions multisectorielles est un préalable incontournable pour assurer la synergie, la cohérence et la prise en charge efficace des cas d'urgences et des évènements de santé publique. A ce jour, on observe une inadéquation entre la qualité des plateaux techniques des services d'urgences (urgentistes, équipements et médicaments insuffisants etc.) et les attentes de la population. Il faudra donc: (i) développer les plans intégrés de coordination multisectoriels ; (ii) mettre en place des équipes multisectorielles d'interventions rapides dans les FOSA, les DS et les DRSP et renforcer les plateaux techniques de ces structures sanitaires; (iii) assurer la coordination

des acteurs dans les unités multisectorielles d'intervention rapide (UMIR) capables de se mobiliser à temps pour des actions rapides sur les sites d'urgence, et (iv) clarifier les rôles et les responsabilités de chaque acteur dans la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des évènements de santé publique.

Enfin, des exercices de simulation des cas d'urgence et de catastrophes ou d'évènements seront organisés dans toutes les régions.

Stratégie de mise en œuvre 3.3.2 : Renforcement du processus de gestion prévisionnelle des ressources

La gestion prévisionnelle des ressources permet de pré positionner les intrants essentiels du dispositif de riposte rapide en cas de survenue d'un risque. Il s'agira, de provisionner les stocks de médicaments et intrants essentiels et de préparer les équipes multisectorielles d'intervention rapide par des exercices de simulation.

Stratégie de mise en œuvre 3.3.3 : renforcement du diagnostic et de la prise en charge curative des cas d'urgences et des évènements de santé publique

L'efficacité de la prise en charge des cas d'urgences et des évènements de santé publique dépend de la précocité du diagnostic. Par conséquent, pour améliorer la prise en charge de ces cas dans les FOSA, il faudra :

- élaborer les plans stratégiques nationaux et opérationnels de réponses aux évènements majeurs de santé publique;
- mettre en place un réseau de services d'urgences;
- doter les services d'urgences des hôpitaux de catégories 1, 2, 3 en équipements de pointe et de qualité;
- élaborer, harmoniser et vulgariser les normes et procédures opérationnelles de prise en charge des urgences et des évènements de santé publique ;

Par ailleurs des directives seront élaborées pour les responsables des structures sanitaires, afin d'améliorer la qualité de l'accueil dans les FOSA en général, et dans les services d'urgences en particulier. Face au risque vital toujours présent dans certains cas d'urgence, il sera important : (i) d'organiser la prise en charge pré-hospitalière des cas (premiers secours) dans les DS traversés par les axes routiers les plus accidentogènes (ii) de renforcer les plateaux techniques des FOSA situées dans les axes routiers qui enregistrent le plus d'accidents (triangle de la mort).

6.2.3.4 Objectif spécifique N 3.4: «D'ici 2027, réduire d'au moins 20% la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigible».

Stratégie de mise en œuvre 3.4.1 : mise en place d'une politique intégrée et coordonnée de la gestion du handicap y compris le handicap mental.

La mise en place d'une politique intégrée de gestion du handicap, permettra de : (i) mobiliser tous les acteurs et de fédérer leurs efforts pour une meilleure prise en charge du handicap ; (ii) clarifier leurs rôles et responsabilités dans la prise en charge tant hospitalière que communautaire du handicap ; (iii) mettre en place une plateforme multisectorielle susceptible de favoriser les échanges d'expériences, les leçons apprises, et les meilleures pratiques.

À terme, la mise en œuvre de cette politique devrait réduire le poids global des maladies handicapantes sur le système de santé.

Stratégie de mise en œuvre 3.4.2 : Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap.

La décentralisation permettra de répondre plus efficacement aux besoins des personnes handicapées. De manière spécifique, il s'agira de : (i) créer des centres spécialisés avec des équipes multi disciplinaires de prise en charge du handicap, surtout au niveau opérationnel ; (ii) encourager la création des associations des personnes handicapées ;(iii) renforcer le dépistage des handicaps et la réhabilitation précoce des handicapés ; (iv) développer des mécanismes de prise en charge des handicapés mentaux à tous les niveaux de la pyramide des soins.

En outre, il sera également question d'accompagner les communautés, en leur donnant les moyens nécessaires pour assurer la gestion du handicap au niveau communautaire, et de renforcer la collaboration multisectorielle (MINAS, MINSANTE, MINPROFF) dans la gestion du handicap.

Tableau 19: Cadre logique de la prise en charge des cas

Objectif global de la stratégie	- «Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».						
	Le Diagnostic et la prise en charge curative des cas ne sont pas correctement assurés (Incidence et prévalence élevées des maladies)						
Problème central de la composante	« Réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté »						
Objectif stratégique	- Ratio de mortalité maternelle						
Indicateurs traceurs	- Taux de mortalité néonatale						
	- Taux de mortalité infantile						
	- Taux de létalité obstétricale intra hospitalière						
	Indicateurs traceurs						
Objectifs spécifiques	Valeur Actuelle	Source	Cible				Sources de vérification
			2018	2020	2024	2027	
D'ici 2027, assurer une prise en charge curative selon les normes des principales maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires	84%	cohorte 2013, Rapport PNLTB	86%	87%	89%	92%	SNIS, Rapport PNLTB
Taux de succès thérapeutique des TPB+	45%	Rapport PNLTB 2015	38%	31%	24%	22%	Audit techniques
Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5ans	80%	Rapport d'activités MTN	95%	95%	98%	98%	Rapport d'enquête, Rapport d'activités MTN et des FOSA
Proportion des cas d'Ulçère de Buruli guéris sans complications	64,7%	MICS 5	66 %	70%	80%	95%	Statistiques sanitaires
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	68,5%	MICS5	70%	75%	80%	90%	EDS, MICS, SNIS, Rapports supervision DSF
% nouveaux nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent l'accouchement	6,5%	Rapport CNLS 2014	5%	4%	3%	2 %	Rapport CNLS
Taux de transmissions du VIH de la mère à l'enfant	31%	Statistiques Sanitaires Rapport de la DSF	32,5%	35%	37%	40%	Rapport de la DSF Statistiques sanitaires
% des DS disposant d'un personnel de santé formé avec l'approche PCIME	ND						
Taux de mortalité péri-opératoire dans les hôpitaux de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie							AUDITS
D'ici 2027, assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique suivant les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 80% des districts de santé							Moins de 5% à échéance
D'ici 2027, réduire d'au moins 20% la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigible	ND						Augmentation à échéance de 50% EDS, MICS

6.2.4 Axe stratégique renforcement du système de santé

Rappel du diagnostic : Le système de santé au Cameroun est peu performant en raison du faible fonctionnement de ses piliers.

En effet, l'accessibilité géographique et financière des services de santé est limitée, et les plateaux techniques sont le plus souvent vétustes ou incomplets dans les FOSA du niveau opérationnel. En outre, le paiement direct est le principal mode de financement de la santé. Par ailleurs, la faible disponibilité d'informations sanitaires de qualité handicape la prise de décision et la disponibilité des médicaments de qualité est réduite.

Les ressources humaines quant à elles sont insuffisantes, et leur gestion n'est pas optimale. Enfin, il n'existe pas de dispositif d'assurance qualité.

Objectif stratégique : «Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires, pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité».

Objectif spécifique : Il s'agira d'ici 2027:

- de réduire d'au moins 30% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ;
- d'assurer le développement harmonieux des infrastructures, des équipements et la disponibilité des paquets de services et de soins de santé, selon les normes, dans au moins 80% des formations sanitaires de 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} catégories ;
- d'accroître de 50% la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé;
- d'augmenter, selon les besoins priorisés, la disponibilité des RHS dans au moins 80% des DS, des DRSP et des directions centrales ;
- d'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.

6.2.4.1 Objectif spécifique N° 4.1 : « D'ici 2027, réduire d'au moins 30% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ».

Compte tenu de l'importance du mode de paiement des soins (paiement direct), il sera opportun de développer des stratégies visant à atténuer le niveau des dépenses de santé supportées par les ménages. Ceci passera notamment par le développement d'un système de couverture santé universel au Cameroun.

En outre, il n'existe pas encore de document formel de stratégie du financement de la santé au Cameroun. Ce dernier est fractionné en de multiples régimes de financement au demeurant peu efficaces. La collecte, la mise en commun des ressources et le partage

du risque maladie sont peu organisés. Enfin, l'allocation et l'utilisation des ressources tant publiques que privées sont inefficaces.

Aussi cinq stratégies de mise en œuvre ont été identifiées pour pallier cette situation :

Stratégie de mise en œuvre 4.1.1 : développement des mécanismes de partage du risque maladie

Les mécanismes de partage du risque maladie permettent de réduire les paiements directs et le poids des dépenses de santé sur les ménages. Il s'agira ici d'harmoniser le développement des mécanismes de prépaiement, pour assurer graduellement la couverture des populations dans tous les secteurs (formels, informels, indigents, etc.), et d'élaborer des stratégies de paiements des prestations pour améliorer la qualité des soins délivrés. Un accent particulier sera donc mis sur les plans tarifaires des soins et services de santé, qui seront revus et harmonisés. À cet effet, un cadre institutionnel de gestion du système de partage du risque maladie sera mis sur pied, et une stratégie pour la mise en place d'une couverture santé universelle sera développée.

Stratégie de mise en œuvre 4.1.2 : rationalisation et renforcement des mécanismes institutionnels du financement de la santé

Le cadre institutionnel de financement de la santé sera rationalisé et renforcé. Il s'agira à cet effet, d'évaluer l'intégralité des régimes de financement existant dans le secteur de la santé (gratuité, subventions, budget de l'État, financement basé sur les résultats, assurances, mutuelles de santé, kits obstétricaux, chèque santé, etc.). Les résultats de cette étude serviront de base à l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé. La mise en œuvre d'une telle stratégie permettra d'assurer un financement équitable et durable de la santé pour un accès universel à des soins et services de qualité.

À cet effet, les textes portant sur les responsabilités des structures techniques en charge de la gestion des fonctions du financement de la santé (collecte, mise en commun, partage du risque et achat des prestations) seront élaborés/actualisés. Il sera également développé un système de gestion de l'information financière intégrée (ressources et dépenses) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Stratégie de mise en œuvre 4.1.3: renforcement de la mobilisation des ressources financières.

La mobilisation des ressources financières est une fonction clé du financement de la santé. Il s'agit à ce niveau de mettre en place une plateforme de dialogue financier entre le Gouvernement et toutes les parties prenantes. Cette plateforme servira au renforcement du plaidoyer pour : une allocation plus importante du budget national en faveur de la

santé; l'identification des opportunités additionnelles de financements aux niveaux national (y compris partenariat public-privé) et international.

Cette plateforme devrait faciliter l'harmonisation des procédures des partenaires extérieurs et leur alignement aux priorités nationales. Ainsi, les interventions et les financements des différents acteurs seront complémentaires sans double emploi, permettant d'identifier et de combler les potentiels gaps de financement.

Stratégie de mise en œuvre 4.1.4: renforcement de l'autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel.

L'autonomie de gestion des ressources financières est l'un des objectifs clés permettant aux acteurs du système d'améliorer leur performance. Celle-ci se fera graduellement et à terme, garantira une flexibilité dans la prise de décisions, au niveau des structures déconcentrées. L'avantage d'une telle mesure est de permettre aux acteurs locaux de répondre de façon prompte et adéquate à leurs besoins contextuels. Il s'agit d'allouer au niveau déconcentré des crédits adéquats pour la mise en œuvre des activités opérationnelles.

Pour ce faire, un cadrage budgétaire sera mis sur pied, afin d'améliorer l'affectation des financements au niveau déconcentré. Il sera également important : (i) d'élaborer et de faire adopter des textes ; (ii) de mettre en place des dispositifs favorisant l'autonomie de gestion financière des FOSA.

Les gestionnaires des structures sanitaires seront formés aux procédures de gestion des ressources financières et les structures de dialogue (comités de santé et de gestion) davantage impliquées dans la gestion des structures sanitaires. Ce processus aboutira à une reddition systématique des comptes des structures de santé au niveau déconcentré.

Stratégie de mise en œuvre 4.1.5: renforcement de la performance et de l'efficacité du système de santé.

Dans cette stratégie, il faudra renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux, dans l'identification de leurs priorités et la recherche permanente du meilleur rapport coût/efficacité des solutions envisagées.

Le FBR, qui vise l'amélioration de la qualité et de la quantité des soins offerts aux populations, ainsi que l'efficacité et l'équité du système, est l'une des stratégies à considérer. Il repose sur des principes tels que : l'autonomie de gestion ; la séparation des fonctions pour assurer la bonne gouvernance ; la collaboration public-privé.

Pour plus d'efficacité, son extension sera précédée par l'analyse des résultats obtenus dans les régions pilotes et celle des autres mécanismes de financement au Cameroun, afin de capitaliser les points forts des autres stratégies de financement.

6.2.4.2 Objectif spécifique N° 4. 2: «D'ici 2027, assurer le développement harmonieux des infrastructures, des équipements et la disponibilité des paquets de services et de soins de santé selon les normes dans au moins 80% des formations sanitaires de 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} catégories».

L'accessibilité géographique des structures sanitaires est limitée dans certains districts, ce qui réduit l'utilisation des paquets d'offre de service mis en place. Cette situation est aggravée par la qualité des plateaux techniques, qui se détériorent au fil du temps, faute de maintenance et de plans d'amortissement.

Le district est le niveau opérationnel du système de santé où la plupart des interventions de santé sont mises en œuvre de manière multisectorielle, avec l'implication de la communauté. Il est donc important que les piliers du système de santé soient renforcés à ce niveau. Ce renforcement passera par un processus de viabilisation en trois étapes : (i) le démarrage qui correspond à la mise en place des mécanismes permettant la mise en œuvre des activités (District de santé opérationnel), (ii) la consolidation qui mesure la fonctionnalité de ces mécanismes et (iii) l'autonomisation qui correspond à la pérennisation de cette fonctionnalité sur les plans technique, institutionnel et financier. Compte tenu des contraintes financières, la mise en place des infrastructures et la dotation en équipements seront réalisés, en privilégiant les districts à fort potentiel de développement et ceux ayant des taux de morbidité/mortalité élevés.

Quatre stratégies de mise en œuvre ont été retenues dans le but de remédier aux problèmes identifiés:

Stratégie de mise en œuvre 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.

Le renforcement des capacités institutionnelles des FOSA pour une meilleure prise en charge des cas constitue l'un des préalables majeurs pour une prise en charge de qualité. Celui-ci se fera de manière consensuelle. Ainsi, seront prioritaires les districts de santé à fort potentiel de développement, ainsi que ceux ayant des faibles performances, mais dont le poids démographique est important (DS situés majoritairement dans les régions septentrionales).

Spécifiquement, il s'agira dans cette stratégie:(i) de renforcer les capacités des prestataires des soins de santé, afin qu'ils soient capables d'offrir des paquets de services et des soins de santé intégrés de qualité ; (ii) d'amener les responsables des FOSA à disposer et à mettre en œuvre les plans de développement et d'extension de leurs structures sanitaires ; et (iii) de renforcer les capacités des responsables des structures sanitaires et les inciter à mettre en place le processus gestionnaire, en impliquant bien évidemment toutes les parties prenantes.

Stratégie de mise en œuvre 4.2.2 : amélioration de l'offre infrastructurelle (construction/ réhabilitation/ extension des structures de santé selon les normes)

De manière générale, de nombreux efforts ont été consentis ces dernières années par l'Etat pour la construction des formations sanitaires. Ces efforts doivent être poursuivis. L'accent sera cependant mis sur : (i) la construction des centres hospitaliers régionaux. En effet, l'offre en infrastructures et en équipements sera enrichie par la construction et l'équipement de huit Centres Hospitaliers Régionaux, ainsi qu'à la réhabilitation des hôpitaux généraux et du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY);(ii) la requalification des Hôpitaux régionaux à la lumière des centres hospitaliers régionaux ; et(iii) l'achèvement des chantiers abandonnés.

Par ailleurs, la plupart de FOSA n'ont pas de plan de développement et leur réhabilitation/extension ou dotation en équipement n'est pas systématiquement planifiée. Pourtant, la disponibilité d'un plan de développement ou d'extension d'une FOSA ,constitue un indicateur important de l'aptitude du système de santé à assurer de manière prospective la disponibilité d'une infrastructure de qualité, capable de répondre aux besoins actuels et futurs des populations. Par conséquent, chaque gestionnaire de FOSA devra disposer d'un plan de développement de sa structure comme précédemment évoqué.

Afin de réaliser des économies d'échelle, l'acquisition de certains équipements mériterait d'être centralisée. Aussi, la prolifération anarchique des formations sanitaires observée dans les grandes agglomérations, due à la faible maîtrise de la carte sanitaire, favorise des doublons dans les investissements réalisés. Des arbitrages seront donc faits pour rationaliser l'offre de services et éviter ces doublons.

Aux niveaux central et régional, certains hôpitaux de catégorie 1,2 et 3 seront organisés en pôles d'excellence, pour une meilleure offre des soins spécialisés (stratégie de spécialisation/focalisation des structures sanitaires offrant des soins tertiaires). La spécialisation des dites formations sanitaires et l'amélioration de leurs plateaux techniques vont à terme réduire le nombre d'évacuations sanitaires. L'organisation des coupes d'Afrique de football de 2016 et de 2019 est également une opportunité pour le renforcement des plateaux techniques des hôpitaux des régions concernées par la couverture sanitaire de cet évènement.

Pour les FOSA qui offrent les soins de santé primaires (CSI, CMA, HD, et assimilés), le partenariat public-privé, sera renforcé. En effet, l'Etat s'emploiera à encourager les initiatives privées tout en renforçant leur régulation. Dans les grandes agglomérations (Douala, Yaoundé), où l'offre de soins est surabondante, des économies en ressources humaines, financières et infrastructurelles seront réalisées par la fermeture des structures sanitaires publiques qui ne sont pas viables. Ces économies seront ensuite réutilisées soit

en subventions des structures privées, soit en investissements dans les endroits non prisés par le sous-secteur privé (subsidiarité).

Les structures de santé privées qui ne sont pas viables seront également fermées. Un contrôle des agréments octroyés aux formations sanitaires du sous-secteur privé sera organisé dans la perspective d'assainir la carte sanitaire. Le renouvellement des agréments octroyés aux formations sanitaires privées tiendra compte à la fois des plateaux techniques, mais surtout de la valeur ajoutée que la structure apporte dans l'offre de services et soins de santé de qualité.

Par ailleurs, un plan de développement des infrastructures sanitaires sera élaboré. Celui-ci précisera les choix d'investissement par région et par niveau de la pyramide sanitaire, en adéquation avec la carte sanitaire et les spécificités de chaque région. Un programme architectural et technique pour la réhabilitation/construction/extension des services de santé à tous les niveaux, assorti des dossiers techniques de réalisation conformes aux normes sera élaboré et des ressources pour sa mise en œuvre seront mobilisées. Plus spécifiquement, il s'agira :

- d'actualiser les normes en infrastructures pour les structures de santé par niveau ;
- d'élaborer et de suivre la mise en œuvre du plan national de développement des infrastructures sanitaires ;
- d'élaborer les dossiers techniques pour la réhabilitation/construction des services de santé selon les normes préétablies ;
- de réaliser des études architecturales et technico-financières, des infrastructures hospitalières ;
- d'actualiser la cartographie des structures sanitaires ;
- de construire/réhabiliter et équiper les bâtiments administratifs, écoles de formations des personnels de santé et autres infrastructures ;
- de suivre la réalisation des projets d'investissement.

Stratégie de mise en œuvre 4.2.3 : renforcement de l'équipement des services de santé selon les normes

Les normes en équipement seront actualisées en tenant compte de la description des postes de travail et des besoins essentiels. En outre, il s'agira : (i) de prioriser d'abord les besoins en équipements par niveau de la pyramide sanitaire et par catégorie de structures sanitaires, (ii) ensuite, de mettre en place un système harmonisé d'acquisition des technologies sanitaires pour toutes les catégories de formations sanitaires (mise en œuvre de la politique de technologie sanitaire) et enfin (iii) de doter les structures de santé en équipements selon les besoins prioritaires (équipements hospitaliers, matériel informatique; mobiliers de bureau et autres matériels techniques spécifiques à la fonction médicale, etc.) et selon les disponibilités budgétaires. Par ailleurs, il sera mis en place un dispositif opérationnel de maintenance, permettant de garantir le fonctionnement optimal

et durable desdits équipements (exemple contrat avec deux techniciens polyvalents par district, pour assurer la maintenance préventive et curative des équipements).

Stratégie de mise en œuvre 4.2.4 : renforcement de l'action communautaire et dotation du niveau communautaire en intrants selon les normes et les priorités (offre des services et soins de santé communautaire).

Le système de santé est fortement orienté vers le modèle hospitalier, avec une forte orientation vers la prestation des soins curatifs. Ce qui laisse très peu de places aux actions de promotion, de prévention, de réhabilitation et de prise en charge communautaire des cas.

Pour pallier cette insuffisance, il faudra :(i) définir des paquets de services et des soins de santé communautaire, conformément au guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires ; (ii) doter les DS en intrants requis selon les priorités établies.

Stratégie de mise en œuvre 4.2.5 : mise en place d'un système d'assurance qualité des soins et services de santé.

Les normes de soins et services de santé seront définies par niveau et par catégorie de FOSA. Ces normes serviront de base pour l'évaluation de la qualité des services et soins offerts, et pour l'accréditation des structures de santé. Des mécanismes de suivi et d'évaluation périodiques des performances des structures de santé, y compris l'évaluation de leur productivité seront également mis en place pour encourager l'excellence.

Stratégie de mise en œuvre 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.

La viabilité des DS est un préalable à la fourniture des paquets de services et des soins de qualité au niveau périphérique du système de santé. C'est la raison pour laquelle, il sera important d'évaluer le niveau de développement des DS, en mettant l'accent sur leurs capacités opérationnelles.

Le développement des districts de santé constituera donc une des priorités majeures de cette stratégie de mise en œuvre, si l'on veut assurer une disponibilité d'un PMA et d'un PCA de qualité au niveau opérationnel. Pour la réalisation d'une telle ambition et pour améliorer la disponibilité de l'offre de services et soins de santé,(i) le partenariat avec le sous-secteur privé et les associations communautaires sera renforcé ; (ii)les niveaux central et régional apporteront l'appui institutionnel nécessaire au développement des DS. Cet appui sera graduellement octroyé, en tenant compte à la fois de la cartographie des DS, de leur niveau actuel de développement, et surtout des ressources disponibles ; (iii) la célérité dans l'acquisition des intrants nécessaires à la dispensation des soins promotionnels, préventifs et curatifs sera renforcée. Les soins spécialisés prioritaires seront offerts dans les pôles d'excellence définis au préalable.

Stratégie de mise en œuvre 4.2.7 renforcement du système de référence et de contre référence.

Le développement d'un système de référence et de contre-référence nécessite la redéfinition ou la mise à jour des missions des formations sanitaires par catégorie; la production et l'utilisation des outils y afférents ; et la mise en place de la logistique et des procédures de transfert des patients. Il s'agira d'assurer la continuité des soins à tous les niveaux de pyramide sanitaire.

6.2.4.3 Objectif spécifique N° 4.3 : « D'ici 2027, accroître de 50% la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé »

Le fonctionnement du SYNAME, et des structures en charge de l'assurance qualité et de la pharmacovigilance n'est pas optimal. De même, l'assurance qualité des actes de biologie médicale et celle de la sécurité transfusionnelle sont insuffisantes. Par ailleurs, on déplore à la fois le trafic illicite et la circulation de faux médicaments et réactifs de laboratoires. En plus, la gestion des stocks est rendue difficile, du fait de l'absence d'un système d'information et de gestion logistique.

Quatre stratégies de mise en œuvre ont été identifiées pour résoudre les problèmes sus cités :

Stratégie de mise en œuvre 4.3.1: renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique, de la biologie médicale et de la transfusion sanguine

La mise en œuvre de cette stratégie comprendra des actions relatives : (i) au renforcement des capacités managériales des gestionnaires à tous les niveaux (planification, supervision, coordination, suivi-évaluation, audits/contrôles et recherche opérationnelle sur les thématiques du médicament et de la transfusion sanguine), (ii) à l'élaboration/actualisation des textes réglementaires, relatifs au médicament et à la pharmacie, en les arrimant aux principes des nouvelles réformes, dont la couverture santé universelle constituera une des priorités. La réalisation des activités susmentionnées nécessite la mise en place d'un système d'information et de gestion logistique, ainsi que la mise en œuvre effective du Plan Directeur Pharmaceutique National actualisé.

Une réforme de l'ANRP et de la coordination des activités de transfusion sanguine sera entreprise pour plus d'efficacité. Une telle réforme permettra d'évoluer vers la mise en place d'une agence autonome de réglementation pharmaceutique. La mise à disposition de ressources humaines, financières, matérielles et logistiques adéquates, à tous les niveaux, permettra à cette ANRP d'assurer au mieux sa fonction de régulation du secteur pharmaceutique.

Stratégie de mise en œuvre 4.3.2: renforcement des mécanismes d'assurance qualité et de la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques

La disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques sûrs et de qualité est loin d'être assurée. De même, le sang et ses dérivés sont rares. Pour y remédier, cette stratégie mettra l'accent sur : le renforcement du processus de gestion des médicaments (estimation des besoins, rythme des commandes, circuits d'achat et d'approvisionnement), l'intégration des données du médicament dans le SNIS pour améliorer le suivi et l'augmentation des ressources financières allouées aux médicaments, afin que les stocks soient conformes aux besoins. La présente stratégie veillera également à la mise en place des structures spécialisées de transfusion sanguine, y compris au niveau régional, tout en développant un réseau de donneurs bénévoles non rémunérés, un dispositif de qualification opérationnel et un système de distribution performant.

Afin de garantir la qualité des médicaments à leur admission, le processus de sélection des fournisseurs sera renforcé en mettant un accent sur les critères de sélection des fournisseurs d'une part, et sur la qualité et la pré-qualification des médicaments à acquérir d'autre part.

Au vu du danger que représentent le trafic illicite et la vente de faux médicaments et autres produits pharmaceutiques pour la santé des populations, les structures de contrôle telles que l'Inspection Générale des Services Pharmaceutiques, et le LANACOME seront renforcées sur les plans technique, matériel, logistique et financier, pour une mise en œuvre optimale de leurs missions.

Par ailleurs, la lutte contre les médicaments illicites, les produits illicites et faux va continuer en s'intensifiant grâce à une meilleure collaboration des acteurs tels que les forces de maintien de l'ordre, la douane et la justice. Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des produits pharmaceutiques, en voie de création, facilitera cette approche multisectorielle et pluridisciplinaire, et permettra d'obtenir de meilleurs résultats. Les opportunités de lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des produits pharmaceutiques seront mutualisées au niveau sous régional (Nigéria inclus), afin de sécuriser le médicament mis à la disposition des populations.

Le système national de pharmacovigilance sera renforcé à travers la sensibilisation et la formation des acteurs, l'opérationnalisation du système de notification, d'imputabilité/causalité et de prise de décision.

Stratégie de mise en œuvre 4.3.3: promotion de l'usage rationnel des médicaments de qualité

L'usage rationnel des médicaments constitue un véritable défi pour le secteur santé. Afin de le relever, des directives d'utilisation rationnelle des médicaments et des

procédures de pharmacovigilance seront mises à jour et vulgarisées. La liste nationale des médicaments essentiels sera aussi actualisée périodiquement.

La prescription et l'utilisation desdits médicaments essentiels, sous leur forme générique, sera privilégiée. Des supports conséquents seront élaborés et vulgarisés, y compris le formulaire national. Les professionnels de la santé seront sensibilisés et formés à la prescription sous DCI (dénomination commune internationale) et au respect des protocoles thérapeutiques nationaux (guide national de diagnostic et de traitement). Dans la vision de l'accès universel aux soins de santé, la prescription et le remboursement des médicaments sous leur forme générique seront encouragés. La promotion des médicaments et autres produits pharmaceutiques sera davantage régulée. Par ailleurs, le contrôle de la qualité des médicaments génériques sera particulièrement renforcé, pour plus de crédibilité auprès des prescripteurs et des bénéficiaires. Afin de favoriser une utilisation rationnelle des médicaments, les capacités des prescripteurs et les connaissances des populations seront renforcées, prioritairement dans les districts de santé ruraux où les risques d'amnésie des savoirs sont plus élevés. Il sera également mis sur pied une politique de développement et de promotion des industries pharmaceutiques locales (valorisation du patrimoine thérapeutique national). Enfin, des mesures seront prises pour réduire le coût des médicaments et faciliter ainsi leur accès aux populations.

Stratégie de mise en œuvre 4.3.4: mise en place des mécanismes de financement pérenne en matière de médicaments.

Des mécanismes seront mis en place pour réduire la dépendance aux FINEX et assurer la pérennité des approvisionnements réguliers en produits pharmaceutiques. En outre, des mesures seront prises pour une meilleure gestion des dons en médicaments, en vue de les aligner sur les priorités nationales et de les intégrer dans le circuit du SYNAME.

6.2.4.4 Objectif spécifique No 4.4 : « D'ici 2027, augmenter selon les besoins priorités la disponibilité des RHS dans au moins 80% des DS, des DRSP et des directions centrales »

À la faveur des orientations contenues dans le DSCE et de la libéralisation de la formation universitaire, des efforts sont fournis par les pouvoirs publics pour la provision des ressources humaines en quantité et en qualité dans les structures sanitaires. Malgré ces efforts, celles-ci restent insuffisantes surtout dans les zones rurales ou difficiles d'accès. La gestion de ces personnels est peu rationnelle et peu optimale, ce qui explique leur manque de motivation.

Deux stratégies ont été identifiées pour remédier cette situation:

Stratégie de mise en œuvre 4.4.1 : dotation progressive des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité)

La dotation selon les normes des structures sanitaires en RHS est une condition sine qua non pour l'atteinte des objectifs de la SSS. À cet effet, cette stratégie vise à actualiser les normes élaborées en 2011 (voir PDRH), afin d'y inclure, lors de son actualisation, les nouveaux profils des personnels (préposés de morgue, aides-soignants, option santé communautaire, etc.).

Un état des lieux sur les besoins en RHS sera effectué, avec une emphase sur la disponibilité ou non des profils suivants : sages-femmes/maïeuticiens, spécialistes prioritaires (voir tableau en annexe 1).

Par la suite, un plan d'allocation des effectifs requis à tous les niveaux de la pyramide et de suivi des performances des RHS sera élaboré. L'une des priorités dans le recrutement des RHS sera de renforcer la disponibilité des prestataires polyvalents capables de fournir des soins, promotionnels, préventifs et curatifs au niveau opérationnel, particulièrement dans les districts qui en ont le plus besoin (Districts des zones rurales). Dans la même optique, il sera question d'encourager les partenariats et la collaboration entre acteurs des sous-secteurs public et privé, et de tirer parti de chacune de leurs contributions. Par ailleurs, l'application effective des dispositions du cadre organique de 2013, permettra de corriger l'inadéquation entre les profils et les postes de travail dans les services administratifs.

En outre, des audits seront menés dans les écoles de formation professionnelle des RHS, sous la supervision du MINSANTE/MINESUP/MINEFOP. Ils aboutiront à l'harmonisation des curricula et au renforcement de la qualité de l'offre de formation.

Il s'agira aussi de renforcer les capacités des prestataires de services et soins de santé communautaire, et celles des RHS des autres administrations du secteur offrant des services de promotion de santé. Aussi, un plan pluriannuel de formation continu sera élaboré et devra prendre compte les besoins en formation de toutes les RHS du secteur santé.

Stratégie de mise en œuvre 4.4.2 : amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines

L'amélioration de la gestion prévisionnelle et rationnelle des ressources humaines est un autre impératif pour l'atteinte des objectifs de la SSS. Cette stratégie vise à : (i) renforcer les mécanismes de motivation et de fidélisation des ressources humaines au poste de travail, (ii) améliorer les conditions de travail et (iii) renforcer les mécanismes incitatifs de la performance, particulièrement, pour les ressources humaines affectées dans les zones rurales (plans de carrière assuré, promotions, primes, construction de logements d'astreinte, etc.). Par ailleurs, la déconcentration et la décentralisation de la gestion du personnel seront progressivement renforcées pour plus d'efficacité.

Enfin, la collaboration intersectorielle permettra de mieux identifier les besoins en ressources humaines des administrations partenaires, qui mettent en œuvre des interventions de prévention et de promotion de la santé.

6.2.4.5 Objectif spécifique N°4.5 : « D'ici 2027, 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. »

L'information sanitaire de qualité est utile pour la prise de décision. Il s'agira ici : de renforcer le système national intégré d'information sanitaire, d'améliorer l'utilisation des données sanitaires de qualité et, de développer la recherche opérationnelle en santé. Pour ce faire, trois stratégies seront mises en œuvre :

Stratégie de mise en œuvre 4.5.1 : renforcement du système national d'informations sanitaires.

Le renforcement du SNIS reposera entre autres sur l'amélioration de son cadre institutionnel de coordination, et sur la création d'une banque de données accessible en permanence aux acteurs du secteur. Il s'appuiera également sur un système intégré de gestion des données sanitaires. Il sera question de poursuivre les efforts d'harmonisation des outils de collecte des données et de bâtir un consensus sur le nombre optimal d'indicateurs à renseigner pour un suivi efficace de la SSS.

Enfin, l'informatisation du SNIS, l'uniformisation des outils de collecte des données, le renforcement des systèmes de sécurisation et d'assurance qualité des données, constitueront des priorités à cet effet.

Stratégie de mise en œuvre 4.5.2 : renforcement de la recherche en santé.

Le renforcement de la recherche en santé passera par l'amélioration des capacités institutionnelles dans les domaines suivants : financement, régulation, coordination et vulgarisation des produits de la recherche. De plus, les capacités des acteurs, (surtout ceux du niveau opérationnel), seront renforcées.

Sur un autre plan, les activités de recherche seront prioritairement axées sur les piliers du système de santé et les plantes médicinales, pour le renforcement de la production locale des médicaments.

Stratégie de mise en œuvre 4.5.3 : amélioration de l'utilisation des données sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux.

La prise des décisions s'appuiera sur les données probantes de qualité issues des documents produits par le SNIS à tous les niveaux. À cet effet, la production régulière des annuaires statistiques et des rapports annuels sur la situation sanitaire ainsi que leur diffusion sera assurée.

Tableau 20: Cadre logique du Renforcement du Système de Santé

Objectif global de la stratégie	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».									
Problème central de la composante	Faible développement des piliers du système de santé									
Objectif stratégique	Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé									
Indicateur traceur	Nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes/maieuticiens) pour 1000 habitants									
Objectifs spécifiques	Indice Global de disponibilité des soins et services de santé									
	Indicateurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles				Sources de vérification		
				2018	2020	2024	2027			
D'ici 2027, réduire d'au moins 30% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable	% des dépenses publiques de santé dans le budget de l'État % des dépenses de santé supportées par les ménages	5,5%	Loi de finance 2015	5,9%	6,6%	8,4%	10,1 %	Loi de finance		
D'ici 2027, assurer le développement harmonieux des infrastructures, des équipements et la disponibilité des paquets de services et de soins de santé selon les normes dans au moins 80% des formations sanitaires de 3 ^{ème} , 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} catégories	% de districts de santé sous contrat de Financement Basé sur les Résultats % de la population couverte par un mécanisme de partage du risque maladie Proportion de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire (CSI, CMA et HD) Proportion des CSI/CMA publics délivrant le PMA contextualisé	70,6%	INS Comptes Nationaux de la Santé 2012	65%	60%	50%	40%	Comptes Nationaux de la Santé		
D'ici 2027, accroître de 50% la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé	Proportion des hôpitaux de district délivrant le PCA contextualisé Proportion des DS dont le développement est consolidé % d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur Nombre moyen de jours de rupture des stocks en médicaments essentiels traceur par trimestre dans les structures sanitaires Proportion des besoins satisfaits en matière de transfusion sanguine	13,6%	Évaluation FBR	70%	100%	100%	100%	Rapport Performance PAISS		
D'ici 2027, augmenter selon les besoins prioritaires la disponibilité des RHS dans	50% de ressources humaines selon les normes	3%	EDS-MICS 2011	5%	20%	30%	50%	EDS-MICS		
		80,6%	ECAM 3 (2007)	85%	90%	95%	100%	ECAM, MICS, SNIS, SARA		
		ND	Rapports d'activités DOSTS	Egal à 80% à échéance				Rapports d'activités DOSTS		
		ND	Rapports d'activités DOSTS	Egal à 80% à échéance				Rapports annuels d'activités DOSTS		
		ND	Rapports d'activités DOSTS	25%	35%	65%	80%	Rapports annuels d'activités DOSTS		
		6%	Analyse situationnelle Secteur pharm. 2008	50%	60%	70%	80%	Audits secteur pharm SNIS,SARA		
		6jours	Rapport MINSANTE 2015	4jrs	2jrs	1 jr	0 jr	Rapports d'activités DPML		
		12 %	OMS	40%	60%	70%	80%	RAP du PNIS, SARA OMS		
		40%	Données administratives	45%	50%	55%	60%	Rapports annuels mise en œuvre PDRH,		

Objectif global de la stratégie	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».								
Problème central de la composante	Faible développement des piliers du système de santé								
Objectif stratégique	Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé								
Indicateur traceur	Nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes/maïeuticiens) pour 1000 habitants								
Objectifs spécifiques	Indice Global de disponibilité des soins et services de santé								
au moins 80% des DS, des DRSP et des directions centrales	Indicateurs		Valeur Actuelle	Source	Cibles			Sources de vérification	
D'ici 2027, 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				(FDR 2013)	2018	2020	2024	2027	Recensement RHS
		Taux de complétude des RMA	0%	SNIS	50%	60%	70%	80%	Rapports annuels de la CIS
		Proportion des résultats de recherches ayant fait l'objet d'une restitution	ND	DROS	10%	30%	40%	60%	Rapports annuels de la DROS
		Proportion des résultats de recherches ayant fait l'objet d'une prise de décision	ND	DROS	10%	20%	30%	40%	Rapports annuels de la DROS

6.2.5 Axe stratégique gouvernance et pilotage stratégique du système de santé

Rappel du diagnostic : la gouvernance et le pilotage stratégique insuffisants font partie des principaux goulots d'étranglement dans le système de santé. En ce qui concerne la gouvernance, elle est caractérisée par les insuffisances relevées au niveau : du cadre législatif et réglementaire; de la transparence et redevabilité; de la participation des bénéficiaires au processus gestionnaire et des capacités des responsables à implémenter le processus gestionnaire.

Pour ce qui est du pilotage stratégique, il est caractérisé par: un dispositif institutionnel pas dimensionné à la hauteur des performances attendues; un fonctionnement encore à parfaire de la chaîne « planification, programmation, budgétisation et suivi-évaluation » dans le secteur ; une faiblesse de la veille stratégique ; une lenteur du processus de déconcentration/décentralisation et une gestion non-optimale du partenariat national et international.

Objectif stratégique : « Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux ».

Objectifs spécifiques : il s'agira d'ici 2027 de:

- améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité;
- renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

6.2.5.1 Objectif spécifique N° 5.1 : « D'ici 2027, améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité ».

Stratégie de mise en œuvre 5.1.1 : renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur.

Le renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur nécessitera la mise en place des réformes, la révision de certains textes existants et/ou l'élaboration de nouveaux textes adaptés à l'environnement du secteur. Lesdites réformes concerneront les thématiques suivantes : (i) financement de la santé avec le développement de la couverture santé universelle ; (ii) réactualisation de la réforme hospitalière ;(iii) renforcement de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique ; (iii) viabilité et satisfaction des (iv) gestion des ressources humaines; (v) gouvernance et pilotage stratégique.

Le cadre juridique sera revu, dans la perspective de combler les vides juridiques et d'actualiser les textes obsolètes existant, en vue d'encadrer la mise en œuvre des interventions de santé. Il sera également question d'élaborer et de diffuser les manuels de

procédures opérationnelles de santé, et d'élaborer des cahiers de charge pour tous les postes de travail. Cela facilitera le suivi et l'application des sanctions aux prestataires du secteur.

Pour compléter ce dispositif, un système d'assurance qualité des prestations des soins et services de santé, dans les FOSA, sera mis en place et permettra à terme de les accréditer.

Stratégie de mise en œuvre 5.1.2 : amélioration de la transparence et de la redevabilité.

L'amélioration de la transparence et de la redevabilité passera par la promotion des principes fondamentaux suivants:

- la **Subsidiarité**, qui consiste à répartir le leadership entre les différents niveaux d'une organisation, en garantissant la prise de décision au niveau le plus bas possible de la chaîne hiérarchique ;
- la **Participation**, qui implique la présence d'acteurs autres que l'État, dans la gouvernance du secteur de la santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les processus, depuis la formulation des politiques jusqu'à leur évaluation ;
- l'**Imputabilité**, qui est le corollaire de la responsabilité et qui consiste à tenir chacun pour responsable de ses actes et performances ;

Transparence : Dans cette stratégie de mise en œuvre, il s'agit de développer les mécanismes d'expression libre des bénéficiaires (ligne verte téléphonique, boîte à suggestions) et d'instaurer des mesures incitatives, pour les suggestions pertinentes dans le but d'améliorer la gestion des ressources. Par ailleurs, une gestion participative sera promue à tous les niveaux de la pyramide, afin de renforcer la transparence dans la gestion administrative et financière des structures sanitaires.

Redevabilité : La culture de reddition des comptes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sera développée. Elle permet au plus grand nombre d'acteurs d'avoir accès à l'information sur la gestion technique et financière des structures sanitaires et à s'exprimer librement, à travers les réunions des structures de dialogue, les conseils d'administration des FOSA de catégorie 1, 2, 3, et enfin à travers les réunions de coordination de routine ou multisectorielles.

Il s'agira aussi de renforcer les missions d'audit et de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces contrôles et audits seront menés dans le domaine des prestations de services (audit technique) et dans la gestion financière et administrative.

Stratégie de mise en œuvre 5.1.3 : renforcement de la participation des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre dans le processus gestionnaire

L'implication des bénéficiaires et des prestataires des services et soins de santé au processus gestionnaire (la planification, l'organisation, la mise en œuvre, et le contrôle) est un préalable important pour l'appropriation des actions de santé et l'amélioration des performances dans le secteur. Aussi, il s'agira, au cours des prochaines années de (i) créer des dynamiques communautaires, pour renforcer la participation des structures de dialogue à la cogestion des FOSA ; (ii) faire participer les bénéficiaires et les acteurs de mise en œuvre des interventions de santé à la planification et au suivi des actions de santé.

Stratégie de mise en œuvre 5.1.4 : renforcement des capacités managériales des responsables et gestionnaires des structures de santé.

Le renforcement des capacités managériales des responsables et gestionnaires des structures de santé facilitera la mise en œuvre appropriée de la SSS. A cet effet, des formations continues en management et leadership seront organisées pour les responsables de structures sanitaires. A terme, les gestionnaires des structures de santé seront capables d'implémenter efficacement le processus gestionnaire.

Stratégie de mise en œuvre 5.1.5 : Renforcement du lien logique entre la planification stratégique, la formulation, l'allocation, et le suivi de l'exécution du budget.

L'élaboration des PTA dans les structures de santé permettra d'opérationnaliser la stratégie sectorielle et le PNDS. A ce titre, pour doter les structures de cet important document de travail (PTA), il sera important d'organiser des ateliers de planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ceci permettra d'assurer une meilleure cohérence entre ces PTA et la stratégie sectorielle d'une part, et d'accroître à moyen et à long terme l'efficacité et l'efficience du système de santé d'autre part.

On renforcera donc les capacités des responsables des structures sanitaires en planification stratégique et opérationnelle, et en suivi des tableaux de bord. Ils seront également « **accompagnés** » dans l'élaboration de leurs plans de développement sanitaire, de leurs plans de travail annuels et de leurs rapports annuels de performance.

Afin d'assurer une gestion efficiente des ressources du secteur, il est impératif de renforcer le lien logique entre les différentes opérations de planification stratégique, de programmation, de budgétisation et de suivi (mission des comités ministériels PPBS). A cet effet, il faudra rendre systématique l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des plans opérationnels budgétisés dans toutes les administrations du secteur, assurer la cohérence et l'ancrage des budgets prévus dans lesdits plans, avec celui de la stratégie sectorielle de santé et du PNDS, et développer un système d'information et de suivi de l'exécution budgétaire de l'ensemble des interventions mises en œuvre dans le sous- secteur public.

Stratégie de mise en œuvre 5.1.6 : amélioration des conditions de travail et Informatisation du processus gestionnaire

Afin d'optimiser la performance des structures sanitaires, il sera nécessaire d'améliorer les conditions de travail des prestataires de soins et services de santé. Il s'agira entre autres de : (i) renforcer le parc automobile ;(ii) construire des logements d'astreinte en privilégiant les DS des zones rurales ; (iii) doter les structures en équipements techniques, d'exploitation et en logistique. Les dites dotations seront effectuées en tenant compte des DS à fort potentiel de développement. Cette stratégie vise aussi l'automatisation des procédures de gestion administratives et le renforcement du dispositif informatique dans les structures sanitaires.

6.2.5.2 Objectif spécifique No 5.2 : « D'ici 2027, renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire».

Au regard de la pluralité des intervenants dans le secteur et de l'exigence de l'atteinte de l'objectif global, qui est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable, la planification stratégique et la coordination du secteur permettront de d'assurer une plus grande cohérence des interventions et d'accroître le niveau de réalisation des objectifs de la SSS.

De manière opérationnelle , il faudra (i) se doter d'outils de pilotage et de suivi actualisés et efficaces, capables de fournir des informations pertinentes et d'aider à la prise des décisions; (ii)renforcer les mécanismes de coordination et de collaboration intersectorielle à tous les niveaux en évitant (1) l'enchevêtrement des compétences, et (2) les doublons d'interventions qui nuisent à l'efficacité du système.

Dans la perspective d'évaluer les progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle, il faudra renforcer le SNIS pour qu'il puisse fournir des données de couvertures de qualité par district et par région.

Il faudra aussi (i) renforcer le fonctionnement des structures de coordination à tous les niveaux (comités de pilotage multisectoriel), réduire leur nombre aux niveaux central et régional, dans la perspective de réaliser des économies d'échelle et améliorer la cohérence globale du système. Un appui substantiel sera octroyé aux structures du niveau opérationnel pour : (i) l'organisation logistique, des activités de supervision et des réunions de coordination, et (ii) le suivi de la mise en œuvre de la SSS.

Stratégie de mise en œuvre 5.2.1 : renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique

Pour une meilleure coordination dans la mise en œuvre des interventions de la SSS, il est indispensable de renforcer le cadre institutionnel de pilotage stratégique. Ainsi, il sera

nécessaire de créer un comité de coordination et de suivi de la MEO de la SSS au niveau régional. Présidé par le gouverneur, ce comité sera élargi aux sous-comités multisectoriels existants.

Par ailleurs, il conviendra de mettre en place, conformément aux prescriptions du guide de planification au Cameroun, un comité technique de suivi qui facilitera l'implémentation des décisions prises par le COPIL. Ce comité validera également les documents techniques préparés par le ST/CP-SSS, avant leur soumission au COPIL. Le ST/CP-SSS quant à lui, assurera la coordination technique et opérationnelle de la MEO de la SSS.

L'actualisation des textes régissant les différents cadres de pilotage à tous les niveaux de la pyramide est un préalable à la bonne mise en œuvre de la SSS. Pour mener à bien leurs missions (voir cadre de MEO et de S&E de la SSS), ces instances de coordination bénéficieront d'un appui financier et logistique approprié.

Stratégie de mise en œuvre 5.2.2 : renforcement du dispositif de veille stratégique

La veille stratégique est indispensable pour le développement de l'intelligence collective, la prospection et la planification stratégique. Ces fonctions permettent au système de santé de renforcer sa résilience face aux changements de l'environnement interne et externe. Dans cette stratégie, il s'agira de faire fonctionner de manière optimale les structures de pilotage du secteur (Observatoire National de la Santé Publique, Secrétariat Technique du comité de pilotage, CIS etc.), afin qu'elles remplissent les principales missions de veille stratégique qui sont : la définition du périmètre ou des champs de veille stratégique ; le développement d'une banque de données issues de sources internes et externes au secteur santé ; la collecte et l'analyse des données pour la production et la diffusion des informations à caractère stratégique, et enfin la dissémination de l'information produite.

Stratégie de mise en œuvre 5.2.3 : renforcement de la déconcentration et de la décentralisation.

La décentralisation, consiste en un transfert par l'État, aux CTD, des compétences particulières et de moyens appropriés¹⁹⁹. Comme axe fondamental de promotion du développement, de la démocratie et de la bonne gouvernance au niveau local, elle obéit aux principes de subsidiarité, de progressivité et de complémentarité. Dans le cadre de sa mise en œuvre, la Circulaire N°001/CAB/PM du 11 janvier 2008, relative à la prise en compte de la décentralisation dans les stratégies sectorielles prescrit entre autres; (i) de former les personnels des services centraux et déconcentrés, en vue de la maîtrise des problématiques de la décentralisation et de la déconcentration ; et (ii) de renforcer l'implication des CTD dans la gestion des structures sanitaires.

Dans cette perspective, il sera nécessaire de mettre en œuvre, de manière diligente, l'arrêté N°0821/A/MINSANTE du 01 avril 2011, précisant les conditions et modalités

techniques d'exercice des compétences transférées par l'État aux communes, en matière de construction, d'équipement, d'entretien et de gestion des Centres de Santé Intégrés et des Centres Médicaux d'Arrondissement.

Stratégie de mise en œuvre 5.2.4 : renforcement du partenariat national

La construction d'un système national de santé efficace, qui offre des chances équitables d'accès aux soins et aux services de santé à l'ensemble de la population, suppose le développement d'un partenariat entre les différents intervenants. Au préalable, cela nécessite que les interactions et interrelations, existant entre ces différents intervenants ainsi que les rôles, fonctions et obligations contractuelles des parties, soient clairement définies. Dans cette perspective, l'élaboration participative et l'adoption par le Gouvernement de la stratégie partenariale du secteur santé, qui fixe le cadre de collaboration entre l'ensemble des acteurs de la santé, constitue une avancée certaine. Il s'agira dans les années à venir de:

- créer un environnement juridique et institutionnel approprié à l'expression du partenariat et des relations contractuelles ;
- réviser le cadre juridique de la Stratégie Partenariale et renforcer les capacités des acteurs pour la promotion et le suivi de l'approche contractuelle ;
- favoriser les mécanismes de négociation des conventions avec les sociétés privées pour la mobilisation des financements additionnels et capter leurs participations dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé ;
- renforcer la pérennité de l'offre de soins du sous-secteur privé non lucratif par la mise en place de l'approche contractuelle avec l'État, à travers : la densification du dialogue entre les responsables du MINSANTE et les responsables des formations sanitaires du sous-secteur privé confessionnel, et la mise en œuvre des conventions-cadres sur la base des engagements pris de commun accord.

Stratégie de mise en œuvre 5.2.5 : amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTFs

Dans un contexte où les ressources se font rares, alors que les besoins et les défis sont de plus en plus nombreux, il est impératif pour le secteur santé d'assurer une gestion cohérente et efficiente des ressources. Il faudra s'arrimer aux principes de la Déclaration de Paris. Il est question pour toutes les parties prenantes du secteur d'élaborer la SSS 2016- 2027, les différents PNDS subséquents, et pour chaque structure sanitaire son plan pluriannuel et son PTA. Ces derniers doivent être en parfaite cohérence avec les différents PNDS. Quant aux PTFs, ils doivent contribuer à la mise en œuvre de la stratégie élaborée et s'aligner aux procédures nationales de gestion des ressources financières (alignement). L'Etat et ses partenaires seront conjointement responsables de la réalisation des objectifs fixés (redevabilité mutuelle).

Enfin, un pacte/compact national autour de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé sera développé et mis en œuvre, pour assurer une meilleure cohérence et coordination des interventions.

Tableau 21: Cadre logique Gouvernance et Pilotage stratégique du système de santé

OBJECTIF STRATÉGIQUE	GLOBAL	DE	LA	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».				
AXE STRATEGIQUE	PILOTAGE ET GOUVERNANCE							
PROBLEME CENTRAL	Faibles performances du système de santé							
OBJECTIF STRATÉGIQUE	Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux							
INDICATEURS TRACEURS	- Taux de réalisation des objectifs de la SSS - Productivité des DS							
Objectifs spécifiques	Indicateurs traceurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles			Sources de vérifications	
				2018	2020	2024	2027	
D'ici 2027, améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité	Indice de perception de la corruption dans le secteur santé	7,56/10	Stratégie nationale de lutte contre la corruption 2010-2015	7%	6%	5%	4%	Rapport d'audits des DS Rapport d'évaluation des pratiques professionnelles
	% de structures sanitaires inspectées	3%	Rapport MINSANTE	10%	15%	20%	25 %	RAP-MINSANTE
	Proportion d'hôpitaux de 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} catégories qui prennent en charge selon les normes les cas d'HTA et de diabète reçus	ND		Augmentation à échéance de 30%				Rapport d'audit externe
D'ici 2027, renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	% des résolutions des instances de coordination mises en œuvre au niveau central	70%	Rapport des réunions de coordination 2015	80%	85%	90%	95%	PV des réunions de coordination

6.3 Priorisation des objectifs de la SSS 2016-2027

Le secteur santé est subdivisé en 5 composantes à savoir : la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la prise en charge des cas, le renforcement du système de santé ainsi que la gouvernance et le pilotage stratégique. En principe, la mise en œuvre des différentes interventions retenues dans chacune de ces composantes devrait à terme permettre d'atteindre l'objectif assigné au secteur qui est de « **de disposer d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable** ». Cependant, la contrainte de la disponibilité des ressources impose une priorisation des 19 objectifs retenus dans cette stratégie. Les critères de priorisation utilisés sont les suivants :

(C1) la cohérence de l'objectif spécifique avec les orientations du secteur;

(C2) les capacités des acteurs à réaliser l'objectif spécifique en fonction des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du système;

(C3) le niveau de contribution de l'objectif spécifique à l'atteinte de l'objectif global;

(C4) l'horizon temporel d'atteinte de l'objectif spécifique ;

(C5) le coût opérationnel de la mise en œuvre de l'objectif spécifique.

Le choix des priorités pour l'horizon 2016-2020, a tenu à la fois compte des scores attribués à chaque critère (voir Tableau 22 ci-dessous), et des orientations stratégiques du secteur de la santé (voir document « *Choix Stratégiques du Secteur de la Santé* »).

6.3.1 Priorités pour le cycle de planification 2016-2020 (PNDS 1)

Pour ce qui est du premier quinquennat de la mise en œuvre de la SSS 2016-2027, (cycle de planification 2016-2020), le renforcement des piliers du système de santé et l'amélioration de la gouvernance dans le secteur ont été retenus comme des préalables pour l'atteinte des résultats projetés dans la SSS, et demeurent par conséquent les priorités de ce cycle de planification.

S'agissant des infrastructures, outre la mise en œuvre du Plan d'Urgence Triennal, le développement des DS constituera un axe d'intervention majeur de ce cycle et se fera progressivement en fonction de leur niveau de viabilité.

Enfin, une attention particulière sera accordée : (i) à la mise en œuvre des interventions à haut impact pour la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, et à (ii) l'implémentation de la CSU.

Deuxième cycle de planification 2021-2027(PNDS 2)

Pendant ce cycle, l'accent sera mis sur :

- La consolidation des acquis de la mise en œuvre du PNDS1 (PNDS 2016-2020);

- La poursuite des activités visant le renforcement des piliers du système de santé (construction/réhabilitation et équipement des structures sanitaires, dotation en ressources humaines de qualité ; etc.)

Il sera aussi question au cours de ce cycle de :

- renforcer l'offre des soins spécialisés ;
- renforcer la mobilisation des ressources financières pour la santé en vue de poursuivre de manière efficace l'implémentation de la CSU ;
- renforcer la mise en œuvre des autres interventions non priorisés dans le PNDS 2016-2020.

Tableau 22: Priorisation des objectifs de la SSS 2016-2027

OS	Objectifs spécifiques	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2016-2020	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2021-2027
OS-4.5	D'ici 2027, 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.	10	6	10	9	10	45	- Renforcement du système national d'informations sanitaires -Renforcement de la recherche en santé -Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décision	- Consolidation des acquis du premier cycle
OS-1.1	D'ici 2027, renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des DS	9	8	9	9	9	44	- 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 - Transfert de compétences aux acteurs communautaires pour une appropriation des interventions de santé - Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé - Amélioration de l'offre de services de promotion de la santé répondant aux besoins de l'individu dans sa globalité - Renforcement du cadre juridique pour une meilleure participation communautaire	- Consolidation des acquis du premier cycle - Mise à disposition de l'expertise technique et transfert de compétences aux CTD et aux organisations à base communautaire, (Structures de dialogue, Organisations de la Société Civile, Organisations Non gouvernementales) dans le domaine de la promotion de la santé - Actualisation des curricula de formation pour une meilleure prise en compte de l'approche socio environnementale dans les programmes d'enseignements
OS-5.2	D'ici 2027, renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	10	7	9	9	9	44	-Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique - Renforcement du partenariat national - Renforcement du dispositif de Veille stratégique - Amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTFs	- Consolidation des acquis du premier cycle - Renforcement de la déconcentration et la décentralisation
OS-4.3	D'ici 2027, accroître de 50% la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé	10	8	9	9	7	43	- Renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique, de la biologie médicale et de la transfusion sanguine - Renforcement des mécanismes d'assurance qualité et de la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques - Promotion de l'usage rationnel des médicaments de qualité	- Consolidation des acquis du premier cycle - Renforcement de la production locale des médicaments - Mise en place de mécanismes de financement pérenne en matière de médicaments
OS-5.1	D'ici 2027, améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité	10	5	10	8	10	43	- Renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur - Amélioration de la transparence et la redevabilité	- Consolidation des acquis du premier cycle - Renforcement de la participation des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre dans le processus gestionnaire - Renforcement des capacités managériales des responsables et gestionnaires des structures dans

OS	Objectifs spécifiques	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2016-2020	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2021-2027
OS-2.2	D'ici 2027, réduire dans au moins 90% des districts, les risques de survenue des événements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses	10	8	8	8	7	41	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du système de surveillance épidémiologique - Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination - Renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux événements majeurs de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidation des acquis du premier cycle - Amélioration de la prévention des autres MAPE non prises en compte par le PEV
OS-3.2	D'ici 2027, 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 au moins 80% des structures sanitaires	10	8	10	7	6	41	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités institutionnelles (FOSA) et communautaires dans le domaine de la SRMNEA - 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 - Amélioration de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique et communautaire) - Amélioration de l'offre de soins SRMNEA de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> -- Consolidation des acquis du premier cycle - Amélioration de l'accès aux services de prévention de la transmission verticale du VIH et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant (mise à l'échelle de la PTME dans l'ensemble des FOSA fonctionnelles) - Renforcer les capacités du personnel soignant - Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SRMNEA
OS-4.2	D'ici 2027, assurer le développement harmonieux des infrastructures, des équipements et la disponibilité des paquets de services et de soins de santé selon les normes dans au moins 80% des formations sanitaires de 3 ^{ème} , 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} catégories	10	9	6	9	7	41	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'offre infrastructurelle (construction/réhabilitation/extension des structures de santé selon les normes) - Renforcement de l'équipement des services de santé selon les normes - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidation des acquis du premier cycle - Renforcement de l'action communautaire et dotation du niveau communautaire en intrants selon les normes et les priorités - Mise en place d'un système d'assurance qualité des soins et services de santé - Renforcement du système de référence et contre référence
OS-2.1	D'ici 2027 réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filiariose lymphatique et THA)	10	8	9	6	7	40	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles - Amélioration de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables - Renforcement de la prévention du Paludisme - Renforcement de la prévention des MTN et des autres maladies transmissibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidation des acquis du premier cycle

OS	Objectifs spécifiques	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2016-2020	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2021-2027
OS-1.3	D'ici 2027, développer des actions de promotion dans au moins 80% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés	10	7	9	6	7	39	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles - Lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool et la consommation des substances illicites - Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives - Renforcement de la sécurité routière 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidation des acquis du premier cycle - Renforcement de la communication intégrée pour le développement(C4D) et marketing social
OS-3.1	D'ici 2027, assurer une prise en charge curative selon les normes des maladies transmissibles et non-transmissibles, ainsi que leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires	10	8	9	8	4	39	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités institutionnelles des DS centré sur le développement des FOSA pour la prise en charge des cas à tous les niveaux du système de santé -Amélioration du diagnostic et de la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de la TB, des IST et des Hépatites virales - Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Non Transmissibles - Amélioration de la gestion intégrée de prise en charge des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidation des acquis du premier cycle - Amélioration de la qualité des soins et des services de santé dans les FOSA dans leurs 8 dimensions - Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de paludisme et des principales causes de fièvre (Dengue, Typhoïde, Grippe...) - Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Tropicales Négligées
OS-3.3	D'ici 2027, assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, des catastrophes et des crises humanitaires, selon les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 80% des districts de santé	10	8	9	8	4	39	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la coordination multisectorielle dans la prise en charge des urgences - Renforcement du processus de gestion prévisionnelle des ressources - Renforcement du diagnostic et de la prise en charge curative des cas d'urgences et des événements de santé publique 	--Consolidation des acquis du premier cycle
OS-4.4	D'ici 2027, augmenter selon les besoins priorisés la disponibilité des RHS dans au moins 80% des DS, des DRSP et des directions centrales	10	7	9	7	6	39	<ul style="list-style-type: none"> - Dotation des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité) - Amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines 	-Consolidation des acquis du premier cycle
OS-4.1	D'ici 2027, réduire d'au moins 30% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable	10	4	10	7	7	38	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des mécanismes de partage du risque maladie - Rationalisation et renforcement des mécanismes institutionnels du financement de la santé - Renforcement de la mobilisation des ressources financières - Renforcement de l'autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel -Renforcement de la performance et de l'efficacité du système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> -Consolidation des acquis du premier cycle -Renforcement de l'autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel
OS-1.4	D'ici 2027, amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale	8	7	7	6	7	35	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'offre de services de PF - Renforcement des autres pratiques familiales 	<ul style="list-style-type: none"> -Consolidation des acquis du premier cycle - Amélioration des politiques publiques en faveur de la PF

OS	Objectifs spécifiques	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2016-2020	Stratégies de mise en œuvre prioritaires pour le cycle 2021-2027
								essentielles favorables à la santé	- Amélioration de la demande des services de PF - Renforcement du suivi et de la coordination des interventions de PF
OS-2.3	D'ici 2027, accroître d'au moins 80% la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfants dans au moins 80% de DS	9	6	6	6	7	34	- Extension de la PTME/eTME avec l'option B+ - Extension de la prévention de la transmission verticale de l'hépatite B de la PTME et de la TME de l'Hépatite B	- Consolidation des acquis du premier cycle
OS-2.4	D'ici 2027, réduire d'au moins 10% la prévalence des principales maladies non-transmissibles (diabètes et HTA)	10	6	7	4	5	32	- 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 - Sensibilisation de la population sur la problématique des maladies non transmissibles et incitation à leur prévention - Renforcement de la prévention de la Drépanocytose et autres maladies génétiques et dégénératives	- Consolidation des acquis du premier cycle - Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des MNT - Promotion de la recherche pour réduire l'incidence des MNT - Amélioration de la prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs - Renforcement de la prévention des maladies mentales, épilepsies et autres affections neurologiques - Renforcement de la prévention du Diabète, de l'HTA, des autres maladies cardiovasculaires et des maladies rénales - Renforcement de la prévention du cancer, de l'asthme et des autres affections respiratoires chroniques - Renforcement de la prévention des maladies rares
OS-1.2	D'ici 2027, améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé	10	5	9	3	3	30	- Amélioration de l'hygiène du milieu (Eau, hygiène, et assainissement) - Promotion de l'urbanisation structurée des villes et aménagement des bidonvilles	- Consolider les acquis du premier cycle - Renforcement des actions de prévention contre la pollution des sols, de l'eau et de l'air - Développement de bonnes pratiques de résilience et de gestion des risques et catastrophes liés au changement climatique
OS-3.4	D'ici 2027, réduire d'au moins 20% la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigible	7	4	7	3	3	24	- Mise en place d'une politique intégrée et coordonnée de la gestion du handicap y compris le handicap mental - Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap	- Consolider les acquis du premier cycle

Troisième Partie:
CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET
DE SUIVI-EVALUATION

Chapitre 7.

DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

Cette section présente le cadre institutionnel et organisationnel du secteur de la santé, les acteurs et leurs rôles, les modalités de mise en œuvre et de suivi évaluation ainsi que les conditions requises pour une mise en œuvre réussie de la SSS 2016-2027.

7.1 Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la SSS

La Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 sera mise en œuvre dans un environnement juridique nouveau en matière de finances publiques, caractérisé par l'entrée en vigueur de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État. Cette loi consacre le concept de budget programme comme cadre d'élaboration, de présentation, d'exécution et de contrôle du budget de l'État.

Le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle Santé sera réalisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Durant la période de validité de cette SSS, des plans de développement sanitaire et opérationnels seront élaborés par toutes les structures sanitaires et leurs objectifs seront respectivement alignés sur ceux des différents PNDS élaborés (PNDS 2016-2020 et PNDS 2021-2027).

Par ailleurs, les différents plans de S/E élaborés par les structures sanitaires seront toujours être alignés sur le Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) en vigueur.

7.1.1 Organes et structures de mise en œuvre et de suivi-évaluation

La mise en œuvre et le suivi-évaluation de la SSS seront assurés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

7.1.1.1 Niveau central :

Le Comité de Pilotage du Secteur Santé : le pilotage et le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS au niveau central seront assurés par un comité interministériel mis en place par le Premier Ministre. Bien que l'atteinte des objectifs de la SSS dépende des synergies des actions des autres départements ministériels, le MSP reste l'institution responsable de la mise en œuvre de la politique de santé. Au-delà de cette responsabilité, il est en effet nécessaire que le leadership du pilotage et du S/E de la SSS soit assuré par le

MSP pour plus d'efficacité et de cohérence avec ses attributions et son champ de compétences.

Par ailleurs pour donner plus de chances à l'exécution des décisions prises par le comité de pilotage de la SSS, le profil des membres dudit comité doit être relevé. En effet, les engagements pris par des décideurs de haut niveau sont susceptibles d'être plus facilement exécutés par les responsables des structures des services déconcentrés.

Un Arrêté du Premier Ministre précisera donc le profil des membres de toutes les instances de coordination, leurs missions, attributions et modes de fonctionnement. Ce Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS sera assisté par un Comité Technique de suivi et un Secrétariat Technique. Ce comité veillera à la synergie des activités, concourant au développement de la santé, exécutées par les différents ministères impliqués dans la MEO des actions dans ce secteur.

Le Comité Technique de suivi : Il sera responsable de la coordination stratégique des interventions menées dans le secteur. A ce titre, il sera chargé de l'animation, de la coordination multisectorielle des interventions et de la validation technique des documents de planification et des rapports de performances élaborés par le Secrétariat Technique avant leur transmission au Comité de Pilotage. Il s'occupera essentiellement des aspects transversaux aux différents départements ministériels et permettra de lever facilement les goulots techniques, identifiés par le ST/CP-SSS, et qui pourraient empêcher l'atteinte des résultats projetés dans la SSS. Le Comité Technique de Suivi (CTS) sera présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé publique. Il devrait comprendre entre autres membres (i) les responsables en charge de la planification des différents ministères partenaires du MINSANTE, (ii) les dix (10) DRSP , (iii) le représentant du Directeur Général de l'Institut National de la Statistique, (iv) les représentants des PTF, et (v) le Coordonnateur du Secrétariat Technique du comité de pilotage.

Le Secrétariat Technique du comité de pilotage : Il aura entre autres pour missions :(i) la coordination opérationnelle et le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS à travers la supervision et, l'organisation des revues thématiques ou sectorielles ;(ii) le renforcement de l'approche sectorielle et de la mise en place d'un compact ; (iii) la confection des outils pour l'élaboration des PTA et des plans pluriannuels des structures sanitaires du niveau déconcentré et du niveau central;(iv) l'appui technique aux DRSP et aux DS pour l'élaboration de leurs plans de travail multisectoriels annuels ou pluriannuels et des plans de suivi-évaluation correspondants ; (iv) des suggestions de mesures correctrices pour les éventuelles faibles performances observées (vi) la participation à la conception des outils de collecte, d'analyse et de diffusion des données en étroite collaboration avec la Cellule des Informations Sanitaires (CIS); (vii) la retro-information aux acteurs du secteur pour ce qui concerne les performances réalisées ; (viii) le suivi du cadre de performance du PNDS 2016-2020 au MINSANTE et dans les administrations partenaires ; (ix) l'évaluation à mi-parcours et finale de la mise en œuvre de la SSS ; (x)

l'élaboration d'une nouvelle SSS ; (xi) l'appui stratégique et logistique au fonctionnement des groupes thématiques et des sous-comités multisectoriels existant dans le secteur ; et (xii) la rédaction des comptes rendus de réunions .

Le ST/CP-SSS s'assurera également de l'alignement stratégique des différents documents programmatiques produits (Document de revue des programmes, CDMT, budget programme, PTA, Feuille de Route du MINSANTE, etc.) avec la SSS, puis proposera des ajustements éventuels pour une bonne synergie des interventions dans le secteur.

Pour plus d'efficacité, d'efficience et de cohérence, le secrétariat Technique du comité de pilotage sera élargi aux autres sous-comités multisectoriels existants dans le secteur auxquels il pourra recourir en cas de besoin. Le nombre de ces sous-comités sera progressivement réduit au fur et à mesure que l'intégration des programmes sera réalisée.

7.1.1.2 Niveaux intermédiaire et opérationnel

Afin de faciliter la mobilisation multisectorielle des acteurs autour des objectifs de la SSS et pour plus de cohérence et d'efficience, le comité de coordination et de suivi de la mise en œuvre de la SSS au niveau déconcentré sera présidé par le Gouverneur de la région représentant du Ministre de la Santé Publique. Le Délégué régional de la santé publique quant à lui assurera la fonction de secrétaire technique dudit comité.

Les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) élaboreront des Plans consolidés de Développement Sanitaire Régionaux (PCDSR) avec l'appui du Comité technique de suivi et du ST/CP-SSS. Elles accompagneront les Districts de Santé dans l'élaboration de leurs Plans de Développement Sanitaire des Districts de santé (PDSD), de leurs PTA et de leurs plans de suivi-évaluation. Ces plans seront élaborés avec toutes les parties prenantes du District de Santé (y compris les collectivités territoriales décentralisées) puis consolidés au niveau de la DRSP.

Toutes les structures de coordination et de pilotage des niveaux central et déconcentré veilleront à ce que les Organisations et Associations de la société civile, les acteurs du secteur privé et les PTF soient impliqués dans les activités de planification et de suivi de la mise en œuvre de leur plan. Ceci permettra une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la SSS, des textes réglementaires seront révisés ou élaborés en vue de garantir l'effectivité de l'approche sectorielle, la transparence et la participation de tous les acteurs du développement sanitaire.

7.1.2 Les acteurs majeurs et leur rôle

7.1.2.1 Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs de la présente stratégie sectorielle. Il valide, adopte et assure sa mise en œuvre sous le leadership du

MINSANTE qui en est le maître d'œuvre. Pour la MEO de la SSS, ledit Gouvernement doit mobiliser les financements internes et externes annuels nécessaires.

Le MINSANTE assure la gestion des ressources mises à sa disposition pour l'atteinte des objectifs de la SSS en liaison avec le MINEPAT, le MINFI, les ministères partenaires prestataires des services et soins de santé, les bureaux locaux des Agences d'aide au développement et les autres parties prenantes. Dans son rôle de régulateur et de leader dans le secteur, il coordonnera toutes les interventions de santé.

Le Ministre de la Santé Publique tiendra le Gouvernement informé de l'évolution de la mise en œuvre de la SSS, à travers le Rapport Annuel de Performance du Comité de Pilotage.

7.1.2.2 Rôle des autres acteurs du système de santé

Les autres acteurs du système de santé sont des organisations ou des individus ayant pour objectif principal l'amélioration de la santé des populations. Parmi ces acteurs, on retrouve entre autres : les populations bénéficiaires des interventions de santé, les organisations de la société civile, les organisations professionnelles, les professionnels du secteur de la santé, les structures de santé (publiques, privées à buts lucratif et non lucratif) et les PTF.

Les structures techniques du niveau central, les DRSP et les Districts de Santé joueront un rôle clé dans la mobilisation de toutes les parties prenantes et des ressources pour la mise en œuvre et le suivi des plans élaborés. Ils veilleront également à l'ancrage et à la cohérence des plans élaborés avec la SSS et le PNDS.

La multiplicité des déterminants de la santé exige une approche multisectorielle dans la résolution des problèmes de santé. Dans cette perspective, les ministères partenaires interviendront dans la mise en œuvre des activités permettant l'atteinte des résultats projetés dans la SSS conformément à l'approche « one health ». Les Organisations de la Société Civile, quant à elles, participeront au renforcement des capacités des communautés et au contrôle social.

Les PTF, les représentations des Initiatives mondiales de santé, les OSC et les ONG apporteront un appui technique et financier à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans. Ils accompagneront les efforts du Gouvernement dans le développement du secteur santé conformément à ses orientations stratégiques. Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, ils doivent fournir des indications sur leurs futures contributions au secteur, sur une base pluriannuelle pour une meilleure prévisibilité des actions à mener.

Le secteur privé, dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises, sera impliqué et viendra en appui aux structures gouvernementales dans la mise en œuvre de la SSS. Il interviendra aussi directement dans l'offre des services et soins de santé, par le biais de la contractualisation.

Les Collectivités Territoriales Décentralisées, avec l'appui des structures déconcentrées de l'État et en collaboration avec les autres acteurs, travailleront au niveau opérationnel pour l'élaboration et la mise en œuvre des Plans de Développement Sanitaire des Districts.

7.2 Outils de mise en œuvre et modalités de suivi-évaluation

La SSS sera mise en œuvre à travers trois (03) outils majeurs à savoir : (1) le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), (2) les plans pluriannuels et (3) les Plans de Travail Annuels (PTA) élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

7.2.1 Outils de mise en œuvre de la SSS

– PNDS

La SSS sera opérationnalisée à travers 2 ou 3 PNDS successifs qui seront des documents de référence pour la planification à tous les niveaux du système de santé, et pour le plaidoyer et la mobilisation des fonds. Ces documents déclineront les objectifs à atteindre, les activités prioritaires et les résultats attendus à court et à moyen termes.

– Plans pluriannuels et Plans de Travail Annuels (PTA)

Sur la base de son plan d'action pluriannuel découlant du PNDS, chaque structure élaborera son PTA de manière participative. Les PTA des Districts seront consolidés au niveau régional. Le budget des différents PTA sera pris en compte dans le Budget programme de chaque administration. Ce dernier sera confectionné en tenant compte des besoins exprimés dans les différents PTA et des dispositions prévues par le régime financier de l'Etat en vigueur.

7.2.2 Suivi-évaluation de la mise en œuvre

Le suivi-évaluation sera assuré au moyen d'un cadre des résultats stratégique présentant de façon mesurable les buts et les objectifs à atteindre.

7.2.3 Modalités de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS

Plusieurs modalités de travail seront utilisées pour le S/E de la mise en œuvre de la SSS, à savoir : les revues sectorielles et thématiques, les supervisions, le monitoring, les réunions de coordination et celles du comité de pilotage.

a) revues sectorielles et thématiques

Des revues (semestrielles et annuelles) seront organisées pour servir de cadre de réflexion critique afin de veiller à l'efficacité de la mise en œuvre de la SSS.

b) Supervision, monitoring, réunions de coordination et du comité de pilotage

La supervision des acteurs de mise en œuvre des plans de travail élaborés s'effectuera en cascade : le niveau central supervisera les acteurs des délégations régionales de santé, qui eux superviseront les équipes cadres de district (ECD). Ces dernières superviseront à leur tour les prestataires des FOSA dans les aires de santé.

Le monitoring sera décentralisé et se fera au niveau des AS sous la supervision des ECD avec l'appui du niveau régional.

Les réunions de coordination multisectorielle ou de routine seront des opportunités pour le partage et le suivi des progrès réalisés.

A tous les niveaux de la pyramide, le monitoring de la SSS consistera à suivre : (i) la mobilisation des ressources et leur affectation, (ii) la mise en œuvre effective des 5 composantes de la SSS (voir interventions du PNDS), (iii) l'atteinte des objectifs en suivant l'évolution des indicateurs retenus dans le PISE et (iv) le niveau des écarts qui permet une bonne préparation de l'évaluation à mi-parcours. Plusieurs supports et outils de suivi seront utilisés pour collecter, traiter, analyser et interpréter les données : registres, DHIS (2), tableaux de bord ou matrices de suivi, fiches d'études et d'enquêtes (questionnaires).

7.2.3.1 L'évaluation de la SSS

L'évaluation de la SSS sera réalisée à travers les 3 modalités suivantes : la surveillance de la mise en œuvre des interventions, les évaluations à mi-parcours et finale.

Surveillance de la mise en œuvre des interventions.

La surveillance de la mise en œuvre des interventions se fera tous les 6 mois et permettra d'apprécier les tendances des performances réalisées pour ajuster au besoin les stratégies /interventions planifiées. Pendant cette surveillance, Les évaluations internes seront réalisées sur la base : (i) des rapports d'exécution des plans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et opérationnel ; (ii) des rapports de supervision périodique de chaque niveau de la pyramide sanitaire ; (iii) des audits techniques financiers et comptables.

7.2.3.2 Évaluation à mi-parcours

Après 72 mois de mise en œuvre de la SSS, une évaluation à mi-parcours sera réalisée pour apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs d'impact et réajuster les stratégies si besoin est.

7.2.3.3 Évaluations finale

L'évaluation finale sera faite en 2028, à l'issue de la mise en œuvre de la SSS. Elle appréciera le niveau d'atteinte des objectifs de la Stratégie et l'impact des plans mis en œuvre, puis en tirera des leçons pour l'élaboration de la nouvelle SSS. L'évaluation finale

permettra aussi d'apprécier les aspects de gestion (administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans).

7.3 Conditions de réussite de la mise en œuvre

Pour assurer une bonne mise en œuvre de cette stratégie sectorielle, de nombreuses réformes sont nécessaires.

7.3.1 Les réformes

Les réformes envisagées visent un changement important de l'organisation institutionnelle du système de santé dans le but d'améliorer son fonctionnement et son efficacité.

L'efficacité de la mise en œuvre de la SSS est tributaire de l'adoption de certaines réformes dans les domaines suivants : (i) le financement de la santé avec le développement de la couverture santé universelle ; (ii) la réactualisation de la réforme hospitalière ; (iii) le renforcement de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique ; (iii) la viabilisation des DS; (iv) la gestion des ressources humaines; (v) la gouvernance et le pilotage stratégique.

Pour ce qui est du financement de la santé, la réforme envisagée est la mise en place progressive d'un système de CSU. En effet, l'instauration d'un système national de prépaiement des soins et services de santé est nécessaire afin d'améliorer l'accès aux soins pour toutes les couches de la population, y compris les plus démunies. Ce système sera mis en place sur les principes de solidarité nationale, d'universalité, d'affiliation obligatoire et de responsabilité générale de l'Etat.

Afin d'assurer la soutenabilité d'un tel système, une Stratégie de Financement de la Santé sera élaborée. Celle-ci définira les axes stratégiques qui permettront: (i) d'assurer la soutenabilité des financements alloués à la santé, (ii) d'augmenter l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Une réforme majeure consistera donc à autonomiser les formations sanitaires afin qu'elles puissent utiliser leurs recettes propres pour résoudre leurs problèmes et réaliser les activités définies dans leur plans respectifs (sans cadrage préalable).

S'agissant de la réactualisation de la réforme hospitalière, les textes régissant l'organisation et le fonctionnement des FOSA et qui fixent les coûts des prestations des services et soins de santé sont obsolètes ; il sera donc nécessaire de les réactualiser. Dans la perspective de la viabilisation des DS, cette réforme visera à terme à assurer aux hôpitaux une autonomie de gestion technique et financière.

Pour ce qui est de la gestion de la pharmacie et du médicament, la principale innovation consistera à rendre autonome l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique. Cette autonomisation lui permettra entre autres d'améliorer la

disponibilité et l'utilisation des médicaments essentiels de qualité, et aussi de renforcer la lutte contre les médicaments contrefaits et ceux de la rue.

Pour ce qui est de la viabilisation des DS, deux préalables majeurs doivent être envisagés ici : (i) la revue du découpage actuel des DS (regroupement de ceux qui ont une faible population et éclatement de ceux qui sont surpeuplés) (ii) le recrutement local des ressources humaines selon les besoins. Par ailleurs, en raison de l'absence d'un cadre juridique et réglementaire adapté pour les acteurs communautaires, ceux-ci n'ont pas pu remplir correctement leur mission avec toutes les garanties de sécurité juridiques requises. L'actualisation des textes réglementaires de la participation communautaire est donc un préalable important pour la mise en œuvre sécurisée de la SSS 2016-2027.

En matière de gouvernance et de pilotage stratégique, conformément aux prescriptions du guide de planification au Cameroun, il sera créé au niveau central un comité technique de suivi chargé de la pré-validation technique des propositions faites par le ST/CP-SSS avant leur soumission au COPIL. Il s'occupera surtout des aspects transversaux aux différents départements ministériels et facilitera la mobilisation multisectorielle des acteurs.

Au niveau déconcentré, des comités de coordination et de suivi de la mise en œuvre de la SSS, démembrés du COPIL seront créés et mis en place. Présidés par le gouverneur, ceux-ci seront élargis aux sous-comités multisectoriels de santé existants dans les régions pour éviter la fragmentation et l'éparpillement des activités de coordination. Le secrétariat de ce comité régional sera assuré par le délégué régional de la santé.

7.3.2 PLAN DE GESTION DES RISQUES

L'efficacité de la mise en œuvre de la SSS sera liée à la proactivité du système sur deux plans. Dans un premier plan, il sera nécessaire que les acteurs de mise en œuvre soient, capables d'anticiper sur les goulots structurels et organisationnels susceptibles d'entraver l'atteinte des objectifs projetés dans la présente stratégie. Dans un second plan, ces derniers devront être à même de saisir les opportunités qui se pourraient faciliter l'atteinte des objectifs fixés. D'où la nécessité d'intégrer la gestion des risques à tous les niveaux de la pyramide.

Tableau 23: Plan d'anticipation des aléas négatifs

PROMOTION DE LA SANTE		Objectif de l'axe stratégique: Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé	
RISQUES IDENTIFIES	STRATEGIE D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
Le faible intérêt accordé aux questions relatives à la Promotion de Santé peut entraîner une allocation insuffisante des ressources dans cette composante et donc à une faible mise en œuvre des interventions de Promotion de la santé	Organisation du suivi étroit des activités de plaidoyer en faveur de la promotion de la santé planifiées dans la SSS 2016-2027	Les activités de plaidoyer en faveur de la promotion de la santé sont implémentées et rigoureusement suivies	DPS MINSANTE
	Développement des stratégies d'amélioration continue des connaissances des RHS et des populations-cibles sur les problématiques de promotion de la santé	Les populations cibles s'approprient des questions relatives aux déterminants de la santé et les financent	DPS MINSANTE
RENFORCEMENT DU SYSTEME		Objectif de l'axe stratégique : Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité	
RISQUES IDENTIFIES	MESURES D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
En l'absence d'une couverture sanitaire universelle, les paquets d'offre de service aux couches les plus vulnérables risquent de rester inaccessibles malgré les efforts de subventions et de gratuité.	Renforcement du plaidoyer pour le financement de la santé et le partage du risque maladie auprès des entreprises citoyennes	L'accès des couches les plus vulnérables aux services et soins de santé est amélioré	DOSTS
La faible mise en œuvre des mécanismes de fidélisation du personnel dans les zones difficiles d'accès peut entraîner une inéquité dans la disponibilité de l'offre de service.	- Renforcer les actions de plaidoyer pour mobiliser les ressources financières nécessaires à la fidélisation du personnel affecté dans les zones difficiles d'accès	Les ressources humaines sont équitablement réparties sur le territoire national	MINSANTE/DRH
	Appliquer les mesures prévues pour la fidélisation des RHS		
Les difficultés liées au recrutement des prestataires de soins dans le sous-secteur public peuvent rendre difficile la prise en charge curative des cas selon les normes.	Plaidoyer continu auprès du ministère de la fonction publique pour le recrutement des RHS	Le secteur santé dispose de suffisamment de RHS	DRH
	Contractualiser le personnel au niveau opérationnel		DRH/DCOOP
	Identifier et mettre en place des mécanismes d'absorption des RHS.		DRH/DCOOP
GOUVERNANCE ET PILOTAGE		Objectif de l'axe stratégique: Augmenter la performance du système de santé à tous les niveaux	
RISQUES IDENTIFIES	MESURES D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
La lenteur dans l'adoption des réformes peut entraver l'atteinte des objectifs fixés.	Développer des mécanismes de gestion du changement	Les réformes nécessaires pour la mise en œuvre efficace de la stratégie sont élaborées	Secrétariat Général/ST/CP-SSS
	Accélérer la mise en œuvre des réformes		Comité Technique de suivi

La persistance de la corruption dans les services publics reste un obstacle qui limite l'accès des pauvres aux soins et aux services de santé.	Sensibiliser des usagers et bénéficiaires des services et soins de santé sur leurs droits et devoirs.	L'indice de perception de la corruption dans le secteur est réduit	Les Inspections Générales
	Renforcer la mise en œuvre des Initiatives à Résultats Rapides (IRR)		
Le niveau central reste impliqué dans les activités opérationnelles au détriment de ses missions stratégiques. Ce qui risque d'affaiblir la performance du système de santé	Développer des mécanismes de gestion axée sur les performances à tous les niveaux.	Les structures centrales améliorent leurs performances et permettent aux structures de niveaux inférieurs de jouer pleinement leur rôle.	Secrétariat Général
Difficulté des partenaires à s'intégrer dans une approche sectorielle	Renforcer le leadership du MINSANTE dans le secteur et le dialogue à travers un compact national	Les interventions de tous les acteurs du secteur sont orientées vers les priorités nationales.	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la –Stratégie Sectorielle de Santé

Tableau 24 : Plan d'anticipation des aléas positifs

GOUVERNANCE ET PILOTAGE		Objectif de l'axe stratégique: Augmenter la performance du système de santé à tous les niveaux	
RISQUES IDENTIFIES	STRATEGIE D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
Les conférences des services centraux extérieurs régulièrement organisées peuvent servir de plateforme d'échange entre les intervenants du secteur santé de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	S'appuyer sur les recommandations de ces conférences pour affiner la réflexion stratégique et le suivi de la mise en œuvre de la SSS.	Les conférences regroupant les parties prenantes du secteur sont mieux organisées et les résultats qui en découlent sont exploités pour l'amélioration de la gestion stratégique.	Secrétariat Général
L'organisation des coupes d'Afrique de football 2016-2019 va entraîner une grande demande des services et soins de santé.	Organiser un plaidoyer de haut niveau pour l'amélioration des plateaux techniques dans les DS des régions qui abriteront ces compétitions.	Les formations sanitaires des villes concernées par ces compétitions bénéficient de nouveaux équipements de qualité.	DRFP/DEP/DRH

Chapitre 8.

FINANCEMENT DE LA STRATÉGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027

Le présent chapitre présente la vision globale du financement de la santé sur la période 2016-2027: (i) le cadrage budgétaire, (ii) les coûts prévisionnels de la SSS, (iii) l'analyse des gaps de financement et (iv) l'impact projeté de la Stratégie Sectorielle 2016-2027.

8.1 Cadrage budgétaire

Le cadrage budgétaire a été réalisé sur la base des documents d'engagement stratégiques nationaux existants et la formulation d'hypothèses de projections jusqu'en 2027. D'une part, on projette un flux de financement continu et croissant pour le MINSANTE et les ministères partenaires entre 2016 et 2027. D'autre part, l'hypothèse prévoit une baisse des ressources externes à partir de 2020 traduisant le désengagement possible de certains partenaires multilatéraux alors que les partenaires bilatéraux maintiennent leur appui au secteur santé (tableau 25).

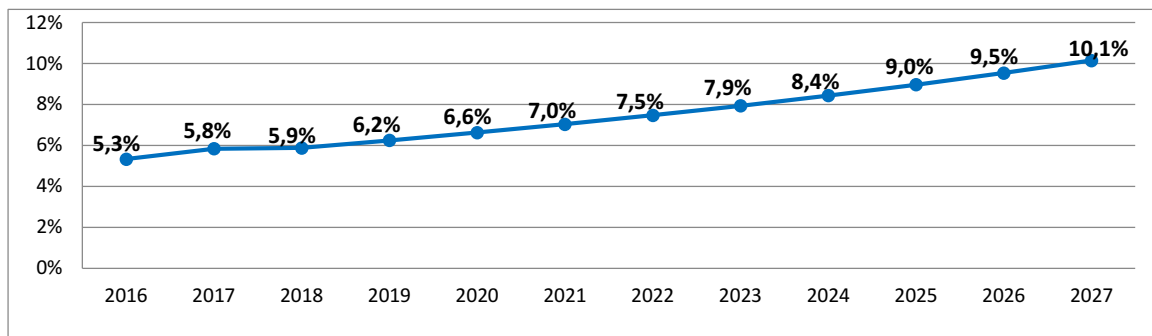
Tableau 25: Projections de financement (montants en milliards de FCFA)

ANNEE	PERIODE 2016 -2020					TOTAL 2016-2027
	2016	2017	2018	2019	2020	
MINSANTE(CBMT)	143,6	179,4	200,9	227,0	256,5	4 023,9
MINISTERES APPARENTES	15,4	14,3	14,1	15,1	15,5	194,3
PARTENAIRES MULTILATERAUX (GLOBAL FUND, GAVI, BM, OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, HKI, SABIN VACCINE)	93,4	98,6	108,4	62,9	62,9	658,3
PARTENAIRES BILATERAUX (Etats Unis, Allemagne, France)	12,4	12,4	11,6	11,6	11,6	140,8
Plan National d'Urgence Triennal	41,0	50,0	59,0			150,0
FONDS PREVISIONNELS	306,0	354,7	394,0	316,6	346,5	5 230,2

Source : CBMT MINSANTE 2015-2018, CDMT 2015-2018 des ministères apparentés, PPAC 2015-2019, note conceptuelle 2016-2018 du Paludisme, VIH/TB. Hypothèse de projection : taux de croissance moyen du Cameroun de 5.9%, taux de croissance du budget du MINSANTE 13%, ministères apparentés 2-5%, diminution du budget des partenaires multilatéraux de 15% à partir de 2020, contribution constante des partenaires bilatéraux.

Sur la base des projections d'allocation ministérielles du CBMT, la courbe de la figure 10 ci-dessous présente l'évolution du budget santé par rapport au budget national sur la période 2016 – 2027. A travers ce graphique, on note une progression vers l'engagement des chefs d'Etat africains à Abuja qui stipule que 15% du budget national soit alloué à la santé. Afin que ce niveau de financement soit atteint, un fort plaidoyer envers les acteurs en charge du cadrage budgétaire national est nécessaire.

Figure 10: Evolution du budget santé par rapport au budget national



Source : projections basées sur le CBMT 2016-2018

8.2 Coûts prévisionnels de la stratégie

8.2.1 Hypothèses d'estimation

L'estimation des besoins réels de financement de la santé a été réalisée avec l'outil *One Health* qui permet l'estimation des coûts des interventions dans le domaine de la santé, sur la base des cibles fixées. Les paramètres suivants ont été déterminants pour l'estimation du coût global de la stratégie:

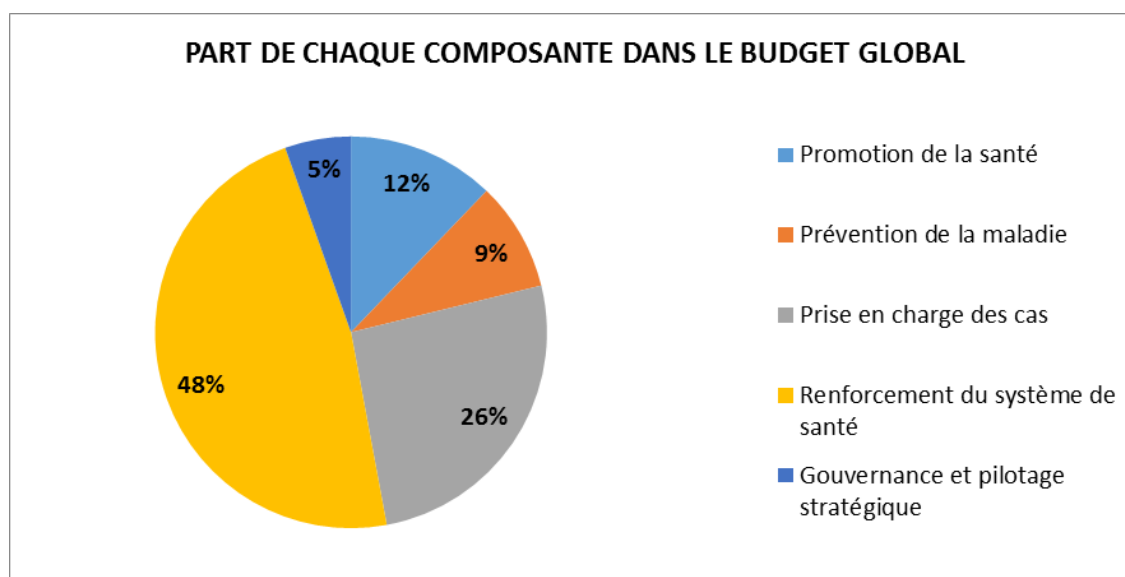
- les cibles annuelles visées par chaque programme, service et système de santé pour la période 2016 – 2027 ;
- les coûts unitaires extraits des plans des différents programmes, de la Mercuriale 2015, ou estimés en utilisant la méthode qualitative ;
- les stratégies définies par la SSS 2016-2027 et les interventions prioritaires pour l'atteinte de l'objectif global de la stratégie.

Par ailleurs, il intègre l'analyse des goulots d'étranglements, dont la budgétisation des actions correctrices identifiées permet d'avoir une estimation réelle des besoins de financement de la santé.

8.2.2 Analyse du coût prévisionnel global

Le coût prévisionnel global de la mise en œuvre de la SSS 2016-2027 a été estimé à 5 824 milliards FCFA sur la période de douze ans, soit un coût moyen annuel de 485 milliards FCFA. Conformément aux orientations de la stratégie, le renforcement du système de santé absorbera une part importante des ressources allouées soit 48% (figure 11).

Figure 11: Coûts de la SSS 2016-2027 par composante (en pourcentage du coût global)



Source : analyse One Health Tool

On note que les interventions qui nécessiteront le plus de ressources sont celles qui concernent : (i) l'amélioration du cadre de vie des populations pour la promotion ; (ii) la prévention des maladies transmissibles; (iii) la prise en charge des maladies transmissibles; et (iv) le développement des ressources humaines (tableau 26).

Tableau 26: Décomposition des coûts de la SSS par sous composante sur la période 2016-2027(montant en milliards de FCFA).

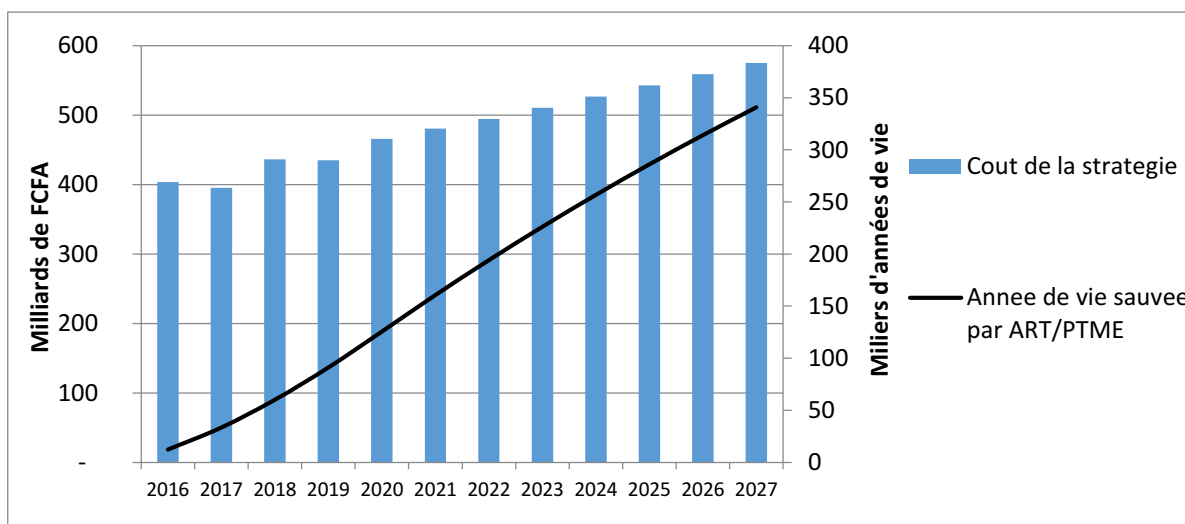
COMPOSANTE	SOUS-COMPOSANTE	COUTS TOTAL EN FCFA
Composante 1 Promotion de la santé	1.1. Capacités institutionnelles, communautaire et coordination pour la promotion de la santé	48,0
	1.2. Cadre de vie des populations	137,5
	1.3. Renforcement des aptitudes favorables à la santé	108,4
	1.4. Pratiques familiales essentielles et planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement	69,0
	Total Composante 1	362,8
Composante 2 Prévention de la maladie	2.1. Prévention des maladies transmissibles	461,3
	2.2. MAPE et événements de santé publique surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et événements de santé publique	119,1
	2.3. SRMNEA/PTME	57,8
	2.4. Prévention des maladies non transmissibles	44,0
	Total Composante 2	682,2
Composante 3 Prise en charge des cas	3.1. Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles	1 112,9
	3.2. Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents	265,1
	3.3. Urgences, catastrophes et crises humanitaires	4,0
	3.4. Prise en charge du handicap	3,8
	Total Composante 3	1 385,6
Composante 4 Renforcement du système de	4.1. Financement de la santé	219,7
	4.2. Offre de services et de soins	712,2
	4.3. Médicaments et autres produits pharmaceutiques	495,2

santé	4.4. Ressources humaines en santé	1 668,9
	4.5. Information sanitaire et recherche en santé	5,7
	Total Composante 4	3 101,6
Composante 5 Pilotage stratégique et Gouvernance	5.1. Gouvernance	158,5
	5.2. Pilotage stratégique	133,4
	Total Composante 5	291,9
COÛT TOTAL DE LA STRATEGIE SECTORIELLE		5 824,0

Source: Analyse One Health Tool

Les arbitrages du volume de financement des interventions de la SSS auront des conséquences directes sur le niveau d'atteinte des principaux indicateurs de santé. La figure ci-dessous montre le nombre d'années de vie sauvées par ART/PTME si la SSS 2016-2027 est totalement financée (figure 12). Cette corrélation directe induit que si le volume de financement n'est pas suffisant, cela aurait une conséquence négative sur l'évolution des indicateurs.

Figure 12 : Coûts de la SSS 2016-2027 et nombre d'années de vie sauvées par ART/PTME Analyse des gaps de financement



Source : Analyse des projections One Health Tool

Les projections de financement disponibles sur la période de la stratégie estiment les ressources mobilisables en faveur de la santé à FCFA 5 230 milliards (tableau 27). De ce qui précède, on observe un gap de financement de la santé sur la période 2016 – 2027 de FCFA 594 milliards (tableau 27) ; soit une moyenne annuelle d'environ FCFA 50 milliards.

Tableau 27: Comparaison entre les besoins réels et les financements disponibles (milliards de FCFA)

	Période 2016-2020	Période 2021-2027	Total 2016-2027
TOTAL FINANCEMENT PREVISIONNEL	1 717,8	3 512,4	5 230,2
COÛT DE LA STRATEGIE SECTORIELLE	2 135,7	3 688,3	5 824,0
GAP DE FINANCEMENT	417,9	175,9	594

Ce gap de financement traduit l'insuffisance des ressources allouées à la santé. Afin de combler ce gap, un plaidoyer sera mené auprès du MINEPAT et du MINFI pour une

allocation croissante plus forte du budget de l'Etat en faveur de la santé et/ou l'instauration des sources innovantes de financement de la santé.

Il est important de noter ici que la contribution des ménages n'est pas prise en compte dans cette analyse des gaps. Pourtant une grande partie des financements des ménages non captée dans le système de santé constitue une source de financement non négligeable. Cependant, cette dernière ne saurait être utilisée pour combler le gap ci-dessus, dans l'effort actuel vers la couverture santé universelle.

Afin de mobiliser des ressources pour la santé de manière pérenne, un document de stratégie de financement de la santé sera élaboré. Il prônera, entre autres, une utilisation plus efficiente des ressources disponibles et permettra d'améliorer la performance des programmes en vue de l'atteinte des objectifs stratégiques du secteur.

ANNEXES

- Tableau d'évolution des ressources humaines du MINSANTE (spécialistes) de 2009 à 2011
- Schéma d'opérationnalisation de la SSS 2016-2027
- Schéma synthétique du dispositif de pilotage
- Références

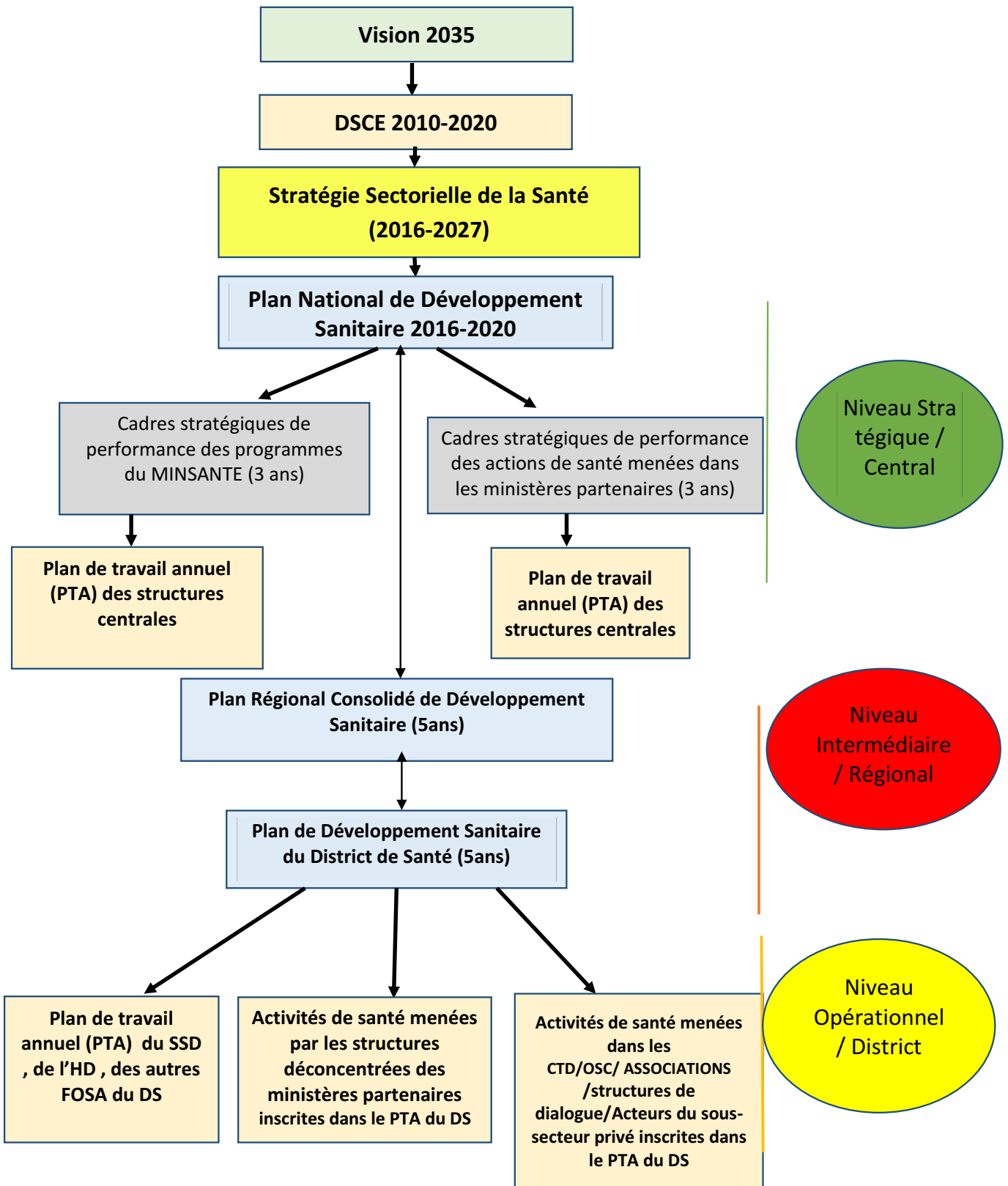
**ANNEXE 1 : Tableau d'évolution des ressources humaines du MINSANTE
(spécialistes) entre 2009 et 2015**

#	Spécialité	2009*	2015**	Evolution annuelle
1	Anesthésie réanimation	12	31	+3,2
2	Cancérologie	4	4	0,0
3	Cardiologie	12	38	+4,3
4	Chirurgien généraliste	25	13	-2,0
5	Chirurgien spécialiste	18	31	+2,2
6	Dermatologie	10	4	-1,0
7	Endocrinologie	6	13	+1,2
8	Economie de la santé	2	ND	ND
9	Gynécologie et Obstétrique	36	97	+10,2
10	Immunologie	ND	1	ND
11	Infectiologie	4	5	+0,2
12	Médecine d'urgence	2	3	+0,2
13	Interniste	ND	11	ND
14	Néphrologie	4	9	+0,8
15	ORL	11	28	+2,8
16	Ophthalmologie	11	36	+4,2
17	Pédiatrie	24	76	+8,7
18	Pharmacie	17	161	+24,0
19	Psychiatrie	8	5	-0,5
20	Rhumatologie	1	14	+2,2
21	Toxicologie	0	0	0,0
22	Santé Publique	108	ND	ND

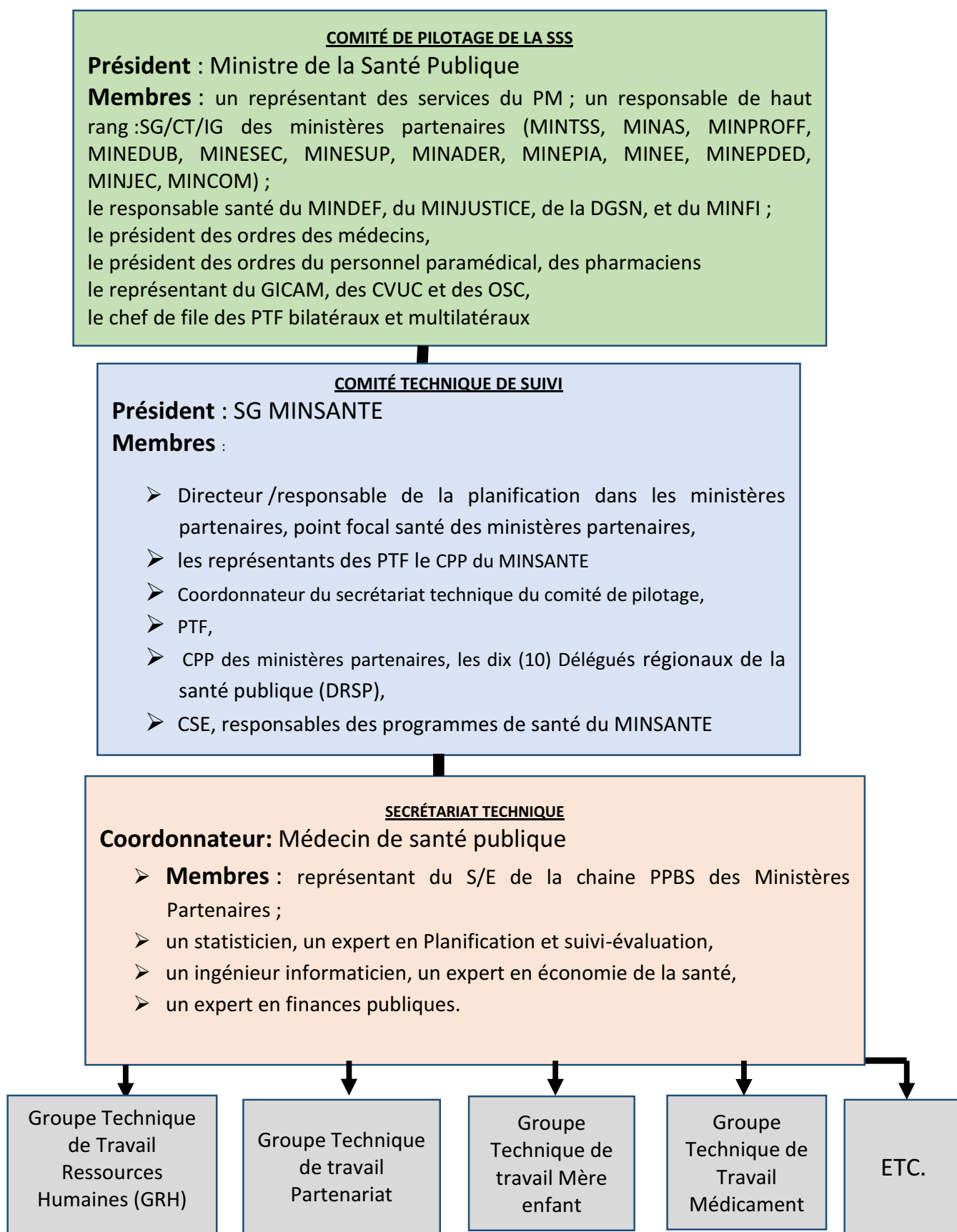
Source : * Rapport de l'analyse situationnelle des ressources humaines en santé au Cameroun 2009

**Données non publiées de l'Observatoire des Ressources Humaines en Santé (Septembre 2015)

ANNEXE 2 : Schéma d'opérationnalisation de la SSS 2016-2027



ANNEXE 3: Schéma synthétique du dispositif de pilotage de la SSS



Références

- ¹Global Burden of Diseases 2013.
- ² MINFI, Loi de finances 2012, 2013, 2014, 2015.
- ³ Songo et Njoumeme, Cadre réglementaire des Formations Sanitaires publiques et régimes de financement de la santé au Cameroun, 2013.
- ⁴ Constitution de la République du Cameroun : Loi n° 96/06 du 18 Janvier 1996 portant révision de la constitution du 2 Juin 1972.
- ⁵ Loi n°2004/017 du 22 Juillet 2004 portant orientation de la décentralisation.
- ⁶ Institut National de la Statistique. Comptes Nationaux 2014.
- ⁷ Banque Mondiale, Base de donnée par pays: Cameroun. 2014. <http://www.data.worldbank.org>
- ⁸ Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'État 2015.
- ⁹ Présidence de la République du Cameroun. Communiqué de presse à l'issue du Conseil Ministériel du 09 déc. 2014.
- ¹⁰Convention cadre de construction et d'équipement entre la République du Cameroun et Alliance Développement Immobilier et le Groupe Banque Atlantique du 19 décembre 2015.
- ¹¹Institut National de la Statistique. Rapport du 3ème Recensement général de la population et de l'habitat (2010)
- ¹² MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012
- ¹³Institut National de la Statistique. Rapport du 3ème Recensement général de la population et de l'habitat (2010).
- ¹⁴ Institut National de la Statistique. Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV). 2014.
- ¹⁵UNDP, Human Development Report 2013/2015.
- ¹⁶ Institut National de la Statistique. 2^e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2) : Rapport principal, volet santé. 2010.
- ¹⁷Institut 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.
- ¹⁸UNICEF. Cameroon Humanitarian Situation Report. 31 August 2015. <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/cameroon/documents?search=&page=13>.
- ¹⁹ Ministère des Travaux Publics, 2012. Accessible à : <http://www.mintp.cm/fr/projets-realizations/presentation-du-reseau-routier>.
- ²⁰ Ministère des Transports. Transtat 2013. Accessible at : ftp://197.159.3.45/statistiques/bull_stat_2013.pdf
- ²¹ Agence de Régulation des Télécommunications. Étude sur le niveau d'accès, les usages et la perception des services des communications électroniques. 2014.
- ²² Programme National de Lutte contre le Paludisme. Enquête post campagne sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide a longue durée d'action. 2013.
- ²³ MINEPAT, Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun. 2011.
- ²⁴ OMS/Afro. Guide for the development of a National Health Policy and a National Health Strategic Plan. WHO Regional Office for Africa (2010).
- ²⁵ Arrêté N° 186/PM du 20 Décembre 2010, signé par le Premier Ministre Chef du Gouvernement, porte réorganisation du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé.
- ²⁶ Décision N°1412/D/MINSANTE/SG du 28 novembre 2014 du Ministre de la Santé publique, portant organisation et fonctionnement du Groupe Technique de Travail chargée de la production des documents nécessaires à l'élaboration de la stratégie sectorielle de la santé post-2015.
- ²⁷World Health Organization. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE): OneHealth Tool (2015) <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/#>.
- ²⁸MINSANTE/DRH. Plan de développement des ressources humaines PDRH: État des lieux et diagnostic (2012). Complété à partir de l'organigramme de 2013.
- ²⁹MINSANTE, Recueil des textes organiques du Ministère de la Santé Publique, Mai 2015.
- ³⁰ République du Cameroun/Ministère de la Santé Publique. État des lieux et diagnostic du secteur de la santé. (2015).
- ³¹ Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.
- ³² Ministère de la Santé Publique. Déclaration de politique de réorientation de soins de santé primaires au Cameroun. 1993.
- ³³Institut National de la Statistique. 5^e Enquête a indicateurs multiples (MICS 5) : Rapport préliminaire. 2015.
- ³⁴ Stratégie Nationale de gestion de Déchets au Cameroun (Période 2007- 2015), Draft III, Yaoundé 2007.

-
- ³⁵OMS. 2004. Site web : www.who.int/household.../HWTSIndoorAirV3.pdf consulté le 20/12/2015
- ³⁶Debois, M, Marié, L, Martin, J-P. Le moteur mis au point et contrôles. Essais et mesures. Tome 1, Faucher. 1979.
- ³⁷Mauger J. Des restrictions annoncées contre les Véhicules de seconde main. Cameroon Tribune du 17 juin 2015.
- ³⁸Shhaheed, A. & Montgomery, M. Combined household water treatment and indoor air pollution projects in urban Mambanda, Cameroon and rural Nyanza, Kenya. World Health Organization. Geneva, 2011. WHO/SDE/02.11.
- ³⁹GEIC. 5^e Rapport du Groupe d'Experts Intergouvernemental sur les pressions du Climat. 2013.
- ⁴⁰FOMEKONG, F (2011): Conditions d'habitat et accessibilité au logement des personnes âgées au Cameroun. INS, Yaoundé, Cameroun.
- ⁴¹Roue-Le Gall A, Le Gall J, Potelon JL, et al. Guide agir pour un urbanisme favorable à la Santé : concept et outils. Ecole des hautes Études en Santé Publique. 2014.
- ⁴²Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. 2015.
- ⁴³Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. Plan National de développement des infrastructures sportives (année).
- ⁴⁴MINH DU, 28^{ème} édition de la journée mondiale de l'habitat. 2015.
- ⁴⁵Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Cameroun 2013.
- ⁴⁶Ministère de la Justice, Rapport d'activité premier semestre 2015.
- ⁴⁷Noeske J, Ndi N, & Mbondi S. Controlling Tuberculosis in prisons against confinement conditions: a lost case? Experience from Cameroon. Int J Tuberc Lung Dis. 2011 Feb;15(2):223-7, i. 2011.
- ⁴⁸Ministère de la Justice, 2014 (Cameroun).
- ⁴⁹Hess SY1, Brown KH, Sablah M, et al. Results of Fortification Rapid Assessment Tool (FRAT) surveys in sub-Saharan Africa and suggestions for future modifications of the survey instrument. Food Nutr Bull. Mar;34(1):21-38. 2013.
- ⁵⁰Statistiques recueillies auprès du Secrétariat d'État à la Défense (non publiée).
- ⁵¹Ministère du Sport et de l'Éducation Physique : Rapport des États généraux du sport et de l'éducation physique 2010.
- ⁵²Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. Cadre de Dépenses à Moyen Termes du Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. 2013-2014.
- ⁵³Institut National de la Statistique (INS) et Ministère de la Santé Publique. Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (Global Adult Tobacco Survey, GATS) - Cameroun 2013. (2014).
- ⁵⁴Comité de Lutte Contre la Drogue. Rapport d'activité CNLD, op cit.
- ⁵⁵OMS. statistiques sanitaires mondiales 2014.
- ⁵⁶OMS. Alcohol consumption: levels and patterns. 2014.
- ⁵⁷Étude CAMNAFAW et Ministère de la Santé Publique.
- ⁵⁸Ministère de la Santé Publique. Plan Opérationnel de la Planification Familiale au Cameroun 2015-2020 (2014).
- ⁵⁹Ministère de la Santé Publique. Plan Opérationnel de la Planification Familiale au Cameroun 2015-2020 (2014).
- ⁶⁰Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 2013.
- ⁶¹Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille. Rapport Annuel de Performance. 2013.
- ⁶²Fichier personnel du Ministère des Affaires Sociales. 2015.
- ⁶³Murray, Christopher JL, et al. "Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition." *The Lancet* (2015).
- ⁶⁴Ministère de la Santé Publique. Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2011-2013.
- ⁶⁵Ministère de la Santé Publique. Comptes Nationaux de la Santé 2012.
- ⁶⁶Ministère 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).
- ⁶⁷Instance de Coordination Nationale du Cameroun. Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017.
- ⁶⁸Programme National de lutte contre le Paludisme. Rapport annuel d'activités 2014.
- ⁶⁹Demanou, Maurice, et al. "Evidence of dengue virus transmission and factors associated with the presence of anti-dengue virus antibodies in humans in three major towns in Cameroon." (2014): e2950.
- ⁷⁰Ministère de la Santé Publique, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018.
- ⁷¹Centre Pasteur du Cameroun. Rapport préliminaire de l'étude épidémiologique des hépatites virales B, C et delta au Cameroun. Analyse des échantillons de l'EDS IV. 2015.
- ⁷²Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016
- ⁷³Programme National de Lutte contre l'Onchocercose. Rapport Technique Annuel 2013.
- ⁷⁴Ministère de la Santé Publique. Rapport de l'Enquête de Cartographie de la Filariose Lymphatique au Cameroun. 2010-2012.
- ⁷⁵OMS. Enquête REMO (Rapid Epidemiological Assessment of Onchocerciasis). 2006.

-
- ⁷⁶ Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases. Rapport d'activités 2014.
- ⁷⁷ Ministère de la Santé Publique/PNLSHI. Plan Stratégique de lutte contre la schistosomiase et les helminthiases 2005-2010.
- ⁷⁸ Programme National de Lutte contre, le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère de Buruli. Rapport d'activités 2014.
- ⁷⁹ Programme National de Lutte contre, le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère de Buruli. Rapport d'activités 2014.
- ⁸⁰ Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016.
- ⁸¹ Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique national de lutte contre la THA au Cameroun. 2009-2013.
- ⁸² Rapport d'activités PEV 2013, 2014 et 2015.
- ⁸³ Programme Élargi de Vaccination. Plan Pluri-Annuel Consolidée 2014-2018.
- ⁸⁴ Programme Élargi de Vaccination. Plan de Travail Annuel 2014.
- ⁸⁵ Programme Élargi de Vaccination. Rapport d'Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins. 2013.
- ⁸⁶ GAVI website: Countries eligible for support. (2015). <http://www.gavi.org/support/apply/countries-eligible-for-support/consulté> le 20/12/2015
- ⁸⁷ Ministère de la Santé publique, DLMEP.
- ⁸⁸ Tourei et al. Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique Sub-saharienne. *Africanhealth Monitor*. Issue#6, March 2013.
- ⁸⁹ Comité National de Lutte contre le SIDA : Rapport annuel d'activités 2014.
- ⁹⁰ Comité National de Lutte contre le SIDA. Rapport annuel 2014. Edition de mai 2015.
- ⁹¹ Rapport de progrès PTME n°10 de 2015 du MINSANTE.
- ⁹² Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles du Cameroun (PSNIML-MNT). 2010.
- ⁹³ Kingue, S. et al. (2015). Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban Areas of Cameroon: A Nationwide Population-Based Cross-Sectional Study. *The Journal of Clinical Hypertension*.
- ⁹⁴ Kaze, F., et al. "Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in urban adult Cameroonians according to three common estimators of the glomerular filtration rate: a cross-sectional study." *BMC nephrology* 16.1 (2015): 96.
- ⁹⁵ Kaze et al, *BMC Nephrol* 2015.
- ⁹⁶ Institut National de la Statistique (INS) et Ministère de la Santé Publique. Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (Global Adult Tobacco Survey, GATS) - Cameroun 2013. (2014).
- ⁹⁷ Ministère de la Santé Publique. Yaoundé Cancer Registry. 2013.
- ⁹⁸ Pefura-Yone, EW, Kengne A.P., Balkissou AD, et al. Research Group for Respiratory Disease in Cameroon (RGRDC). Prevalence of Asthma and Allergic Rhinitis among Adults in Yaoundé, Cameroon. *PLoS ONE*, 10(4), e0123099. 2015. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0123099>. Consulté le 15 juin 2015
- ⁹⁹ Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles du Cameroun (PSNIML-MNT). 2010
- ¹⁰⁰ Attin T. Étude réalisée chez les enfants scolarisés dans une zone rurale du Nord-Ouest du Cameroun. 1999.
- ¹⁰¹ Ministère de la Santé Publique. État des Lieux et Diagnostic de des Ressources Humaines en Sante Oculaire. 2015
- ¹⁰² The prevalence of impairments and disabilities in the North West Region, Cameroon. *Health Sciences and Disease*, 2014.
- ¹⁰³ Mbonda NM, Kuate C, Nguéfac S, et al. Itinéraire Thérapeutique Des Patients Épileptiques A Yaoundé: A propos de 149 observations. *Clinics in Mother and Child Health* Vol. 5 (2) 2008: pp. 893-898.
- ¹⁰⁴ Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles du Cameroun (PSNIML-MNT). 2010.
- ¹⁰⁵ WHO/AFRO. 2015. Sickle cell disease prevention and control.
- ¹⁰⁶ WHO. Mental health GAP: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008
- ¹⁰⁷ Murray, Christopher JL, et al. "Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition." *The Lancet* (2015).
- ¹⁰⁸ Norris J. et al. (2012) In Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A et al. Control of Neglected Tropical Diseases. *N Engl J Med* 2007; 357:1018-1027. (<http://www.globalnetwork.org/sites/default/files/....pdf>).
- ¹⁰⁹ Instance de Coordination Nationale du Cameroun. Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017.
- ¹¹⁰ Zoufaly, et al. Virological failure after 1 year of first line ART is not associated with HIV minority drug resistance in rural Cameroon, *Journal of antimicrobial Chemotherapy*, advance Access, publié en Novembre 2014.
- ¹¹¹ Instance de Coordination Nationale du Cameroun. Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017.
- ¹¹² Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Rapport annuel 2013.
- ¹¹³ Programme National de lutte contre le Paludisme. Rapport annuel d'activités 2014.
- ¹¹⁴ Ministère de la Santé Publique. Rapport PNL 2009.
- ¹¹⁵ Ministère de la Santé Publique, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018.

-
- ¹¹⁶ Ministère de la Santé Publique. Comptes Nationaux de la Santé 2011.
- ¹¹⁷ Ministère de la Santé Publique, Note circulaire 2011 et 2014 (gratuite Paludisme)
- ¹¹⁸ Ministère de la Santé Publique. Chef du Programme Lutte contre la maladie et Promotion de la santé.
- ¹¹⁹ Rapport commun Cameroun adressé à l'OMS en 2014
- ¹²⁰ Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016.
- ¹²¹ Ministère de la Santé Publique. Décision No 0486/D/Ministère de la Santé Publique/CAB du 2 juin 2009 portant organisation du Comité National de Lutte contre le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère du Buruli
- ¹²² Grietens et al. "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. 2008. *PlosNeg. Trop Dis.*; 2(10):e321
- ¹²³ Programme National de Lutte contre, le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère de Buruli. Rapport d'activités 2014.
- ¹²⁴ Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016
- ¹²⁵ Programme National de Lutte contre la cécité. Rapport d'activité 2014.
- ¹²⁶ Ministère de la Santé Publique. Étude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux au Cameroun en 2010. (2011).
- ¹²⁷ WHO. World Health Statistics. 2014
- ¹²⁸ OMS. (2014) Enfants : réduire la mortalité. Centre des medias, Aide-mémoire No 178. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/> consulté le 05 Février 2016
- ¹²⁹ Institut National de la Statistique. 5^e Enquête a indicateurs multiples (MICS 5) : Rapport préliminaire. 2015
- ¹³⁰ Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile. Plan stratégique 2015-2020.
- ¹³¹ Projet Kits d'accouchement et de césarienne, MSP, 2010.
- ¹³² Institut National de la Statistique. 5^e Enquête a indicateurs multiples (MICS 5) : Rapport préliminaire. 2015
- ¹³³ Ministère de la Santé Publique. Plan Opérationnel de la Planification Familiale au Cameroun 2015-2020 (2014).
- ¹³⁴ Rapport annuel 2010, OMS Cameroun, p.34 citée par le Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun RaSSS 2012
- ¹³⁵ Ministère de la Santé Publique. Étude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux au Cameroun en 2010. (2011).
- ¹³⁶ WHO: Global Status Report on Non Communicable Diseases. 2015
- ¹³⁷ Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles du Cameroun (PSNIML-MNT). 2010.
- ¹³⁸ Murray, Christopher JL, et al. "Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition." *The Lancet* (2015).
- ¹³⁹ WHO: Global Status Report on Non Communicable Diseases. 2015 .
- ¹⁴⁰ Kingue, S. et al. (2015). Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban Areas of Cameroon: A Nationwide Population-Based Cross-Sectional Study. *The Journal of Clinical Hypertension*.
- ¹⁴¹ Halle MP, Ashuntantang G, Jimkap NN, et al. Out of Pocket Payment for Care of Hemodialysis is still high in Sub Saharan Africa: An example from Cameroon. ISN World Congress of Nephrology 2015. Mars 13-17, Cape Town, South-Africa.
- ¹⁴² Ministère de la Santé Publique. Décision No 0153/MSP/CAB du 31 janvier 2002 portant réorganisation du Comité National de lutte contre le Cancer.
- ¹⁴³ Informations collectées auprès de la SDTS, DOSTS. Février 2015.
- ¹⁴⁴ African Disability Rights Year book. 2013. <http://www.saflii.org/za/journals/ADRY/2013/12.pdf> consulté le 14 Octobre 2015.
- ¹⁴⁵ Ministère de la Sante Publique. Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies
- ¹⁴⁶ MINSANTE. Plan stratégique de lutte contre l'épilepsie. 2010.
- ¹⁴⁷ République du Cameroun. Plan national de contingence 2011.
- ¹⁴⁸ YaoundéUS Embassy. USA Launches Global Health Security Agenda in Cameroon. 2005. http://yaounde.usembassy.gov/ins_051215.html consulté le 20/12/2015
- ¹⁴⁹ Données non publiées CCAUY de 2005 à 2012
- ¹⁵⁰ Ministère de la Sante Publique. Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies
- ¹⁵¹ Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National de la Transfusion Sanguine. 2015
- ¹⁵² Habiba G. & Ongolo Z. P. 2013. Améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux du Cameroun.
- ¹⁵³ Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. Measuring overall health system performance for 191 countries. World Health Organisation. (2001).

-
- ¹⁵⁴ Ministère des Finances. Lois de finances pour les années 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 et 2015.
- ¹⁵⁵ Ministère de la Santé Publique. Discours du Ministre à l'Assemblée Nationale pour la présentation du budget du Ministère de la santé Publique pour le compte de l'exercice 2015
- ¹⁵⁶ WHO, Global Expenditure database, NHA indicators, accessible at: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/fr>
- ¹⁵⁷ MINSANTE, Rapport DCOOP 2015
- ¹⁵⁸ HealthMetrics and Evaluation (IHME). 2014. Data visualizations: Development Assistance for Health. <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>
- ¹⁵⁹ 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
- ¹⁶⁰ BEPHA. Bamenda Ecclesiastical Province of Health Assistance: 2012. www.bepha.org
- ¹⁶¹ BIT, Inventaires des dispositifs de protection sociale en santé, 2014
- ¹⁶² MINSANTE, EDS-MICS 2011
- ¹⁶³ 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>
- ¹⁶⁴ Document de présentation du budget à l'Assemblée Nationale par le Ministre de la Santé Publique 2015.
- ¹⁶⁵ Banque Mondiale, Rapport sur la Santé au Cameroun 2013
- ¹⁶⁶ République du Cameroun, PAM & FAO. Analyse globale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité au Cameroun. 2011. <http://www.wfp.org/food-security> consulté le 05 Juin 2015
- ¹⁶⁷ Banque Mondiale. Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS). Vol 1. 2012
- ¹⁶⁸ KAMGHO TEZANOU. 2012. Mortalité Maternelle et Néonatale au Cameroun: Évaluation des Efforts Consentis Depuis 1990, Défis et Perspectives.
- ¹⁶⁹ Konji D. 2008. Stratégies d'actions: Améliorer l'accès aux services de santé au Cameroun. JASP 2008, rencontres sur les inégalités en santé.
- ¹⁷⁰ 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).
- ¹⁷¹ Présidence de la République du Cameroun. Loi n°2010/023 du 21 décembre 2010 fixant le statut du groupement d'intérêt public.
- ¹⁷² Ministère de la Santé Publique & OMS. Enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique. 2003.
- ¹⁷³ Rapport d'inspection et de supervision MINSANTE 1^{er} semestre 2015.
- ¹⁷⁴ Rapport 2015 du MINSANTE.
- ¹⁷⁵ Ministère de la Santé Publique & Organisation Mondiale de la Santé. PROFIL PHARMACEUTIQUE DU PAYS. Yaoundé, Cameroun. 2011.
- ¹⁷⁶ Fondation Chirac. L'appel de Cotonou. 2009.
- ¹⁷⁷ Ministère de la santé publique. RGPS. 2011.
- ¹⁷⁸ Ministère de la Santé Publique. Données non publiées de l'Observatoire des ressources humaines en santé. Septembre 2015
- ¹⁷⁹ Ministère de la Santé Publique. Plan de Développement des Ressources Humaines du Système de Santé au Cameroun 2013-2017. Document 2 : Choix stratégiques. 2012
- ¹⁸⁰ Clemens & Pettersson. New data on African health professionals abroad. Human Resources for Health, 6(1), 1–11. 2008
- ¹⁸¹ Tchuinguem, G. 2009. Ampleur, coûts, facteurs personnels et occupationnels de l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière au Cameroun. Université de Montréal.
- ¹⁸² Adidja A. The health workers crisis in Cameroon. 2010
- ¹⁸³ Arrêté N°0977/A/MINSANTE/SESP/SG/DROS du 18 avril 2012 portant Création, Organisation et Fonctionnement des Comités d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine au sein des Structures relevant du Ministère en charge de la Santé Publique
- ¹⁸⁴ Banque Mondiale. Améliorer la qualité et la quantité de la recherche scientifique en Afrique. Accessible at: <http://www.banquemondiale.org/fr/region/afr/publication/improving-the-quality-and-quantity-of-scientific-research-in-africa>
- ¹⁸⁵ Banque Mondiale. Améliorer la qualité et la quantité de la recherche scientifique en Afrique. Accessible at: <http://www.banquemondiale.org/fr/region/afr/publication/improving-the-quality-and-quantity-of-scientific-research-in-africa>
- ¹⁸⁶ Ministère de la Santé Publique. Rapport Annuel de Performance (RAP) 2013.
- ¹⁸⁷ Présidence de la République du Cameroun. Décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique

-
- ¹⁸⁸ Ministère de la Santé Publique. Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2010
- ¹⁸⁹ Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de santé. Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015
- ¹⁹⁰ Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de santé. Etat des Lieux et diagnostic du secteur de la santé. version de juillet 2015
- ¹⁹¹ République du Cameroun. Plan d'Urgence pour l'Accélération de la Croissance Economique. 2014
- ¹⁹² Christopher J L Murray. (2015) Choosing indicators for the health-related SDG targets. *The Lancet* **386**, 1314-1317
- ¹⁹³ République du Cameroun. Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi. 2009
- ¹⁹⁴ République du Cameroun. Vision Cameroun 2035
- ¹⁹⁵ CIA world fact book version du 01 Janvier 2015
- ¹⁹⁶ RPGH 2010
- ¹⁹⁷ Ministère de la Santé Publique. Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2011-2013.
- ¹⁹⁸ Ministère de la Santé Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.
- ¹⁹⁹ Constitution du 18 Janvier 1996, et lois N° 2004/017 du 22 juillet 2004 d'orientation de la décentralisation, N° 2004/018 fixant les règles applicables aux communes et N° 2004/019 du 22 juillet 2004, fixant les règles applicables aux régions

LISTE DES CONTRIBUTEURS

	NOMS	ORGANISME/STRUCTURE	
Les Ministères partenaires	Pr MONEBENIMP Francisca	MINESUP	
	Dr NDI Norbert Francis	MINJUSTICE	
	M. IHONG III	SCES/PM	
	Mme KOUKREO MAIPA WESPA	MINPROFF	
	M. MBAKWA TAYONG Thomas	MINAS	
	M. NGUETSE TEGOUM Pierre	MINEPAT	
	M. KWADJIO Hervé	MINEPAT	
	M. EFFILA NDZEMENA François	MINFI	
	M. DASSI Nicholas	MINTSS	
	Dr NDTOUNGOU SCHOUAME	DGSN	
	M. NAOUSSI SADEU Jean Calvin	MINTSS	
	Mme MPENEKOUL née AZO'O NLOM	MINADER	
	Mme HANDJOU Chantal	MINPROFF	
	M. EBAL MINYE Edmond	MINSEP	
	Mme TOUBIOU Anne	MINJEC	
	Mme TSAMA Valery	MINEPDED	
	M. OMBALA Dieudonné	MINEE	
	M. AKEUM Pierre	MINPROFF	
	Dr WANGMENE	MINDEF	
	M. ATANGANA	MINCOM	
Les Partenaires Techniques et Financiers	Dr NISSACK Françoise	OMS	
	Dr ACHU Dorothy	CHAI	
	Mme ALICE Raymond	CHAI	
	M. TCHETMI Thomas	ONUSIDA	
	Dr NNOMZO'O Etienne	OMS	
	Dr MBAM MBAM Léonard	OMS	
	M. KÖECHER Dieter	GIZ	
	M. ALIOUNE Diallo	OMS	
	M. AMADOU NOUHOU	OMS	
	Dr TAPTSUE FOTSO Jean Claude	Banque Mondiale	
	Dr NGUM Belyse	UNICEF	
	Dr NGALLY NZIE Isaac	CLINIQUE BON BERGER	
	Dr Grégoire KANANDA	UNICEF	
	Dr DSAMOU Micheline	CHAMBRE DE COMMERCE	
	Dr Irène EMAH	OMS	
	Mme Arrey Catherine TAKOR	ORDRE DES INFIRMIERS	
	Dr BIDZOGO ATANGANA	AD LUCEM	
	M. KONDJI KONDJI Dominique	ACASAP	
	M. Girault Duvalier NDAMCHEU	ONG PRESSE JEUNE DÉVELOPPEMENT	
	Dr BASSONG MANKOLLO Olga	EXPERT	
	Dr PEYOU NDI Marlyse	RIRCO	
	Pr Lazare KAPTUE	ASSOCIATION VILLES ET COMMUNES DU CAMEROUN	
	M. NGAPPE Emmanuel	CAMNAFAW	
	Dr SIBETCHEU Daniel	OFSAD	
	M. SHAARIFF Egard	UNFPA	
	Dr NGUFOR Georges	OMS	
	Mr TINDJOU Robert	EXPERT INDEPENDANT	

LES PERSONNELS DU MINSANTE	Dr LOUDANG Marlyse	MINSANTE
	M. BAHANAG Alexandre	MINSANTE
	Pr BIWOLE SIDA Magloire	MINSANTE
	Pr NKOA Marie Thérèse	MINSANTE
	Pr KINGUE Samuel	MINSANTE
	Pr ONDOBO ANDZE Gervais	MINSANTE
	Dr NDJITTOYAP NDAM Pauline	MINSANTE
	M. DIKANDA Pierre Charles	MINSANTE
	M. ANDEGUE Luc Florent	MINSANTE
	Pr Robinson MBU	MINSANTE
	Dr CHEUMAGA Bernard	MINSANTE
	Dr ATEBA ETOUNDI Aristide Otto	MINSANTE
	Dr ETOUNDI MBALLA Georges	MINSANTE
	Dr ZOA NNANGA Yves	MINSANTE
	Pr ZOUNG-KANYI BISSEK Anne	MINSANTE
	M. MAINA DJOULDE Emmanuel	MINSANTE
	M. AWONO MVOGO Sylvain	MINSANTE
	Dr YAMBA BEYAS	MINSANTE
	Dr NDIFORCHU	MINSANTE
	Pr ONGOLO Pierre	MINSANTE
	Dr MACHE Patrice	MINSANTE
	M. NGUEDE Samuel	MINSANTE
	Dr MOLUH SEIDOU	MINSANTE
	M. ZINGA Séverin	MINSANTE
	M. MENDOGO NKODO	MINSANTE
	M. BANDOLO OBOUH FEGUE	MINSANTE
	Dr NTONE ENYIME Félicien	MINSANTE
	Dr OWONO LONGANG Virginie	MINSANTE
	M. OKALA Georges	MINSANTE
	Dr BITHA Rose Claire	MINSANTE
	Dr AKWE Samuel	MINSANTE
	Dr SEUKAP PENA Elise Claudine	MINSANTE
	Dr NKO'O AYISSI Georges	MINSANTE
	Dr MANGA Engelbert	MINSANTE
	Dr EYONG EFOBI John	MINSANTE
	M. EVEGA MVOGO	MINSANTE
	Dr FEZEU Maurice	MINSANTE
	Dr ABENA FOE Jean Louis	MINSANTE
	Dr NOAH OWONA Appolonie	MINSANTE
	Dr FONDJO Etienne	MINSANTE
	Dr ELAT NFETAM Jean Bosco	MINSANTE
	Dr KOBELA Marie Louise	MINSANTE
	Dr NOLNA Désiré	MINSANTE
Dr OKALLA ABODO Raphaël Thérèse	MINSANTE	
Dr BAYE LUKONG Martina	MINSANTE	
Dr MATSEZOU Jacqueline	MINSANTE	
M. ENANDJOURM BWANGA	MINSANTE	
Dr FIFEN ALASSA	MINSANTE	
M. FONKOUA Eric Jackson	MINSANTE	
M. EKANI NDONGO Guy	MINSANTE	
M. ONDO EDOU Lucien	MINSANTE	
Dr NGOMBA Armelle	MINSANTE	
Dr AKONO EMANE Jean Claude	MINSANTE	
Dr KEUGOUNG Basile	MINSANTE	
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	

Dr DEMPOUO Lucienne	MINSANTE
Dr FOUAKENG Flaubert	MINSANTE
Mme NGUEDJIO Aurelia	MINSANTE
M. OMGBA Yves Alain	MINSANTE
Dr ZE KAKANOU	MINSANTE
Mme TIWODA Christie	MINSANTE
M. KANA Paul	MINSANTE
Dr AMESSE François	MINSANTE
Dr VAILLAM Joseph	MINSANTE
Dr NGONO ABONDO	MINSANTE
M. NDOUGSA ETOUNDI Guy	MINSANTE
M. MBIDA Hervé	MINSANTE
M. TALLA FONGANG Cyrille	MINSANTE
M. MFOUAPON Hénock	MINSANTE
M. NZANGUE Ernest	MINSANTE
M. Charles YOPNDI	MINSANTE
M. BANGUE Bernard	MINSANTE
M. EFFA Salomon	MINSANTE
Dr KAMGA OLEN	MINSANTE
Dr EBENE Blandine Clarisse	MINSANTE
Dr BIHOLONG Didier	MINSANTE

