|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | E:\Gouvernement\MINSANTE CAMEROON\Logo\logo ministere de la sante publique Ok.jpg  **Plan National de Développement Sanitaire**  **PNDS 2016-2020** |  |

Draft du 02 Aout 2016

Table des matières

Liste des tableaux 4

Liste des figures 5

Liste des sigles et abréviations 6

1. Résumé exécutif 7

Introduction 9

Approche méthodologique d’élaboration du plan quinquennal (PNDS 2016-2020) 10

Cadre institutionnel et organisationnel 11

Méthodologie opérationnelle 11

Première partie : Analyse de la situation 12

Chapitre I : Contexte national 13

**1** **Situation géographique** 13

**1.1** **Le milieu naturel a un relief très diversifié avec des écosystèmes multiples :** 13

**1.2** **Le climat** 13

**1.3** **L’hydrographie,** 13

**1.4** **Démographie du Cameroun** 14

**1.5** **Ethnographie du Cameroun** 14

**2** **Situation socioéconomique** 14

**3** **Ancrage institutionnel du PNDS 2016-2020** 16

**4** **Situation politico-administrative** 16

**5** **Le système de transport.** 16

**6** **La Communication** 17

**7** **L’équité et la justice sociale en santé** 17

Chapitre 2 : Situation sanitaire 19

**1** **Organisation du secteur de la santé au Cameroun** 19

**2** **Profil épidémiologique :** 20

**2.1** **Promotion de la santé** 21

**2.2** **Prévention de la maladie et prise en charge des cas** 22

**2.2.1** **Les Maladies Transmissibles** 22

**2.2.2** **Les Maladies à Potentiel Épidémique (MAPE) et les urgences** 24

**2.2.3** **Maladies Tropicales Négligées** 25

**2.2.4** **Maladies Non Transmissibles (MNT)** 26

**2.2.5** **Santé de la mère et de l’enfant** 28

**2.2.6** **Handicaps** 29

**3** **Les Performances du système de santé** 29

**3.1** **Financement de la santé** 29

**3.2** **Offre de services et des soins** 32

**3.3** **Pharmacie, laboratoire, médicament et autres produits pharmaceutiques** 37

**3.4** **Ressources humaines en santé** 38

**3.5** **Système National d’Informations Sanitaires et Recherche en santé** 40

**3.6** **Gouvernance et pilotage stratégique** 41

Deuxième partie : Cadre d’interventions 44

Chapitre 3 : Vision, objectifs et cadres stratégique global du PNDS 2016-2020 45

**1** **Rappel de la Vision** 45

**2** **Objectifs du Plan de développement sanitaire 2016-2020** 47

**3** **Cadre stratégique global du PNDS 2016-2020** **Erreur ! Signet non défini.**

Chapitre 4 : Cadre logique d’intervention 60

Troisième partie : Cadre de mise en œuvre et de suivi et évaluation 103

Chapitre 6 : Cadre de Mise en œuvre 104

**1** **Planification du Suivi-Evaluation du PNDS2016-2020** **Erreur ! Signet non défini.**

**1.1** **Défis de la planification du Suivi-Evaluation du PNDS2016-2020** **Erreur ! Signet non défini.**

**1.2** **Résultats attendus du plan du S&E du PNDS2016-2020** **Erreur ! Signet non défini.**

**1.3** **Processus proposé pour l’élaboration des plans de suivi-évaluation** **Erreur ! Signet non défini.**

**2** **Mise en œuvre du suivi-évaluation dans le cadre du PNDS 2016-2020** **Erreur ! Signet non défini.**

**2.1** **Objectifs et résultats du Suivi-Evaluation du PNDS 2016-2020** **Erreur ! Signet non défini.**

**2.2** **Approches du S&E** **Erreur ! Signet non défini.**

**2.3** **Coordination du suivi et évaluation** **Erreur ! Signet non défini.**

**2.4** **Supervision** **Erreur ! Signet non défini.**

**2.5** **Contrôle (inspection, audit de performance, audits de qualité)** **Erreur ! Signet non défini.**

**2.6** **Suivi** **Erreur ! Signet non défini.**

**2.7** **Evaluation** **Erreur ! Signet non défini.**

**1.2.3** **Cadre institutional du S&E** **Erreur ! Signet non défini.**

**3** **Chaîne des résultats** **Erreur ! Signet non défini.**

Quatrième partie : Cadre budgétaire 109

# Liste des tableaux

[Tableau 1: Les différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions 19](#_Toc447208204)

[Tableau 2: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013. 21](#_Toc447208205)

[Tableau 3 : Situation de l’hygiène et de l’assainissement dans les régions 22](#_Toc447208206)

[Tableau 4 : Historique des MAPE au Cameroun de 2010 à 2014 25](#_Toc447208207)

[Tableau 5 : Niveau de couverture des interventions de soins de santé primaires 34](#_Toc447208208)

[Tableau 6 : Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2014 35](#_Toc447208209)

[Tableau 7: Répartition des ressources humaines en santé par région 39](#_Toc447208210)

[Tableau 9: Cadre logique stratégique global du PNDS 2016-2020 **Erreur ! Signet non défini.**](#_Toc447208211)

[Tableau 10: tableau synthétique des acteurs de mise en œuvre du PNDS **Erreur ! Signet non défini.**](#_Toc447208212)

[Tableau 12: Organes de coordination de la mise en œuvre du PNDS **Erreur ! Signet non défini.**](#_Toc447208213)

[Tableau 13 Résultats attendus du plan du S&E du PNDS 2016-2020 **Erreur ! Signet non défini.**](#_Toc447208214)

[Tableau 14. Les différentes phases de la supervision durant le S&E du PNDS 2016-2020 **Erreur ! Signet non défini.**](#_Toc447208215)

[Tableau 15. Activités et périodes d’évaluation **Erreur ! Signet non défini.**](#_Toc447208216)

# Liste des figures

[Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes 20](#_Toc447208229)

# Liste des sigles et abréviations

**COMITE TECHNIQUE DE REDACTION**

**Coordination générale :**

* Monsieur MAMA FOUDA André

Ministre de la Santé Publique

* Monsieur HAYATOUAlim

Secrétaire d’Etat à la Santé Publique

**Supervision Générale :**

* Pr. KOULLA-SHIROSinata

Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

**Supervision Technique**

* Pr.KINGUESamuel

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)

# Résumé exécutif

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 est le premier plan opérationnel du de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 qui a été validée en Janvier2016 par le comité de pilotage du secteur santé. A l’instar de la SSS suscité, le PNDS 2016- 2020 a été élaboré avec une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes (Prestataires des services et des soins du MINSANTE et des ministères partenaires, PTF du secteur santé , société civile, etc.).

Ce document de référence permettra à tous les acteurs, chacun en fonction de ses réalités, et dans le respect des stratégies établies et validées dans la SSS 2016-2027, d’élaborer leurs plans opérationnels annuels et pluriannuels. Les plans pluriannuels élaborés au niveau opérationnel seront consolidés au niveau régional et serviront de document de travail pour l’élaboration des Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire (PRCDS).

Les domaines prioritaires sur lesquels le PNDS 2016-2020 s’appesantira sont: (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent, (ii) le contrôle des maladies non transmissibles, à travers la revitalisation des soins de santé primaires (SSP) et le renforcement du partenariat communautaire ; (iii) le développement des soins de santé spécialisées prioritaires, afin de réduire le nombre d’évacuations sanitaires vers l’étranger ; et enfin (iv) le renforcement du système de santé.

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION**

***Contexte national***

Le Cameroun est classé depuis 2014 parmi les pays à revenus intermédiaires avec un PIB de 32,05 milliards US$, correspondant à un revenu annuel de 1 445 US$/habitant. Cependant, il ressort que 40% de sa population vit sous le seuil de pauvreté, défini comme un revenu annuel de 269 443 FCFA, soit 539 US$/adulte.

La population du Cameroun était estimée au 1er janvier 2015 à environ 22 179 707 habitants. L’espérance de vie est estimée à 51,7 ans en 2010 et 56,3 en 2020[[1]](#footnote-1). L’âge médian est de 17,7ans. La majorité de cette population vit en milieu urbain.

L’Indice de Développement Humain du Cameroun (IDH) est intermédiaire. Le pays occupit en effet le153èmerang mondial sur 188 pays évalués en 2014[[2]](#footnote-2). Ajusté aux inégalités, cet indice (IDHI) a connu une évolution à la hausse, passant alors de 0,156 à 0,161, indiquant ainsi une augmentation des inégalités de niveau de vie dans le pays.

***Situation sanitaire***

La situation sanitaire actuelle est marquée par une prédominance des maladies transmissibles (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose…) et une progression des maladies non-transmissibles notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les traumatismes dus aux accidents de la voie publique et les maladies mentales.

En 2011 , lors de l’évaluation des performances des systèmes de santé, l’OMS a classé le Cameroun au 164emerang parmi les 191 pays évalués. Ce rang traduit la faiblesse des piliers de son système de santé avec pour conséquence le fait que ce dernier ne puisse pas répondre efficacement aux besoins des populations.

**DEUXIEME PARTIE : CADRE D’INTERVENTION**

***Vision, objectifs et cadre stratégique global du PNDS 2016-2020***

La vision du secteur santé formulée dans la SSS 2016-2027 s’énonce comme suit : « **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**». C’est dans cette perspective que s’inscrit l’objectif global du PNDS: « Rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité à au moins 50% de la population d’ici 2020 ».

***Cadre logique d’intervention***

L’analyse de la situation sanitaire du secteur santé a permis d’élaborer un cadre logique d’intervention qui s’articule autour des 5 axes stratégiques majeurs qui sont :

(i) La promotion de la santé qui visera l’adoption par les populations des comportements favorables à la santé.

(ii) La prévention de la maladie qui passera par l’intensification de la lutte contre les maladies prioritaires faisant l’objet d’une surveillance etla sensibilisation des populations sur les principaux facteurs de risque des maladies.

(iii) La prise en charge des casquiprivilégiera la mise en œuvre des paquets d’interventions intégrées et à haut impact sur la santé, dans le cadre des stratégies fixes et stratégies mobiles visant à accroître l’accessibilité géographique des populations aux services et soins de santé.

(iv) Le renforcement du système de santé qui va accorder la primauté à mise en œuvre d’une stratégie de financement de la santé orientée vers la couverture santé universelle, àla réhabilitation et l’équipementdes structures existantes, à la construction et à l’équipement des hôpitaux du PUTAC, àla fidélisation des RHS aux postes de travail dans les zones difficiles etàla rémunération du travail des ASC. En outre, l’approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments, vaccins, consommables et réactifs se fera à travers le renforcement de la logistique de gestion de stock et du cadre réglementaire.

(v) la gouvernance, le pilotage stratégique et le renforcement du leadership à tous les niveaux du système de santé reposeront sur une gestion plus efficiente des ressources financières , la consolidation du système de suivi et d’évaluation,la contractualisation avec le sous-secteur privé et les acteurs communautaires, la supervision et la participation communautaire.

Ces 5 axes stratégiques prioritaires seront traduits en interventions à haut impact dans toutes les structures sanitaires et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Toutefois, l'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS exige deux types de préalables : (i) la poursuite des réformes proposées dans la SSS, (ii) le renforcement de la multisectorialité.

Pour chaque objectif stratégique, des indicateurs de performance et des cibles à atteindre sont développés. Un total de 70 indicateurs de résultat et 247 indicateurs de réalisation directe ont été développés afin de mesurer l’impact des activités retenues sur les résultats projetés.

**TROISIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION**

***Cadre de mise en œuvre***

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

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

***Cadre de suivi-évaluation***

L’élaboration du plan de suivi-évaluation sera orientée par les objectifs et les résultats spécifiques escomptés dans la SSS 2016-2027. Le suivi-évaluation sera mis en œuvre à travers la supervision, la collecte des données de routine, les études, les audits, les évaluations ainsi que les réunions de coordination.

Un système d’inspection et de contrôle sera mis en place afin de vérifier : (i) que les tâches planifiées dans le PNDS sont effectivement exécutées selon les normes établies; (ii)la conformité aux règles et aux procédures ; (iii)la fiabilité des rapports techniques et financiers à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

***Chaîne des résultats***

Cette chaine présente 4 types de résultats :les résultats immédiats (extrants ou produits) ceux obtenus à moyen terme (effets) par la mise en œuvre des interventions/axes stratégiques prévues et enfin , les résultats à long terme (impact) découlant de la mise en œuvre de toutes les interventions planifiées par composante et sous-composantes dans le PNDS 2016-2020. La multisectorialitédes actions et leur mise en œuvre cohérente dans le secteur santé représentent l’élément clef sans lequel aucun objectif d’impact ne peut être atteint. La chaîne des résultatscomporte35 indicateurs d’effets et 7 indicateurs d’impact. Les indicateurs d’impacts seront renseignés par le niveau central tandis que les indicateurs d’effet et les produits seront rapportés par les niveaux intermédiaires et opérationnels.

**QUATRIEME PARTIE : CADRAGE BUDGETAIRE**

L’estimation des coûts nécessaires à la mise en œuvre des actions identifiées dans le PNDS 2016-2020 a été réalisée à travers une méthode de budgétisation par objectif (One Health). Le coût total du PNDS 2016-2020 est estimé à 2 135,7 milliards FCFA répartis comme suit : 119,9 milliards FCFA pour la promotion de la santé, 200,2 milliards FCFA pour la prévention de la maladie, 438,1 milliards FCFA pour la prise en charge curative des cas, 1 256,1 milliards FCFA pour le renforcement du système de santé et 120,7 milliards FCFA pour le pilotage stratégique et la gouvernance. Les fonds disponibles sur la même période ont été estimés à 1 717,8 milliards FCFA, dégageant un gap annuel moyen de 58 milliards FCFA.

# Introduction

L’élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, fait suite à la validation de la stratégie sectorielle de santé 2016-2027 (SSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Le PNDS 2016-2020 est la première phase d’opérationnalisation de cette stratégie. Il comporte des interventions à haut impact dont la mise en œuvre permettra de relever les défis de la situation sanitaire actuelle. Cette dernière est caractérisée par (i) une forte morbidité et mortalité évitables touchant plus particulièrement les cibles mère et enfant des régions septentrionales et de l’Est ; (ii) une amorce de la transition épidémiologique, traduite par un accroissement du nombre des cas des MNT (cancers, HTA, Diabète, AVC, etc.) et enfin ; (iii) un système de santé fragilisé avec peu de ressources et incapable d’apporter des solutions pérennes aux problèmes de santé suscités.

Conformément à la priorisation faite dans la SSS 2016-2027, les points majeurs du secteur qui bénéficieront d’une attention particulière dans ce PNDS sont : (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent ; (ii) le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, à travers la revitalisation des soins de santé primaires (SSP) et le renforcement du partenariat communautaire ; (iii) le développement des soins de santé spécialisés prioritaires; (iv) le renforcement du système de santé et de la gouvernance.

En effet, la faiblesse des piliers du système de santé constitue un défi majeur à relever pour l’atteinte des objectifs fixés dans la SSS 2016-2027. Elle constitue l’un des principaux goulots d’étranglement qui empêchent les populations de recevoir les paquets de services et de soins qui leurs sont dus.

Le PNDS 2016-2020 comporte quatre parties :

* Partie 1 : L’analyse de la situation sanitaire qui est subdivisée en 2 chapitres : (i) contexte national, et la (ii) situation sanitaire (description analytique du profil épidémiologique et des piliers du système de santé) ;
* Partie 2 : Le cadre d’interventions. Cette partie rappelle la vision de la SSS, les objectifs stratégiques du PNDS et les cadres logiques d’interventions ;
* Partie 3 : Le cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation. Il dévoile en effet le dispositif institutionnel et les modalités de suivi/évaluation de la mise en œuvre de ce PNDS. Cette partie comporte deux chapitres qui sont : (i) le cadre de mise en œuvre,et(ii) le cadre de S/E.
* Partie 4 : Le cadre budgétaire (programmation et budgétisation).

# Approche méthodologique d’élaboration du plan quinquennal (PNDS 2016-2020)

L’élaboration de la SSS 2016-2027 et du PNDS 2016-2020 s’est largement appuyée sur l’exploitation des documents dont les plus importants étaient : (i) le « Rapport d’évaluation de la SSS 2001-2015 » ; (ii) le document « État des lieux et diagnostic du secteur de la santé » ; (iii) le document « Choix stratégiques du secteur de la santé » ; (iv) le rapport des consultations participatives organisées dans les 10 régions du Cameroun auprès des acteurs de mise en œuvre de la SSS 2001-2015 et auprès des bénéficiaires des interventions de santé ; (v) le PNDS 2011-2015 ; (vi) les plans stratégiques de lutte contre les maladies : (PPAC, plan SRMNI, plan de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles etc.) ; (vii) les différents rapports d’activités ; (viii) les rapports d’enquêtes (MICS, ECAM, EDS) ; et (ix) le RASSS 2012.

## Cadre institutionnel et organisationnel

Un Groupe Technique de Travail a été mis sur pied par Décision N°1412/D/MINSANTE/SG du 28 novembre 2014, du Ministre de la Santé publique[[3]](#endnote-1). Présidé par le Secrétaire Général du MINSANTE, ce groupe avait pour mission principale, la production des différents livrables du processus d’élaboration de la SSS 2016-2027 et du premier PNDS de cette SSS. Ce groupe technique multisectoriel et les experts ad hoc mobilisés pour la circonstance étaient la véritable cheville ouvrière d’élaboration du PNDS 2016-2020. Il s’est chargé de la collecteetlacompilation des données et de la rédaction de ce document qui a été soumis à la Task force multisectorielle pour validation technique.

L’élaboration du PNDS trouve son ancrage méthodologique au sein de deux documents de référence à savoir : (i) le Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun, édition de 2011 (MINEPAT)[[4]](#endnote-2), et (ii) le Guide de l’OMS pour l’Élaboration d’une Politique Nationale de Santé et d’un Plan Stratégique National de Santé[[5]](#endnote-3).

Le cadre logique de ce PNDS est une déclinaison des orientations stratégiques prioritaires de la SSS 2016-2027 et les activités de son cadre d’intervention ont été validées conjointement par les experts issus des 10 régions et par ceux du niveau central.

L’encadrement méthodologique était assuré par le Ministère de l’Économie, de la Planification et de l’Aménagement du Territoire (MINEPAT) et par les experts de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la SSS a, conformément à ses missions, entériné le projet, la méthodologie et le document final.

## Méthodologie opérationnelle

Sur le plan conceptuel, le processus d’élaboration comportait 6étapes successives et complémentaires :

(i)L’analyse du niveau d’atteinte des objectifs du PNDS 2011-2015 et des enseignements tirés de la mise en œuvre de ce document stratégique. En effet, l’analyse des performances réalisées a permis de circonscrire le champ d’action du nouveau PNDS 2016-2020 en tenant compte de la priorisation faite dans la SSS 2016-2027.

(ii) L’analyse des résultats issus des consultations participatives (rapports d’interviews et des « **focus group discussion**» réalisés auprès des parties prenantes du système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) et les multiples sessions de travail en régie ont été nécessaires pour analyser et prioriser les besoins et attentes des populationsdans les 10 régions du pays.

(iii) L’identification des interventions devant figurer dans le PNDS conformément à la priorisation faite dans la SSS2016- 2027 ;

l’identification des cibles à atteindre dans chacune des cinq composantes a tenu compte à la fois des besoins exprimés par les populations et des capacités institutionnelles des structures sanitaires:.

(iv) La rédaction du premier draft du PNDS.

(v) La validation technique du PNDS par toutes les parties prenantes.

(vi) La validation du PNDS par le comité de pilotage.

Dans le souci de privilégier l’approche participative et la qualité du document à produire, l’expertise des différentes parties prenantes a été sollicitée à chaque étape du processus.

**Première partie : Analyse de la situation**

# **Chapitre I : Contexte national**

### **Situation géographique**

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 et au Nord-Est par le Tchad. Indépendant depuis 1960, le Cameroun a deux langues officielles, le français et l’anglais.

### **Le milieu naturel a un relief très diversifié avec des écosystèmes multiples :**

* **Le sud forestier** (régions du Centre, de l’Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) est situé dans les zones maritime et équatoriale. Cette zone se caractérise par une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique ainsi qu’un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. La plaine côtière au fond du Golfe de Guinée est une région de très faible altitude où prédomine une végétation de mangroves avec une pluviosité abondante.
* **Les hauts plateaux de l’Ouest** (régions de l’Ouest et du Nord-Ouest), dont l’altitude moyenne est supérieure à 1 100m, forment une région riche en terres volcaniques, favorables à l’agriculture (café, cultures maraîchères, etc.). La végétation y est moins dense que dans le sud forestier et le climat frais qui y règne est favorable à l’éclosion d’une diversité d’activités agricoles.
* **Le nord soudano-sahélien** (régions de l’Adamaoua, du Nord et de l’Extrême-Nord) est une région de savanes et de steppes. On retrouve dans le plateau de l’Adamaoua un climat tempéré de type soudano-sahélien avec des savanes arbustives et des forêts galeries. Le reste de la région est caractérisé par un climat tropical chaud et sec avec une réduction des précipitations au fur et à mesure que l’on se rapproche du lac Tchad.

### **Le climat**

On distingue trois zones climatiques au Cameroun :

* **Le climat équatorial**(4ème et 6ème degrés de latitude Nord) avec deux nuances climatiques :
  + Le type guinéen du Sud-Cameroun à quatre saisons (2 saisons sèches et 2 de pluies), caractérisé par une pluviométrie abondante (plus de 1500 mm/an) ;
  + Le type camerounais dans la région du Sud-Ouest et des Hauts Plateaux de l’Ouest, avec une longue période de pluies (9 mois) et une saison sèche.
* **Le climat tropical soudanien**(du 6ème au 10ème parallèle nord) avec une saison de pluies (6 mois) et une saison sèche (6 mois).
* **Le climat tropical sahélien** au Nord du 10ème parallèle, où la saison des pluies est réduite, variant entre 3 et 5 mois, les pluies se raréfiant au fur et à mesure qu’on avance vers le lac Tchad.

### **L’hydrographie**

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

**Situation sociodémographique et ethnologique**

### **Démographie du Cameroun**

D’après le 3ème Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH, 2010), la population du Cameroun était estimée au 1er janvier 2015 à environ 22 179 707 habitants et elle devrait atteindre 25 094 303 habitants en 2020, avec un taux d’accroissement de 2,5%.

En 2010, les femmes représentaient environ 51 % de la population totale et les hommes 49 %. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) constituaient 24,3 % de la population totale et 17 % pour les enfants de 0 à 5 ans

Cette population est caractérisée par son extrême jeunesse avec un âge médian de 17,7 ans. L’âge moyen quant à lui est de 22,1 ans. La population ayant moins de15 ans représente 43,6% de la population totale tandis que celle des moins de 25 ans représente 64,2% (rapport du RGPH en 2010).

La majorité de cette population réside en milieu urbain (52%, 3ème RGPH, BUCREP). On note une forte concentrationpopulairedans les grandes villes que sont : Douala (2 717 695 habitants en 2015) et Yaoundé (2 785 637 habitants en 2015).

Quelques indicateurs démographiques du pays:

* Taux brut de natalité : 39,60‰ (3èms RGPH, 2010) ;
* Taux brut de mortalité : 10,80‰ dont 10,10‰ chez les femmes et 11,50‰ chez les hommes (3ème RGPH, 2010) ;
* Taux de mortalité infantile : 60‰ (MICS 5,2014)) ;
* Taux de mortalité infanto-juvénile : 103‰ (MICS5, 2014) ;
* Espérance de vie à la naissance : 57,30 ans dans la population générale ; 55,7 ans pour les hommes contre 59,1 ans pour les femmes avec 56,4 ans pour le milieu de résidence urbain et 57,7 ans pour le milieu rural (3ème RGPH, 2010) ;
* Indice synthétique de fécondité : 4,9 (MICS5) enfants par femme pour l’ensemble du pays.
* Taux global d’alphabétisation (chez les personnes de 15 ans et plus) :75,25% soit 82.6% chez les hommes et 65.6% chez les femmes (MICS 5, 2014).

### **Ethnographie du Cameroun**

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuplades soudanaises, peuhls et bantus.

Le pays compte près de 250 ethnies réparties en cinq grands groupes culturels :

* les peuples des régions semi-arides du grand Nord de type Soudanais, Hamites et Sémites, généralement animistes, chrétiens ou musulmans ;
* les peuples des plateaux de l’Ouest (Régions de l’Ouest et du Nord-Ouest) de type semi-Bantu, généralement animistes ou christianisés ;
* les peuples des forêts tropicales côtières (régions du Littoral, du Sud-Ouest et côte de la région du Sud), de type bantu, le plus souvent chrétiens et animistes ;
* les peuples de la forêt tropicale équatoriale du Sud (régions du Centre, du Sud et de l’Est), de type bantu d’une part, généralement chrétiens et animistes, et d’autre part de type semi-bantu, soudanais ou pygmées, principalement animistes ou chrétiens,

Ce brassage des cultures et de civilisations pourrait être un facteur favorisant de la dissémination de certaines pathologies, tout comme il pourrait, à l'inverse, en favoriser leur réduction.

### **Situation socio-économique**

Selon les estimations du MINEPAT et du PNUD, l’espérance de vie devrait passer de 51,7 ans en 2010 à 56,3 ans en 2020. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,504, le Cameroun occupait le 152ème rang sur les 187 pays évalués en 2013. Mais l’Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a légèrement augmenté passant de 0,156 à 0,161, ce qui traduit une augmentation des inégalités de niveau de vie dans les domaines de la santé, de l’éducation et des revenus. L’accessibilité aux formations sanitaires publiques est plus évidente pour les couches les plus aisées de la population, à l’instar de celles vivant dans les zones urbaines. En effet, en 2007, 43% des plus riches avaient accès à un médecin public contre 3%seulement pour les plus pauvres[[6]](#endnote-4).De plus, 46,7% des accouchements étaient assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine[[7]](#endnote-5).

Par ailleurs, en 2007, deux personnes sur cinq (40%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 87%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%). En 2010, le sous-emploi global touchait 70% de la population.

L’Économie camerounaise quoique très diversifiée, est à prédominance agricole et tire principalement ses ressources de l'exportation des matières premières. Les produits manufacturés sont pour l'essentiel importés. Elle a connu une relative prospérité au cours des années post-indépendance, suivie d’une importante récession dès le milieu des années 80, induite par une sévère crise économique mondiale. En 2014, le PIB du Cameroun a atteint 32,05 milliards US$, soit 1 445 US$par habitant (World DevelopmentIndicators, 2014) ce qui le classe parmi les pays à revenus intermédiaires[[8]](#endnote-6). Selon ECAM III (2007), 40% vivaient en dessous du seuil de pauvreté estimé à 269 443 F CFA par adulte et par an. Par conséquent l’accessibilité financière des services et soins de santé au plus grand nombre demeure par encore une problématique d’actualité.

Le taux d’alphabétisation des adultes (15 ans et plus) était de 70,7 %, dont 63,0 % pour les femmes contre 78,9 % pour les hommes. En 2010, le taux brut de scolarisation dans le primaire était estimé à 119,8 %, avec 110,9 % pour les filles et 128,6 % pour les garçons[[9]](#endnote-7). L’accès des populations à l’éducation est un levier sur lequel pourrait s’appuyer le système de santé pour assurer une meilleure promotion de la santé au sein de la population en général et chez les plus jeunes en particulier.

En matière d'emploi, la récession économique a rétréci le champ des perspectives. On note une disproportion entre l’offre réduite d’emplois salariés et une demande de plus en plus élevée. Cette situation s’expliquerait entre autres par l’inadéquation entre l’emploi et les formations dispensées. D’où l’essor remarquable du secteur informel de l’économie dans les grandes métropoles. Les produits distribués dans ce réseau informel ne sont pas souvent contrôlés, ce qui expose les populations à de multiples risques de maladie.

Concernant les conditions de vie :

* Sur le plan de l’habitat, 60 % de la population ne disposent pas de documents (même informels) en règle (bail, contrat de location ou titre de propriété) pour le logement occupé ; cependant, seulement 10 % de la population appréhendent une éventuelle expulsion de son logement[[10]](#endnote-8).
* S’agissant **de l’eau, de l’électricité et de l’assainissement**, en 2010, 77% de la population avait accès à de l’eau potable dont 52% en milieu rural contre 95% en milieu urbain5.

Sur le plan économique, on relève une forte concentration des femmes dans le secteur informel, notamment le petit commerce et la production vivrière. Malgré leur rôle majeur dans le développement socio-économique, elles restent confrontées à un certain nombre de problèmes dont:

* l’analphabétisme : plus de la moitié des femmes en âge de procréer sont sans instruction ;
* le faible accès à des filières de formation clés: une sous représentativité des filles dans les filières scientifiques et techniques d’enseignement ;
* la faible représentativité des femmes dans les postes d’encadrement et de direction (10,1%).

De nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psycho-sociologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la propriété foncière et au crédit par exemple) entravent encore le plein épanouissement de la femme malgré les efforts déjà consentis.

### **Ancrageinstitutionnel du PNDS 2016-2020**

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 ».

Cette vision prévoit dans sa deuxième phase (2020-2027) 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.

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l’Emploi DSCE 2010-2020, document de mise en œuvre de la première phase de cette vision, a identifié[[11]](#endnote-9) l’amélioration de l’état de santé des populations comme un objectif à la fois de développement social et de croissance économique. Le DSCE a aussi réaffirmé la volonté du Gouvernement de poursuivre la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans leur ensemble.Pour atteindre les objectifs nationaux et internationaux de santé (ODD, DSCE) et progresser vers la couverture sanitaire universelle, le Cameroun vient de se doter d’une nouvelle SSS qui prévoit :

**a. L’extension des 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 en soins essentiels et complémentaires (PMA et PCA) pour lutter contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles et faire face aux évènements de santé publique.

**b. L’amélioration de l’offre des services et des soins de santé spécialisés prioritaires** : il sera question dans ce volet d’accroître l’offre de services pour la prise en charge des maladies chroniques prioritaires et des évènements de santé publique nécessitant des soins ou des mesures spécialisées.

Le PNDS 2016-2020 met principalement l’emphase sur le renforcement du système de santé et la gouvernance, la santé maternelle, infanto-juvénile et néonatale, la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique, et la prévention des maladies.

### **Situation politico-administrative**

Le Cameroun est membre de plusieurs organisations internationales parmi lesquelles la CEMAC, la CEEAC, l’Union africaine, la Ligue arabe, le Commonwealth et la Francophonie. Selon la Constitution, le pouvoir exécutif est exercé par le Président de la République, le pouvoir législatif bicaméral conjointement par l'Assemblée Nationale et le Sénat, et le pouvoir judiciaire à travers différentes juridictions dont la Cour suprême et le Conseil Constitutionnel. Sur le plan administratif le Cameroun a été découpé en 10 régions, 58 départements, 360 Arrondissements et 360 communes[[12]](#endnote-10). Le paysage politique quant à lui est animé par plus de 200 partis politiques

**5. Transport[[13]](#endnote-11)**

La typologie des routes au Cameroun distingue les routes bitumées, les routes en terre classées ou non et les routes rurales. Sur un total de 92 400 km, seuls 5 064 km (5,4% du réseau) de routes sont bitumées. La faible proportion des routes bitumées rend difficile les références et les évacuations des malades vers les centres spécialisés.

**Tableau 1 : Le réseau routier du Cameroun**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Réseau** | **Type de route** | **Longueur en km** |
| Prioritaire | Route bitumée | 5 064 |
| En terre | 13 560 |
| Rurale | 12 338 |
| Non prioritaire | En terre | 8 087 |
| Rurale | 53 348 |

Source : MINTP cité par MINTRANS. TRANSTAT 2013.

Le Cameroun dispose d’un réseau ferroviaire interurbain de 1000 km. Ce dernier est réparti en trois lignes : (i) la ligne Transcam I (Yaoundé-Douala) longue de 264 Km ; (ii) la Transcam II (Yaoundé-Ngaoundéré) d’une longueur de 622Km et (iii) une ligne Ouest (Douala- Kumba) longue de 92Km.

Quant au transport aérien le pays dispose d’environ 08 aérodromes dont 03 aéroports ouverts au trafic international à Douala, Yaoundé-Nsimalen et Garoua. Entre 2009 et 2012, l’aéroport de Douala a enregistré la plus grande proportion des passagers (69%).

Le pays possède en outre quatre ports autonomes à savoir: Douala, Kribi, Limbe et Garoua. Le Port autonome de Douala régente à lui seul plus de 95% de l’ensemble du trafic maritime national.

### **La Communication**

En 2014, 78,9% des camerounais ont utilisé un téléphone mobile ; 21,2 % un ordinateur, et seulement 16,2% ont eu recours à internet[[14]](#endnote-12).Le nombre d’abonnés au téléphone mobile est passé de 4,5 millions à 14,8 millions entre 2007 et 2013, soit une couverture géographique de 83,3%[[15]](#endnote-13),[[16]](#endnote-14).

S’agissant de l’exposition hebdomadaire aux medias de masse, les responsables des ménages sont plus fréquemment exposés à regarder la télévision (42%) qu’à écouter la radio (24%) ou à lire un journal (11%)[[17]](#endnote-15). Près de la moitié des responsables de ménages (51%) ne suit aucun média (radio, télévision, journal) de manière hebdomadaire. A côté de ces outils de communication se trouvent d’autres moyens peu usités : théâtre populaire ou communautaire, contes, saynètes, jeux de rôles, diapo-langage, photo-langage, réseaux associatifs, crieurs publics, griots, etc.

Enfin, les réseaux sociaux sont de plus en plus mis à contribution pour la mobilisation et l’éducation des populations. Ces différentes formes de communication doivent être étendues et développées à travers la promotion des activités de communication pour le développement.

### **L’équité et la justice sociale en santé**

Le Cameroun a ratifié plusieurs conventions internationales dont celles relatives à l’élimination de toutes les formes de discrimination, notamment celles relatives aux droits de l’enfant et de la femme. Par ailleurs certains groupes de la population restent marginaux à l’instar(i) des pygmées (forêts),(ii) des bororos (septentrion), ou (iii) des populations vivant dans les îles en raison, soit de leur attachement à leur environnement socio-culturel et économique, soit des actions encore insuffisantes et/ou inadaptées menées en vue de leur intégration.

# **Chapitre 2 : Situation sanitaire**

### **Organisation du secteur de la santé au Cameroun**

Le secteur de la santé au Cameroun est structuré en trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et comprend trois sous-secteurs : (i) un sous-secteur public, (ii) un sous-secteur privé (à but non lucratif et à but lucratif); et (iii) un sous-secteur traditionnel ; qui disposent chacun de structures administratives, sanitaires et de dialogue (voir tableau 1).

**Tableau 1: Les différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niveau** | **Structures administratives** | **Compétences** | **Structures de soins** | **Structures de dialogue** |
| Central | -Cabinet du Ministre, Secrétariat Général,  - SESP  - Directions techniques et assimilées | - Elaboration des politiques  - Coordination  - Régulation  - Supervision | - Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, CENAME, CPC,  - CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP) | - Conseil National de la Santé, d’Hygiène et des Affaires Sociales |
| Intermédiaire | - 10 Délégations Régionales | - Appui technique aux Districts de Santé  - Coordination régionale  - Régulation  - Supervision | - Hôpitaux régionaux et assimilés ; Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé. | - Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé |
| Périphérique | - 189 Districts de Santé | - Offre de soins  - Coordination du District  - Régulation | - Hôpitaux de District  - Cliniques  - CMA  - CSI, Cabinet de soins | - COSADI; COGEDI  - COSA; COGE |

Source : MINSANTE. Plan de développement des ressources humaines : État des lieux et diagnostic (2012). Complété à partir de l’organigramme de 2013

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 à savoir : (iv) Renforcement du système de santé et (v) Gouvernance et pilotage stratégique.

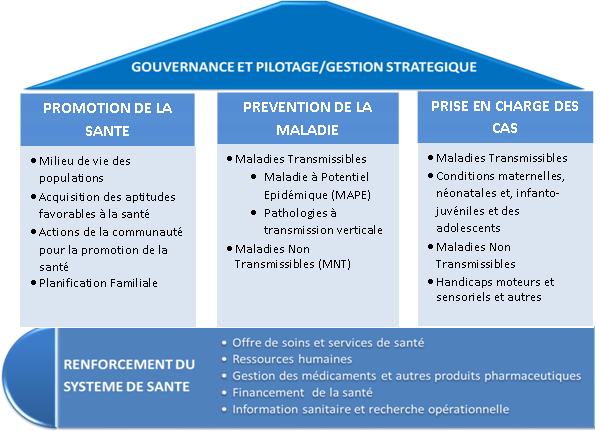


Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes

Source : MINSANTE, SSS 2016-2027

### **Profil épidémiologique :**

Le profil épidémiologique du pays (voir tableau 2) est marqué par une prédominance des maladies transmissibles (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose…).Ces trois maladies représentent 23,66% du poids global de la morbidité. On note aussi une augmentation de la mortalité due aux MNT notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales et les traumatismes dus aux accidents de la voie publique. A cette liste, non exhaustive, s’ajoutent les accidents de travail (chez 12,2% des travailleurs) et les maladies professionnelles (7,5% des travailleurs)[[18]](#endnote-16).

Entre 2004 et 2014, la mortalité néonatale a légèrement régressé de 29‰ à 28‰[[19]](#footnote-3); au cours de la même période, la mortalité infanto-juvénile(MIJ) a aussi baissé et est passée de 144‰ à 103‰,et il en est de même du taux de mortalité infantile(TMI) qui a varié de 74‰ à 60‰[[20]](#endnote-17). Chez les enfants de moins de 5 ans, les infections respiratoires basses, le paludisme, les maladies diarrhéiques et les carences nutritionnelles constituent les principales causes de morbi-mortalité. La mortalité maternelle quant à ellereste élevée et est de 782 décès pour100 000 naissances vivantes[[21]](#endnote-18).

**Tableau 2: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | **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  AUXX MAL | 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 | Carencesnutritionnelles | 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 TropicalesNégligées | 1,82% | 0,22% |
| 15 | Tuberculose | 1,41% | 2,08% |
| 16 | Maladies respiratoireschroniques | 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% |

|  |  |
| --- | --- |
|  | très élevé |
|  | élevé |
|  | modéré |
|  | faible |

Source: adapté du Global Burden of Diseases 2013[[22]](#endnote-19)

### **Promotion de la santé**

Les principaux déterminants de la santé identifiés au Cameroun sont : (i) le faible accès à l’eau potable, (ii) les mauvaises pratiques d’hygiène et de gestion des déchets, (iii) la précarité de l’habitat, (iv) la sédentarité, (v) les carences nutritionnelles et en micronutriments, (vi) le surpoids, (vii) l’usage abusif des substances illicites ou nociveset(viii) les besoins non satisfaits en planning familial.

La faible couverture observée dans la promotion de la santé se justifie parl’implicationinsuffisante des ménages et des acteurs communautaires dans les interventions sanitaires(participation communautaire), l’effectif insuffisant des Agents de Santé Communautaire (ASC) pour accompagner efficacement les ménages dans l’adoption des comportements sains favorables à la santé, et leur faiblerétribution au regard de leur niveau de sollicitation.

Le tableau ci-après présente la situation de l’hygiène et de l’assainissement par région.

**Tableau 3 : Situation de l’hygiène et de l’assainissement dans les régions**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Proportion (en %)de la population ayant accès à une eau potable de boisson\*\*** | **Proportion (en %) de la population habitant dans les logements disposant d’installations sanitaires améliorées(a)\*\*** | **Pourcentage de ménages occupant des logements considérés comme non durables\*** |
| Adamaoua | 60.7 | 60.6 | 4,8 |
| Centre (sans Yaoundé) | 58.8 | 37.9 | 19,9 |
| Est | 25.3 | 35.8 | 20,2 |
| Extrême-Nord | 37.8 | 16.9 | 8,5 |
| Littoral (sans Douala) | 78.6 | 66.8 | 12,6 |
| Nord | 35.4 | 32.6 | 17,0 |
| Nord-Ouest | 51.5 | 56.2 | 7,8 |
| Ouest | 59.7 | 56.4 | 4,7 |
| Sud | 44.3 | 55.6 | 14,5 |
| Sud-Ouest | 75.4 | 61.4 | 12,5 |
| Yaoundé | 89.1 | 85.8 | 7,8 |
| Douala | 96.4 | 85.4 | 1,8 |
| Urbain | 88.5 | 81.3 | 6,4 |
| Rural | 42.0 | 34.3 | 13,6 |
| Cameroun | 59.8 | 52.4 | 10,2 |

Source des données : \*EDS-MICS, 2011 ; \*\*INS, Rapport national de progrès des OMD année 2012 ; (a) WC avec chasse d’eau, latrines aménagées

### **Prévention de la maladie et prise en charge des cas**

Depuis 2010, le pays connaît une baisse globale de la morbidité et une amorce de la transition épidémiologique caractérisée par une légère diminution de la prévalence des maladies transmissibles et une augmentation de celle des maladies non transmissibles.

### **Les Maladies Transmissibles**

En 2013, le VIH/SIDA et les IST, le Paludisme et la Tuberculose, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques représentaient environ 41% du poids global de la maladie et 42% des décès. (Voir Tableau 2). En guise de réponse institutionnelle, des programmes de santé prioritaires ont été mis en place (PNLP, PNLT, CNLS, PLMI,etc.).

**VIH/SIDA, IST et hépatites virales**:

La prévalence du VIH a connu une baisse au cours des dernières années passant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011. La prévalence chez les hommes se situe à 2,9% tandis que celle des femmes est de 5,6%[[23]](#endnote-20) traduisant une féminisation de l’épidémie. On note cependant une prévalence élevée de 8,1% dans la tranche d’âge de 35 à 39 ans. De même, la prévalence chez les adolescents dans la tranche d’âge de 15-19 ans est de 1,2% (2 % chez les filles et de 0,4% chez les garçons)[[24]](#endnote-21). En 2014, le nombre de nouvelles infections liées au VIH était estimé 58 775 contre à 44 477 cas en 2015 (Rapport projection EPPspectrum CNLS MINSANTE 2016).Les populations les plus exposées au VIH sont : les travailleurs du sexe (36,8 %)[[25]](#endnote-22), les homosexuels (37, 2 %)[[26]](#endnote-23) et les camionneurs (16%)[[27]](#endnote-24).

Depuis le 1er mai 2007, les antirétroviraux sont gratuits pour les patients suivis dans les sites de prise en charge du VIH (CTA/UPEC)[[28]](#endnote-25). Cette gratuité a permis de passer de 17 156 PVVIH sous TARV à 168 249 entre 2005 et 2015[[29]](#endnote-26). Bien que cette couverture en ARV ne représente que 27% des besoins estimés[[30]](#endnote-27) , l’option Test and Treat (mettre toutes les personnes séropositives sous traitement quel que soit leur résultat des CD4) initiée en 2016 permettra d’augmenter progressivement la couverture en ARV.

**Les problèmes majeurs observés dans la PEC du VIH/SIDA sont:**

* Le dépistage tardif des cas ;
* La faible proposition systématique du conseil/dépistage aux clients/Patients dans les FOSA;
* La faible disponibilité des UPEC (44%[[31]](#endnote-28) des DS n’ont pas de site de prise en charge ;
* L’approvisionnement en ARV est irrégulier à tous les niveaux (mauvaise gestion des stocks) ;
* L’absence d’un plan de soutenabilité pour l’acquisition des ARV après l’arrêt des financements du Fonds Mondialprojeté en 2020 ;
* La sous prescription des ARV causée par l’insuffisance des RH qualifiées pour la prise en charge globale des PVVIH et par l’absence d’une décentralisation de la distribution des ARV dans la communauté par les ASC ;
* L’insuffisance structurelle et fonctionnelle du dispositif d’aide à l’observance thérapeutique des patients sous TARV.

Plusieurs études sur le VIH/SIDA ont été réalisées, mais très peu de leurs résultats ont été exploités (observance thérapeutique des malades sous ARV ; résistance du VIH aux ARV, etc.) pour la prise de décision.

**Hépatites virales :** Les séroprévalences moyennes des hépatites virales B, C et D étaient respectivement de 12%, 1,03% et 10% en 2014[[32]](#endnote-29). La vaccination contre l’hépatite virale B est disponible et gratuite pour les enfants de 0 à 11 mois. En l’absence d’un vaccin contre l’hépatite virale C, l’Etat subventionne le coût de la prise en charge thérapeutique de l’hépatite virale C même si celui-ci reste encore inaccessible pour les pauvres (2 262 000 CFA pour 48 mois de traitement)[[33]](#endnote-30). Les ARV pour la prise en charge de l’hépatite virale B, sont quant à eux disponibles dans les hôpitaux de district et leur coût subventionné est de 5000 FCFA/mois.

**Tuberculose:** Le Cameroun est un pays à forte incidence de tuberculose (TB)[[34]](#endnote-31). En 2015, selon le PNLT[[35]](#endnote-32), 26 570 cas de TB toutes formes confondues ont été détectés au nombre desquels 15 082 nouveaux cas à microscopie positive, ce qui correspond à des taux de notification respectifs de 132,85 et de 75,41 par 100 000 habitants. La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux varie de 16% dans l’Extrême-Nord à 63% dans le Nord-Ouest. Le taux de guérison de la TB oscille entre 65% (Yaoundé) et 86% (Région du Nord). La TB sévit plus sévèrement en milieu carcéral où l’on relève un taux de notification dix fois supérieur à la moyenne nationale qui se situe à 125/100 000 habitants[[36]](#endnote-33). En 2013, le nombre de Centre de Diagnostic et de Traitement de la TB (CDT) fonctionnels était de 238 soit un ratio d’un CDT pour 87 886 habitants (la norme OMS étant comprise entre 50000 et 150000 habitants)[[37]](#endnote-34).

Les problèmes rencontrés dans la prise en charge globale de la TB sont :

* Le faible taux de notification des cas (seulement de 48% en 2013)[[38]](#endnote-35) ;
* Les délais du diagnostic qui sont relativement longs;
* Le traitementtardif des cas en raison de la faible accessibilité financière aux services et soins de santé;
* L’insuffisance des mesures préventives en milieu hospitalier.

**Paludisme:**Le paludisme demeure la première cause de consultation et d’hospitalisation au Cameroun. En effet, en 2013, 28,7%[[39]](#endnote-36) de personnes ont été consultées pour paludisme dans les formations sanitaires (FS) tandis que ce fléau était responsable de 22% de décès[[40]](#endnote-37).

La morbidité hospitalière due au paludisme a évolué à la baisse depuis l’année 2008 en passant de 41,6% à 27,5%en 2012[[41]](#endnote-38). Au cours de la même période, la morbidité chez les femmes enceintes a diminué, passant de 49% à 11%[[42]](#endnote-39). La réponse institutionnelle jusqu’ici a consisté en la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, la distribution gratuite des MILDA à la population générale (37,4% des ménages possédant une MILDA pour 2 personnes en 2014[[43]](#endnote-40)), le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes (26% des femmes enceintes venues en CPN ont reçu au moins 3 doses de TPI en 2014[[44]](#endnote-41)) et la chimio-prophylaxie du paludisme saisonnier dans les régions de l’Extrême-Nord et du Nord.

Les principaux problèmes rencontrés dans la lutte contre le paludisme sont :

* La faible utilisation des MILDA distribuées aux populations.
* Le non-respect des Directives du PNLP par certains prestataires de soins (Diagnostic et prise en charge).
* Le non-respect de mesures de gratuité dans certaines formations sanitaires.

### **Les Maladies à Potentiel Épidémique (MAPE) et les urgences**

Au cours des cinq dernières années, le paysage épidémiologique (voir tableau 4) a été particulièrement marqué par des épidémies de choléra, de méningite bactérienne, de grippe, de rougeole, de fièvre jaune, et de poliomyélite. Des cas de rage humaine et de morsures de serpent sont également de plus en plus rapportés[[45]](#endnote-42).

Certaines MAPE sont ciblées par le Programme Elargi de Vaccination de routine. Il s’agit de: la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos maternel et néonatal, la coqueluche, l’hépatite virale B, les infections à *Heamophilus influenzae type B*, les infections à pneumocoque, les diarrhées à Rotavirus, la fièvre jaune, la rougeole et la rubéole. L’assurance de la qualité des vaccins reste un défi à relever.

**Système de surveillance des MAPE et phénomènes de santé prioritaires**

La stratégie de surveillance intégrée des MAPE et de riposte a été adoptée au Cameroun depuis 2005. En 2011, le guide de SIMR a été révisé pour prendre en compte les aspects de RSI (2005) y compris les principes inhérents à **l’approche « une santé ».** À ce jour, il n’existe pas de plan stratégique national multisectoriel de réponse aux épidémies et autres urgences sanitaires. Les difficultés rencontrées dans la surveillance et la riposte sont entre autres : les capacités insuffisantes du personnel à détecter et à prendre en charge correctement et promptement les cas déclarés et la faible disponibilité de la logistique pour la préparation et la riposte en cas d’épidémie, etc.

L’historique des MAPE sur les quatre dernières années est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Historique des MAPE au Cameroun de 2010 à 2014

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MAPE** | **2011** | | | **2012** | | | **2013** | | | **2014** | | |
| 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 | 3 409 | 191 | 5,6 |
| **Méningites** | 2733 | 191 | 7 | 1128 | 103 | 9,1 | 1010 | 68 | 6,7 | 944 | 51 | 5,2 |
| **Rougeole** | 4 574 | 27 | 0,6 | 14 806 | 73 | 0,5 | 1 681 | 10 | 0,6 | 4 152 | 16 | 0,4 |
| **Gastroentérite à Rotavirus (cas positifs)** | 242 | 7 | 2,89 | 354 | 2 | 0,56 | 482 | 1 | 0,21 | 95 | 0 | 0 |
| **Diarrhées sanglantes** | 2 114 | 4 | 0,2 | 7 376 | 13 | 0,2 | 10 966 | 7 | 0,1 | 13 066 | 11 | 0,1 |
| **Fièvre typhoïde** | - | - | - | 55 100 | 21 | 0 | 138 758 | 31 | 0 | 176 899 | 28 | 0 |
| **Grippe humaine** | 34 087 | 14 | 0,0 | 35 868 | 37 | 0,1 | 70 234 | 6 | 0 | 83 640 | 5 | 0 |
| **Poliomyélite\*** | 187 | 0 | 0 | 216 | \*1 | 0,5 | 433 | 2 | 0,5 | 700 | 2 | 0,3 |

Source : Historique des MAPE, 2011-2014. (DLMEP, non publié)

De ce tableau, il ressort que les MAPE ayant causé le plus grand nombre de décès entre 2011 et 2014 sont : le paludisme (4 735 décès en l’absence des données de 2012), le choléra (1 038 décès), les méningites bactériennes (413 décès), la gastroentérite (205 décès) et la rougeole (126 décès). Les expériences de ces épidémies n’ont malheureusement pas été exploitées pour la mise sur pied d’une structure et d’une stratégie pérennes de riposte tel que recommandé par le Guide Technique National pour la SIMR.

### **Maladies Tropicales Négligées**

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

* **L’onchocercose** : Plus de 1,5 millions de personnes présentaient en 2013des lésions graves de la peau[[46]](#endnote-43)dues à cette affection. 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%[[47]](#endnote-44).
* **La filariose lymphatique :** la prévalence varie de 6% au Nord-Ouest à 1,1% à l’Ouest[[48]](#endnote-45). La cartographie réalisée en 2012 a montré les résultats suivants : (i) 154 DS étaient endémiques à la filariose lymphatique sur les 181 enquêtés, (ii) 100 DS étaient co-endémiques à l’onchocercose et (iii) 24 DS à la loase[[49]](#endnote-46).A ce jour**,** la stratégie de lutte contre la filariose lymphatique est basée sur le traitement de masse à l’Ivermectine et à l’Albendazole dans les zones endémiques[[50]](#endnote-47).
* **La schistosomiase :** Elle touche actuellement 2 millions de camerounais[[51]](#endnote-48). Les enfants en âge scolaire (5-14 ans) constituent le groupe le plus vulnérable. Cette cible représente 50% des personnes infectées. Un tiers de la population générale est du reste exposé aux facteurs de risques de cette maladie[[52]](#endnote-49).
* **La lèpre :** en 2014, 719 cas de lèpre ont été enregistrés au Cameroun. A ce jour, une quinzaine de districts de santé reste hyper-endémique à cette maladie[[53]](#endnote-50). Quatre régions à savoir l’Adamaoua, l’Est, le Nord et le Sud-Ouest, concentrent le plus grand nombre de cas, avec des chiffres de 2 à 4 fois plus élevés que la moyenne nationale[[54]](#endnote-51).
* **L’ulcère de Buruli** : il sévit principalement dans la vallée du Nyong (Centre), dans la cuvette de Bankim (Adamaoua) et dans la zone de Mbonge (Sud-Ouest). Le nombre de districtsde santé endémiques est passé de 5 en 2005 à près de 30 en 2015. Cependant, le nombre de CDT-UB stagne malgré la gratuité du traitement médical de l’ulcère de Buruli. Des études ont montré que les coûts indirects inhérents à sa prise en charge constituent un fardeau important pour les malades et leurs familles.

**- La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)[[55]](#endnote-52) :** Il existe actuellement cinq foyers actifs de THA au Cameroun: Campo, Bipindi, Fontem, Mamfé et Doumé. Des activités ponctuelles de sensibilisation, de mobilisation, de dépistage et de traitement gratuit sont organisées annuellement dans ces foyers. Les données de morbidité concernant la THA ne sont pas actualisées. Toutefois, la population à risque était évaluée à environ 70 000 personnes en 2006.

**- Le trachome :** il est endémique dans les régions de l’Extrême-Nord (14 districts de santé) et du Nord (3 districts de santé). En 2014, 1 156 483 patients ont été traités (à la tétracycline ou à l’azithromycine) et 3 889 cas de trichiasis ont été opérés[[56]](#endnote-53).

**La prise en charge des MTN** est intégrée dans les paquets de services des FOSA du niveau opérationnel. Certaines de ces affections bénéficient d’une chimio-prophylaxie de masse, administrée annuellement (schistosomiase, onchocercose, helminthiase, filariose lymphatique et trachome).Cequi réduit considérablement leur charge de morbidité. Les autres MTN sont traitées au cas par cas.

De nouvelles MTN comme la rage, l’envenimation par morsures de serpentet la dengue ont été identifiées mais ne sontpour la plupart pas suffisamment documentées.

### **Maladies Non Transmissibles (MNT)**

De manière globale, la situation épidémiologique des Maladies Non Transmissibles (MNT) est encore peu élucidée tout comme la prévalence de leurs facteurs de risques. En 2013, les maladies chroniques non-transmissibles représentaient près de 40% du poids global de la maladie (voir tableau 2). Au cours de la même année, elles ont été responsables de 882 et 862 décès pour 100 000 habitants chez les hommes et les femmes[[57]](#endnote-54) respectivement. Au rang des plus fréquentes figurent :les maladies cardiovasculaires, les cancers, les accidents de la voie publique et les traumatismes.

**Groupe 1 : HTA et autres affections cardiovasculaires, diabète et maladies rénales chroniques :** Avec près de 11,56% des décès totaux, le groupe des maladies cardiovasculaires représentait la deuxième cause de mortalité au Cameroun en 2013 (Voir Tableau 2). La prévalence nationale de l’hypertension artérielle était de 29,7% et celle du diabète de 6,6% en 2015[[58]](#endnote-55). Les données sur la prévalence des maladies rénales ne sont à ce jour pas disponibles. Toutefois, on peut noter que la prise en charge de la maladie rénale chronique et de ses complications bien que subventionnée reste encore onéreuse et inaccessible pour certains patients.

**Groupe 2 : 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 diagnostiquer à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent leur diagnostic. Les cancers les plus couramment observés sont ceux du sein (18,5%), du col de l’utérus (13,8%), des ganglions tels que les lymphomes non hodgkinien (11,9%), de la prostate (7,3%), du tissu conjonctif tel le sarcome de Kaposi (6,9%), et du foie (3%)[[59]](#endnote-56). La prévention et le dépistage de ces cancers restent insuffisants. La prévalence nationale de l’asthme n’est pas connue ; elle était de 2,3% dans la ville de Yaoundé en 2014[[60]](#endnote-57).Quant à la lutte anti-tabac, elle constitue un défi majeur à relever pour le système de santé car elle nécessite la conjugaison d’efforts de plusieurs autres secteurs.

**Groupe 3: Affections bucco-dentaires, troubles visuels et auditifs chroniques :** Certaines études sur les affections bucco-dentaires font état des prévalences de 73,3% dans la tranche d’âge de 9 à 12 ans, et de 92,3% chez les 13-17 ans en 1999 en particulier dans les zones rurales de la région du Nord-ouest[[61]](#endnote-58). Les déficiences sensorielles(3,5%) sont les plus fréquentes, en particulier les déficiences visuelles (2,2%) et auditives (1,2 %)[[62]](#endnote-59). Par ailleurs, en début de scolarité, le dépistage de ces affections,n’est pas systématiquement réalisé dans les écoles.

En ce qui concerne les affections bucco-dentaires, leur prévalence nationale demeure indéterminée. A date, il n’existe ni de politique nationale de santé bucco-dentaire, ni de plan de lutte y relatif.

**Les affections oculaires** constituent également un réel problème important de santé publique, ce qui a nécessité la mise en place d’un Programme National de Lutte contre la Cécité et l’onchocercose. Cependant, les ressources humaines qualifiées et les services dédiés à cette prise en charge dans les FOSA du niveau opérationnel font défaut. Aussi, des caravanes mobiles sont régulièrement organisées pour réaliser des opérations de la cataracte de masse dans les DS.

**Les soins ORL**  sont pour la plupart réalisés dans les hôpitaux de catégorie 1 à 4. Le pays ne compte à ce jour que 72 médecins spécialistes en ORL[[63]](#endnote-60).

**Groupe 4: Épilepsie et autres affections neurologiques, mentales et psychosociales, drépanocytose, maladies génétiques et dégénératives :** La prévalence de l’épilepsie en 2008 au Cameroun était estimée à 5,8% en milieu hospitalier[[64]](#endnote-61). Les localités les plus touchées sont le Mbam (Inoubou et Kim) 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%)[[65]](#endnote-62).

Selon l’OMS, la prévalence du trait drépanocytaire au Cameroun varie entre 20 et 30%.Ce qui représente une population d’environ 3,5 millions de personnes avec près de 2% d’homozygotes[[66]](#endnote-63). Le diagnostic néonatal du trait drépanocytaire n’est pas encore systématiquechez les nouveau-nés à risque.Pour ce qui est des maladies neuropsychiatriques, elles contribuent au poids global de la maladie à hauteur de 6,1%[[67]](#endnote-64).

**Groupe 5 : Traumatismes, violences, intoxications, urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique :** Le Cameroun a connu plusieurs catastrophes naturelles, à l’instar des inondations, des flambées épidémiques, et  d’autres urgences (actes terroristes, afflux de réfugiés et des populations déplacées, accidents de la voie publique (AVP), accidents de travail, crash d’avion, naufrage de navire, multiples incendies récurrents dans les marchés. Entre 2011 et 2013, le nombre de victimes d’AVP a légèrement diminué, passant de 3 552 à 3 071 pour les blessés et de 1588 à 1170 pour les décès. Cependant, le taux de létalité des AVP  reste élevé (40%)[[68]](#endnote-65).

Lapréparation et la coordination insuffisantes constituent les principaux goulots d’étranglement de la riposte aux situations d’urgence. Un plan national de contingence a été élaboré en 2011 pour la gestion des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique.

Des documents de politique et des plans stratégiques de lutte contre les MNT ont été élaborés pour mieux structurer la réponse institutionnelle face à ces affections. En ce qui concerne la réponse santé aux MCTN, leur prise en charge est en principe intégrée dans les paquets de services des FOSA du niveau opérationnel. Toutefois, toutes ces structures sanitaires ne disposent pas souvent de plateaux techniques appropriés pour prendre en charge ou assurer le suivi de tous les types de MNT.

Il serait alors opportun d’impliquer davantage le niveau opérationnel et les communautés pour plus d’efficacité. En effet, les formations sanitaires du niveau opérationnel sont censées offrir des paquets de services intégrés et continus aux populations alors que celles du niveau intermédiaire ou central doivent dispenser des soins spécialisés. Un plan stratégique de lutte contre les MCNT a été élaboré. Maisla surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques n’est que faiblement assurée.

### **Santé de la mère et de l’enfant**

**Santé de la mère** :

Sur le plan national, la mortalité maternelle est passée de 430 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 à 2011[[69]](#endnote-66). Parmi les facteurs qui expliquent cette situation figurent : (i) le faible taux d’accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (64,7% en 2014)[[70]](#endnote-67), (ii) la faible accessibilité financière et géographique aux services de soins et (iii) la faible disponibilité des produits sanguins. Plus de la moitié des décès maternels (69%) est due aux causes obstétricales directes telles que les hémorragies (41,9%), la pré-éclampsie sévère (16,7%), l’infection sévère du postpartum (4,4%) et les complications graves de l’avortement (4,1%)[[71]](#endnote-68).

**CPN :** Entre 2011 et 2015, le taux de couverture en CPN a régressé de 84,7% à 82,8% pour la CPN1. Au cours de la même période, la proportion de femmes ayant effectué la CPN4 a baissé de 3,4 points (de 62,2% à 58,8%)[[72]](#endnote-69). Par contre, selon le Rapport de progrès PTME 2015, cette couverture a variée de 37 à 74% sur la même période.

**Accouchements assistés**: Le taux d’accouchements assistés par un personnel formé est passé de 63,6% à 61,3% entre 2011 et 2014, soit une régression de 2,3%[[73]](#endnote-70).

**CPON :**Un peu plus d’un tiers des parturientes (35%) n’ont pas reçu de soins postnataux en 2014. Parallèlement, il existe à ce propos de fortes disparités régionales[[74]](#endnote-71).

**Planification familiale.** En 2014, la prévalence contraceptive était de 34,4%[[75]](#endnote-72).La prévalence contraceptive moderne (MAMA exclue) était de 16,1% (MICS 2014) tandis que les besoins non-couverts étaient évalués à 18%[[76]](#endnote-73). En ce qui concerne le taux d’avortement chez les femmes dans la tranche d’âge de 15 à 35 ans, il varie entre 30% et 40 %[[77]](#endnote-74).

**Santé de l’enfant**. Entre 2004 et 2014 (MICS 2014), la mortalité néonatale a légèrement baissé et est passée de 29 à 28‰ ; au cours de la même période, la mortalité infanto-juvénile(MIJ) régressait de 144‰ à 103‰, tandis que le taux de mortalité infantile(TMI) a été réduit de 74 à 60‰[[78]](#endnote-75). Chez les enfants âgés de 2 mois à 5 ans, ce sont le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/SIDA (7%) qui constituent les principales causes de mortalité[[79]](#endnote-76). Par ailleurs,la malnutrition chronique est la cause de 14,7% de décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans[[80]](#endnote-77). Les pratiques familiales essentielles et les interventions à haut impact (vaccination et allaitement maternel exclusif) ne sont cependant pas suffisamment mises en œuvre pour inverser la tendance des chiffres susmentionnés.

**PTME.** Selon le rapport de progrès annuel PTME 2014 du CNLS, sur 822 895 femmes enceintes attendues, 573 793 (69,7%) ont été vues en CPN et 49 350 (83%) ont eu accès au dépistage du VIH parmi lesquelles 23 922 (5,02%) se sont avérés positives. Cette séropositivité varie de 8,9% dans la région du Centre à 2,3% dans la région du Nord[[81]](#endnote-78).En 2015 par contre, 845 048 femmes enceintes étaient attendues mais seulement 625 564 (74%) ont été reçu en CPN. Parmi celles-ci 562 272 (90%) se sont fait dépistées au VIH parmi lesquelles 22 956 (4 ,1%) se sont avérées positives.

L’objectif d’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant à l’horizon 2015 n’a pas été atteint. Le nombre de formations sanitaires offrant le traitement antirétroviral (TARV) a augmenté de 91 en 2006 à 166 en 2014, bien que le taux de couverture soit resté très faible (166/3466)[[82]](#endnote-79).

L’option B+

(Mettre toutes les femmes enceintes séropositives sous traitement sans attendre les résultats des CD4) a été adoptée par le paysen 2012.En 2014, sur 31 112 femmes atteintes de VIH, 10 599 (34,06%) ont reçu un traitement ARV et sur 41 684 femmes enceintes atteintes de VIH, 11 698 (28,06%) ont été mises sous prophylaxie ARV[[83]](#endnote-80).En 2015, sur 31 596 femmes atteintes de VIH, 26 678 (84,4%) ont reçu un traitement ARV[[84]](#endnote-81). L’intégration du volet PTME dans les activités de la CPN est effective dans toutes les régions, même sila couverture de l’offre n’est pas toujours satisfaisante.

Les facteurs limitant qui participent de la mauvaise réponse du système dans le domaine de la PTME sont :

1. L’absence de formation des personnels en charge de la PTME.
2. L’offre des services de PTME insuffisante en zones rurales.
3. L’absence de standardisation des tests de dépistage.
4. Les ruptures de stocks récurrentes en tests et en ARV[[85]](#endnote-82).

### **Handicaps**

Environ 5% de la population souffre d’au moins un handicap. Les déficiences sensorielles (3,5%) sont les plus communément rencontrées, suivies des déficiences motrices (1,5%)[[86]](#endnote-83). Quelques formations sanitaires disposent des services de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle. Mais de manière globale, les aspects de prévention et de prise en charge des handicaps sont insuffisamment pris en compte par le système de santé.

### **Les Performances du système de santé**

Classé 164eme parmi 191 pays d’après une évaluation réalisée par l’OMS en 2011, le système de santé camerounais est fragile et par conséquent ne répond pas efficacement aux besoins des populations[[87]](#endnote-84).Ainsi, afin de décrire le système de santé et d’évaluer l’impact des interconnexion des piliers du système de santé sur la performance globale, notre analyse portera sur les 6 pilierssuivants : (i) Financement de la santé ; (ii) Offre des soins et des services de santé ; (iii) Pharmacie, Laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques; (iv) Ressources humaines ; (v) Système d’information sanitaire et recherche en santé ; (vi) Gouvernance et pilotage stratégique.

### **Financement de la santé**

Le Cameroun ne dispose pas encore d’une stratégie nationale de financement de la santé. Les différentes fonctions du financement décrites ci-dessous (collecte des ressources, mécanismes de partage des risques, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national. Une stratégie de financement en cours d’élaboration est attendue en 2017.

* **COLLECTE DES RESSOURCES FINANCIERES**

En 2012, le volume total du financement de la santé était de 728 milliards de FCFA, soit 5,4% du PIB. Les principales sources de financement étaient: les ménages (70,6%), le Gouvernement (14,6%), le secteur privé (7,7%) et les bailleurs de fonds (6,9%) [[88]](#endnote-85).

**Financement de l’Etat** : Sur la période 2010-2015, le budget national alloué au secteur santé a connu une augmentation substantielle en valeur absolue passant de 166,6 à 207,1 milliards de FCFA. Malgré cette augmentation, la part allouée au secteur santé, exprimée ne pourcentage du budget national, a diminuée passant de 7.2% en 2011 à 5,5% en 2015. Il est important de relever que depuis la réforme du budget programme en 2013, le MINSANTE est considéré comme le seul ministère du secteur.

Figure 5: Evolution du budget national alloué au secteur santé et en pourcentage du budget national de 2010 à 2015. *Source : Lois de règlement 2010-2014 et loi de finance 2015.*

**Financement venant des ménages** : La contribution des ménages aux dépenses de santé représentait 70,6 %  des dépenses totales de santé en 2012[[89]](#endnote-86). Il n’existe pas encore de stratégie visant à capitaliser les fonds provenant des dépenses des ménages à l’effet de renforcer l’efficience globale et l’équité dans le secteur.

**Financements extérieurs (FINEX) :** Sur la période 2011-2015, les FINEX ont contribué à hauteur de 519,7 milliards de FCFA dans les dépenses de santé, soit une moyenne annuelle de 104 milliards (voir Tableau 5)[[90]](#endnote-87). En 2015, l’initiative Global Financing Facility (GFF) a été lancée dans le but de financer les interventions à haut impact ciblant la santé de la mère et de l’enfant.

**Tableau 5: Contribution des partenaires au financement de la santé (milliards de FCFA).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Partenaires** | **Financement total 2011-2015**  **(en milliards de FCFA)** |
| Multilatéraux | 423.9 |
| Fond Mondial | 292.2 |
| GAVI | 66.1 |
| Banque Mondiale | 12.5 |
| OMS | 4.5 |
| Autres | 48.6 |
| Bilatéraux | 91.5 |
| Chine | 35.0 |
| KFW | 14.0 |
| Autres | 42.5 |
| ONG internationales | 4.3 |
| **TOTAL 2011-2015** | **519.7** |

*Source : MINSANTE 2015. DCOOP. Document non publié.*

**Financements innovants**: Le recours aux financements innovants est encore très peu développé au Cameroun. Toutefois, certaines initiatives sont en cours d’expérimentation. On peut citer à titre illustratif, la participation à l’initiative mondiale UNITAID à travers les fonds de la taxe aéroportuaire de 10% prélevée sur les billets d’avion des vols internationaux. Cependant, ces initiatives ne représentent pas une source de financement substantiellement importante dans la perspective de la mise en place de la CSU.

* **MECANISMES DE MISE EN COMMUN DES RESSOURCES ET DE PARTAGE DU RISQUE MALADIE**

Les mécanismes de mise en commun des ressources demeurent insuffisants dans le secteur de la santé. En effet les dépenses de santé des ménages sont constituées à près de 99% par les 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 tiers73. On note parmi ceux-ci: les **mutuelles de santé** (43 actives en 2014), qui couvrent 63 000 personnes, les compagnies d’**assurance privées** (16 actives en 2014), qui assurent 190 408 personnes sur le risque maladie, les **mutuelles des fonctionnaires**, et la **Caisse Nationale de Prévoyance Sociale**(branche accident du travail et maladie professionnelle) qui assurent la protection sociale de 1 163 534 personnes[[91]](#endnote-88),[[92]](#endnote-89).

Il existe également un fond de solidarité, alimenté à hauteur de 10% par les paiements effectués au niveau des formations sanitaires, et qui peut être mobilisé rapidement pour répondre à des problèmes prioritaires dans le secteur santé.

En 2011, on estimait que moins de 3% de la population était couverte par un mécanisme de protection du risque maladie.[[93]](#endnote-90) Les recommandations du Comité Interministériel d’Examen des Programmes lors de sa session de 2015, préconisent le développement d’une stratégie pour la mise en place de la couverture santé universelle (CSU) au Cameroun. Il est capital de relever que la CSU ne pourra être implémentée qu’en mobilisant de manière équitable les ressources internes.

* **ACHAT DES SOINS ET SERVICES DE SANTE :**

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

(i) les paiements directs des soins par les ménages ; (ii) le remboursement des frais de soins par les mutuelles/assurances maladies pour les personnes couvertes avec ticket modérateur; (iii) la subvention de la gratuité des soins pour certains domaines prioritaires ; (iv) le financement basé sur la performance et (v) l’allocation budgétaire de l’Etat pour le fonctionnement des structures sanitaires.

**Allocation budgétaire :** Dans le cadre de la politique de décentralisation en cours, 6 milliards de FCFA du budget du MINSANTE ont été envoyés en 2015 aux CTD pour l’investissement en santé. Ces financements alloués ne tiennent cependant pas toujours compte des besoins et des priorités des structures sanitaires. Il sera donc primordial de poursuivre l’effort en faveur d’une gestion décentralisée des ressources financières. Par ailleurs, il n’existe pas encore de critères objectifs préétablis pour la répartition de l’enveloppe budgétaire aux structures sanitaires déconcentrées dans le secteur.

**Exécution budgétaire :** Le taux d’engagement a oscillé entre 88 et 96% sur la période 2010-2015. Toutefois, il est indispensable de connaitre les montants réellement exécutés sur les engagements effectués. De plus, le niveau d’efficience dans les dépenses effectuées est encore faible. À titre illustratif, en 2012, le Cameroun a dépensé $61 par habitant mais a obtenu des résultats comparables à ceux des pays dépensant entre $10 et $15 par habitant[[94]](#endnote-91).

En général, l’analyse du financement de la santé se heurte à de nombreuses difficultés à savoir : la disponibilité différée de l’information financière (Comptes Nationaux de la Santé), la faible visibilité et prévisibilité de la chaîne de dépense et l’absence d’analyse financière pour une prise de décision prompte.

### **Offre de soins et de services**

* Niveau central

Les hôpitaux de 1ère et de 2ème catégorie constituent les deux types de FOSA du niveau central. A ce jour, ceux-ci ne parviennent pas à jouer pleinement leur rôle de structures de référence principalement du fait de l’insuffisance des plateaux techniques appropriés et des références tardives. Ces hôpitaux qui sont sensés apporter un appui spécialisé aux FOSA du niveau déconcentré, délivrent aussile PMA et le PCA au même titre que les hôpitaux de districts et certains CMA.

Aucune évaluation visant à documenter les efforts de mise en œuvre des missions assignées à ces structures n’a encore été envisagée à ce jour. Une telle évaluation permettrait d’identifier des obstacles (structurels et organisationnels) et des difficultés qui empêchent ces structures de jouer efficacement leur rôle régalien

En l’absence des mécanisme perreinsde mutualisation du risque maladie, les soins et les services prodigués dans ces hôpitaux sont peu accessibles aux couches sociales les moins nanties.. Toutefois, des subventions sont faites dans ces structures pour réduire les coûts de prise en charge de certaines maladies chroniques telles que les insuffisances rénales terminales nécessitant une hémodialyse et certains cancers

Au niveau central, le MINSANTE organise régulièrement des réunions de coordination. Toutefois, ces instances de concertation, sont davantage des réunions de partage d’informations, de proposition de solutions etdes directives pour faire face aux difficultés rencontrées dans le fonctionnement des structures sanitaires du niveau central.Il n’existe donc pas d’instance de coordination structurelle pour résoudre les problèmes du système de santé avec l’ensemble des acteurs clefs. En dehors des réunions du COPIL, les opportunités de concertation pour résoudre les problèmes de santé transversaux et assurer une bonne cohérence et efficacité des interventions multisectorielles mises en œuvre dans le secteur sontplutôt rares (réunions techniques multisectorielles).

* **Le niveau intermédiaire**

**Délégations Régionales de Santé Publique (DRSP)**

Le niveau intermédiaire ou régional est constitué des dix Délégations Régionales de la Santé Publique. Elles ont une mission permanente d’appui technique aux districts de santé, de coordination et de gestion administrative de l'ensemble des RHS de la région. On trouve au sein de ces délégations régionales des brigades de contrôle des activités et des soins de santé..Cependant, aucune étude n’a permis d’évaluer le niveau réel d’exécution de leurs missions.

La plupart des DRSP ne disposent pas de plans de développement sanitaire. De plus, faute de financement adéquat, les plans Consolidés de Développement Sanitaire Régionaux élaborés entre 2006 et 2009 n’avaient pas pu être mis en œuvre de façon optimale.

Le rapport des missions effectuées en 2013 dans les 10 régions par le ST/CP-SSS[[95]](#endnote-92)a relevé une insuffisance globale en ressources humaines, matérielles et financières et une faible capacitédes Délégués Régionaux à mettre en œuvre les interventions du processus gestionnaire. Ce déficit qualificatif en ressources humaines compromet la capacité de planification, de coordination et d’appui technique du niveau régional pour le niveau périphérique.

La faible capacité technique des responsables des structures sanitaires dans le domaine de la planification se traduit par laqualitéinsuffisantedes plans élaborés.

**Formations sanitaires du niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire compte aujourd’hui 14 hôpitaux régionaux et assimilés (3ème catégorie) sensés recevoir des cas référés des structures sanitaires du niveau opérationnel. Cependant, les performances de ces formations sanitaires ne sont généralement pas évaluées. En outre, le renforcement des capacités des RHS de ces formations est réalisé indépendamment d’un plan de formation préalablement élaboré.Par ailleurs, les fonds alloués à la formation des RHS sont souvent insuffisants au regard des besoins exprimés. Faute de financement etvu l’insuffisance d’un leadership efficace, les réunions de coordination qui sont du reste des opportunités de partage des connaissances et de capitalisation des meilleures pratiques sont très peu organisées. Par conséquent, le leadership queces hôpitaux régionaux sont supposés assurer reste encore très faible[[96]](#endnote-93).

Par ailleurs, les ressources financières allouées à la formation des RHS sont souvent insuffisantes au regard des besoins. Faute de financement etvu l’insuffisance d’un leadership efficace, les réunions de coordination qui sont du reste des opportunités de partage des connaissances et de capitalisation des meilleures pratiques sont très peu organisées. Par conséquent, le leadership queces hôpitaux régionaux sont supposés assurer reste encore très faible[[97]](#endnote-94).

* **Niveau opérationnel[[98]](#endnote-95).**

Le Décret n° 95/013 du 7 février 1995 organise le territoire national en districts sanitaires et leur autonomisation constitue le stade ultime de leur développement (viabilisation).

La SSS 2001-2015 s’était fixée comme objectif de ***« réduire d’un tiers la charge morbide globale en  mettant en place une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d’Activités (PMA), à une heure de marche et pour 90% de la population »[[99]](#endnote-96)***.Pour jouer leur rôle de façon optimale et offrir aux populations les SSP, les districts de santé doivent être viabilisés[[100]](#endnote-97),[[101]](#endnote-98). Mais, il est difficile à ce jour d’apprécier le niveau de viabilisation des 189 districts de santé du pays, aucune étude n’ayant été récemment réalisée dans ce sens. Toutefois, seulement 7,4% des districts de santé en 2007 étaient considérés comme viables[[102]](#endnote-99). Dans ces conditions, la plupart des structures de ce niveau de la pyramide sanitaire n’ont pas un niveau de développement leur permettant d’offrir de manière optimale le PMA et le PCA complets aux populations.

En effet, les résultats de l’enquête PETSII conduite au niveau des districts de santé montrent que 24,5% des formations sanitaires du niveau opérationnel ne disposaient pas de boite d’accouchement, 39,5% manquaient de système de stérilisation à sec, 67,5% affichaient une absence de Kits de césarienne et 11,6% n’avaient pas de microscopes fonctionnels[[103]](#endnote-100).

**Situation de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP) :** Le niveau de couverture des composantes des SSP est faible et les besoins des populations demeurent très peu satisfaits. En outre, la couverture des interventions communautaires est insuffisante comme l’indique le tableau 5.

Tableau 5 : Niveau de couverture des interventions de soins de santé primaires

| **Composantes** | **Indicateur** | **Valeur** | **Année** | **Référence** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Conditions alimentaire et nutritionnelle** | Taux d’insécurité alimentaire (%) | 8,1 | 2011 | [[104]](#endnote-101) |
| Prévalence de l’allaitement (%) | 28,2 | 2011 | [[105]](#endnote-102) |
| Anémie chez les femmes (%) | 40 | 2011 | [[106]](#endnote-103) |
| Anémie chez les enfants (%) | 60 | 2011 |
| Obésité chez la femme (%) | 32 | 2011 |
| **WASH** | Accès à l’eau potable (%) | 72,9 | 2014 | [[107]](#endnote-104) |
| Accès aux latrines améliorées (%) | 34,9 | 2014 |
| Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) | 782 | 2011 | [[108]](#endnote-105) |
| Mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances) | 103 | 2014 |
| Prévalence contraceptive moderne (%) | 21 | 2014 |
| **Vaccination** | Enfants vaccinés par l’antigène de référence DTC3 (%) | 79,6 | 2014 | [[109]](#endnote-106) |
| **Prévention et contrôle des endémies** | Morbidité hospitalière due au paludisme (%) | 20.7 | 2014 | [[110]](#endnote-107) |
| **Traitement des maladies et lésions courantes** | Taux de morbidité subjective (%) | 25 | 2007 | [[111]](#endnote-108) |
| Recours aux soins de santé (%) | 52,6 | 2007 |
| **Fourniture de médicaments essentiels** | Disponibilité des médicaments essentiels (%) | 86 | 2015 | [[112]](#endnote-109)  [[113]](#endnote-110) |
| Rupture de stock moyenne par an (jour) | 18.1 | 2015 |
| Consommation des médicaments essentiels de mauvaise qualité (%) | 61,4 | 2012 |
| **Éducation pour la Santé** | Taux de litératie en santé | n.d. | n.d. |  |

Source: MINSANTE 2015. « État des lieux et Diagnostic du Secteur santé »

**Situation de la mise en œuvre des Paquets Complémentaires d’Activités (PCA) :** Les HD et assimilés ont pour mission d’offrir les PCA. Mais à ce jour, le nombre d’hôpitaux de district offrant un PCA complet n’est pas disponible.Mais à ce jour, le nombre d’hôpitaux de district capables d’offrir un PCA complet n’est pas connu

**Infrastructures et équipements:** En 2014, on dénombrait 4034 formations sanitaires (tableau 6)[[114]](#endnote-111) publiques (72%) et privées (28%). Ces chiffres seraient en deçà de la réalité du fait de l’absence d’une carte sanitaire actualisée. De plus, on observe d’importantes disparités dans la distribution des FOSA entre régions sanitaires d’une part et entre zones rurales et les zones urbaines d’autre part. On note également une prolifération anarchique des formations sanitaires privées dont plusieurs ne sont pas agréées par le MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle.

La faible disponibilité des données désagrégées sur la fonctionnalité des plateaux techniquesexistants, sur l’état des lieux des constructions abandonnées ou en cours de réhabilitation, l’insuffisance des données sur la vétusté de certaines infrastructures ne permet pas de percevoir les déséquilibres entre milieux urbain et rural ou entre les régions. Dansces conditions, ilestdifficile de renseigner le pourcentage de la population couverte par lespaquets dessoins de santé primaires (soins de base)[[115]](#endnote-112). En effet, en valeurabsolue, le nombre de formations sanitaires de premier échelonestélevé[[116]](#endnote-113). Mais,il n’existe pas encore de document permettant de renseigner la proportion des FOSA construites, équipées et disposant des RHS selon les normes.En effet, le rythme de construction n’est pas en adéquation avec l’affectation des ressources humaines, ce qui entrave la dispensation des PMA complets dans les FOSA du niveau opérationnel.

Enfin , il existe peu d’informations sur la proportion des FOSA dont le niveau de vétusté a étéévalué[[117]](#endnote-114).La maintenance des équipements techniques biomédicaux n’est pas assurée à cause du manque non seulement d’un système de maintenance fonctionnel, mais aussi d’un personnel multidisciplinaire compétent dédié à cette tâche. La plupart des infrastructures sanitaires du niveau opérationnel, et le matériel roulant sont aussi vétustes ou non fonctionnels en raison de l’absence d’un système approprié de maintenance et d’amortissement. Les supervisions des FOSA du niveau opérationnel par les FOSA des niveaux régional sont peu fréquentes.

Tableau 6: Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2014

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGION** | **Population**  **2014** | **CIS & CMA** | **HD & Assimilés** | **HR** | **HC & HG** | **Total général** |
| **Adamaoua** | 1 125 438 | 170 | 7 | 1 | 0 | 178 |
| **Centre** | 3 906 883 | 620 | 37 | 0 | 8 | 665 |
| **Est** | 888 682 | 148 | 12 | 1 | 0 | 161 |
| **Extrême Nord** | 3 856 740 | 340 | 27 | 3 | 0 | 370 |
| **Littoral** | 3 175 664 | 382 | 40 | 2 | 2 | 427 |
| **Nord** | 2 271 914 | 254 | 16 | 1 | 0 | 271 |
| **Nord-Ouest** | 1 999 831 | 330 | 21 | 1 | 0 | 352 |
| **Ouest** | 1 978 322 | 586 | 21 | 1 | 0 | 608 |
| **Sud** | 766 981 | 258 | 14 | 1 | 0 | 273 |
| **Sud-Ouest** | 1 533 964 | 296 | 29 | 2 | 0 | 327 |
| **Total général** | 21 504 419 | 3 384 | 224 | 14 | 10 | 3 632 |

**Source : Carte sanitaire 2015/CIS MINSANTE**

FINANCEMENTS

Les crédits de fonctionnement alloués aux formations sanitaires sont insuffisants et difficiles à mobiliser à cause des procédures qui sont complexes et des lignes budgétaires qui ne sont pas toujours adaptées aux missions et besoins opérationnels des districts de santé. En outre, le volume d’affectation des crédits de fonctionnement ne tient pas toujours compte des besoins réels des districts.

**Prise en charge au niveau communautaire** : Dans chaque aire, on trouve un comité de santé (COSA) constitué des représentants de chaque village de l’aire. Les principaux acteurs à ce niveau sont les ASC, mais leur travail n’est pas rémunéré. Pourtant, leur niveau de sollicitation est incompatible avec le bénévolat. Une réflexion visant à pourvoir tous les DS d’ASC et à mettre en place des mécanismes de compensation ou de motivation de ces derniers est en cours.

**Le fonctionnement des organes de la participation communautaire** varie d’un district sanitaire à un autre mais la majorité des COSA/COSADI n’est pas fonctionnelle. Là où elles existent, ces structures de dialogue ne se réunissent que très peu et font face à de nombreuses difficultés de fonctionnement.

#### Autres types d’offres de soins et de services

* **La médecine traditionnelle**

Le sous-secteur traditionnel est un maillon important du système de santé car environ 80% des populations africaines ont recours à cette forme de médecine[[118]](#endnote-115).

Le regain d’intérêt du Gouvernement pour sa promotion s’est manifesté à travers diverses actions au nombre desquelles figurent la création d’un service en charge de la médecine traditionnelle dans l’organigramme du Ministère de la Santé Publique[[119]](#endnote-116). L’absence d’un cadre juridique organisant le fonctionnement de ce sous-secteur constitueunefaiblesse pour la mise en œuvre, la coordination et le suivi des activités y relatives.

* **Les soins à domicile**

La faible qualité des soins dans les structures sanitaires publiques et les coûts prohibitifs des prestations dans les formations sanitaires privées incitent les usagers à recourir aux soins informels ou à domicile. D’autres facteurs expliquent le développement des soins à domicile à savoir: l’usurpation d’une identité professionnelle chez les non qualifiés, le besoin d’intégration sociale chez les professionnels qualifiés et la valeur ostentatoire des soins à domicile chez les patients.

**Modalités d’offres de services**

* **Stratégies fixes et stratégies avancées**

Les activités du PMA et du PCA sont délivrées en stratégie fixe, avancée ou mobile. Une étude sur l’accessibilité géographique aux services de santé, différenciée selon le quintile de richesse et le milieu ou la région de résidence, a montré que les plus pauvres avaient besoin de deux fois plus de temps pour accéder au Centre de Santé Intégré le plus proche .Ce temps est de 19,4 mn pour les personnes du quintile le plus riche contre 43, 2mn pour les populations défavorisées. En outre, le village le plus éloigné se situait à 80 km d'un centre de santé, ce qui limite l’accès aux soins[[120]](#endnote-117)..

* **Le système de référence et contre référence**

Il n’existe pas d’études exhaustives publiées sur la fonctionnalité du système de référence et de contre-référence au Cameroun.Cependant, il a été plusieurs fois décrit comme étant très peu performant[[121]](#endnote-118),[[122]](#endnote-119),[[123]](#endnote-120).

* **Autres modalités d’offres de services**

De nouvelles modalités d’offres de services ont récemment vu le jour dans le système de santé. Il s’agit de la contractualisation, du marketing social, de la décentralisation avec implication des Collectivités Territoriales Décentralisées, de la Télémédecine et de la délégation de tâches[[124]](#endnote-121).

Toutes ces modalités innovantes d’offres de services ne sont pas suffisamment exploitées pour améliorer l’accessibilité géographique etfinancière des services et soins de santé.

### **Pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques**

**Approvisionnent et distribution:**Le système national d’approvisionnement en médicaments essentiels comprend la CENAME, les FRPS et les pharmacies des formations sanitaires. Le ratio pharmacien par habitant varie de 1 pour 6 920 à 1 pour 177 051 habitants en fonction des régions[[125]](#endnote-122).

**Accessibilité géographique et financière:**En 2008, le niveau de disponibilité des médicaments traceurs était estimé à 86% et la durée moyennede rupture de stock au premier semestre 2015 était de 18 jours[[126]](#endnote-123),[[127]](#endnote-124). Depuis quelques années, certaines classes thérapeutiques sont délivrées gratuitement ou sont subventionnées tels que (lesantituberculeux, les antirétroviraux de 1ère et 2eme lignes, les combinaisons antipaludiques (ACT, Artésunate et Artémether sous forme injectable pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, les anti-lépromateux, certains anti-cancéreux, etc.).

**Régulation des médicaments:** Il n'existe pas de cadre de concertation entre les différentes structures de l'ANRP pour le partage d’informations et une meilleure application des orientations en matière de régulation du secteur pharmaceutique. Le contrôle de qualité qui est assuré par le LANACOME n’est malheureusement pas systématique pour les lots importés. Par ailleurs, l’inspection des établissements pharmaceutiques est irrégulière.

**Pharmacovigilance :** Le système national de pharmacovigilance est en cours de développement. Un projet de texte organisant la pharmacovigilance et un guide de bonnes pratiques de pharmacovigilance ont été élaborés mais ne sont pas encore validés. Il existe une commission spécialisée de pharmacovigilance au sein de la Commission Nationale du Médicament. La DPML conformément à l’organigramme du MINSANTE, joue le rôle de Centre National de Pharmacovigilance.

**Laboratoire :**L’exercice de la biologie médicale, les modalités de création et de fonctionnement des laboratoires d’analyses médicales privés sont réglementés par le décret n° 1465 du 09 novembre 1990. Quant aux laboratoires des formations sanitaires publiques, leur organisation et leur fonctionnement dépendent de l’organisation interne desdites formations sanitaires.

Le Décret n° 450/PM du 22 octobre 1998 fixant les modalités d’homologation des produits pharmaceutiques comporte des dispositions permettant l’enregistrement des réactifs de laboratoires par une des commissions spécialisées de la Commission Nationale du Médicament. Ladite commission ne dispose pas toujours de la logistique et des ressources humaines adéquates pour une évaluation efficace et diligente des réactifs.

Le Laboratoire National de Santé Publique créé en 2013, fait l’objet d’une rénovation pour amélioration de son plateau technique et n’a pas encoredémarré ses activités. L’évaluation nationale de la qualité des analyses des laboratoires n’est pas effective. En dehors d’une expérience pilote soutenue par un partenaire au développement, il n’existe pas de système d’accréditation des laboratoires et la réglementation en la matière n’existe pas. Enfin, les laboratoires du pays ne sont pas mis en réseaux.

**Pharmacie de la rue et automédication :**Pendant de nombreuses années au Cameroun, la vente du médicament était réservée aux pharmacies et aux pro-pharmacies. Mais, le phénomène de l’offre informelle pharmaceutique s’est développé depuis 1980 de façon exponentielle. Cette situation expose les populations à la consommation de produits sous dosés, contrefaits et parfois périmés[[128]](#endnote-125). Pour lutter contre ce fléau, le Cameroun a adhéré à quelques initiatives parmi lesquelles «Impact de l’OMS», «l’Appel de Cotonou de la fondation CHIRAC sur la lutte contre la contrefaçon des produits de santé » et s’est doté d’un plan national de lutte contre la vente illicite des médicaments.

Par ailleurs, conformément à la décision conjointe N°0050/MINDIC/MSP du 19 août 1996 portant modalités pratiques de lutte contre la vente illicite des médicaments et produits pharmaceutiques, dix (10) comités de lutte présidés par les gouverneurs de régions ont été mis sur pied. L’IGSPL quant à elle coordonne les activités de lutte initiées par le MINSANTE.

### **Ressources humaines en santé**

**Situation et besoins du secteur:** Les besoins globaux en personnel ont été évalués au terme du Recensement Général des Personnels de la Santé (RGPS) de 2011 et décrits dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH)[[129]](#endnote-126). En 2012, le secteur de la santé comptait 38 207 agents de santé, toutes catégories confondues. Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSDRHS 2013-2020) relevait une insuffisance de personnel dans les catégories suivantes : médecins, pharmaciens, infirmiers qualifiés et sages-femmes. Par ailleurs, on notait leur concentration dans les grands centres urbains, en particulier Yaoundé et Douala. En outre, on avait les ratios suivants : (i) Un médecin pour 10 857 habitants en 2012, (ii) Un Infirmier Diplômé d’Etat pour 12 903 habitants ; (iii) Une Sage-femme pour 9 596 femmes en âge de procréer, (iv) Un infirmier qualifié (toutes catégories confondues) pour 2 442 habitants en 2012, (l’OMS recommande 23 personnels : médecin, infirmier et sage-femme pour 10 000 habitants, alors qu’au Cameroun ce ratio était estimé à environ 18,74 agents de santé pour 10 000 habitants en 2012).

Tableau 7: Répartition des ressources humaines en santé par région

| **Qualifications** | **Régions** | | | | | | | | | | | **Total** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AD** | **CE** | **ES** | **Dias** | **EN** | **LT** | **NO** | **NW** | **OU** | **SU** | **SW** |
| 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 |
| Tradipraticien / matronne | 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 manière générale, les ressources humaines du MINSANTE sont insuffisantes en qualité et en quantité etinégalement réparties sur l’ensemble du territoire national. Par ailleurs, il n’existe pas de cartographie des RHS dans le secteur. Des efforts sont entrepris pour fidéliser le personnel exerçant dans les zones difficiles notamment les trois régions du Septentrion, le Sud-ouest (Bakassi et Akwaya) et le Centre (Yoko,Deuk, etc.).

**Production des Ressources Humaines pour la Santé (RHS)**: La multitude des écoles de formation médicale et paramédicale devrait aboutir à une surproduction des professionnels de santé au cours des cinq prochaines années. Cette situation poserait alors un réel problème d’absorption du personnel formé, avec un risque potentiel de mauvaises pratiques.

La formation continue des professionnels de santé, pourtant indispensable, n’est pas systématique. Elle est également peu structurée et insuffisante au regard des besoins du pays avec une absence de visibilité sur les thématiques de formations nécessaires dispensées.

**Utilisation des ressources humaines :** On note une instabilité du personnel de santé au poste de travail. Les salaires pratiqués à ce jour dans la fonction publique ne favorisent pas la rétention du personnel et expliquent en partie la fuite des cerveaux. Pour les services déconcentrés, les plans d’affectation sont établis sur la base des renseignements obtenus auprès des Délégués Régionaux de la Santé Publique. On observe également des interférences dans l’affectation du personnel. Très souvent, il existe une inadéquation entre le profil du personnel et les postes de travail à pourvoir, ce qui pourrait expliquer en partie la faiblesse des performances du système de santé.

**Gestion des carrières :** Il n’existe pas de plan de gestion de carrière des RHS. La promotion des agents ne se fait pas toujours sur la base du mérite. Les avancements ne sont pas automatiques. Le personnel surtout en zone rurale reste parfois très longtemps au même poste de travail, ce qui généralement constitue une source de démotivation et même de frustration. Certains personnels dans les formations sanitaires déconcentrées restent toute leur carrière sans aucune possibilité de formation ou de promotion551.

**Rémunération :** Le niveau de rémunération des RHS est bas quels que soient la catégorie et le corps considérés. En outre dans les FOSA publiques, la gratuité des soins pour les cibles mère et enfant, entraîne une baisse des recettes, avec réduction subséquente des revenus du personnel rémunéré grâce aux recettes provenant du recouvrement des coûts.

### **Système National d’Informations Sanitaires et Recherche en santé**

Le Système National d’Informations Sanitaires (SNIS), fait face aujourd’hui à de nombreuses difficultés dues notamment, à la multiplicité des outils de collecte, à une pléthore d’indicateurs de santé à collecteret à l’existence de plusieurs sous-systèmes d’information parallèles sans interconnexion entre eux. Par ailleurs, le cadre institutionnel et organisationnel du SNIS reste fragmenté. Il n’existe pas de manuel de procédures de gestion et très peu de structures disposent des tableaux de bord pour le suivi des activités.

Au demeurant, la faible disponibilité des données désagrégées par régions et par districts sur les thématiques analysées, ne permet pas toujours de disposer d’informations précises sur la situation sanitaire et par conséquent, d’orienter le choix des zones d’actions prioritaires et d’affecter les ressources en fonction des besoins. Cette faible disponibilité des informations sur les capacités réelles des DS et des DRSP à atteindre les objectifs projetés sur leurs rythmes de progression antérieurs, constitue aussi un handicap majeur pour l’orientation de l’appui technique du niveau central.

Enfin, l’analyse des données pour la prise de décision et le feedback restent faibles à tous les niveaux. En somme, la faible performance du SNIS, ne permet pas aujourd’hui : (i) d’évaluer avec précision les avancées réelles et les performances réalisées pendant la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), (ii) d’apprécier les progrès enregistrés vers l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMDs). Pour inverser cette tendance, le Ministère de la Santé Publique a entrepris en 2015 la mise en place d’une banque intégrée de données dans laquelle chaque structure de santé contribue à l’amélioration de la qualité desdites données, à travers la transmission numérique des informations via le logiciel DHIS2 (District Health Information Software). La base de données DHIS2 du MINSANTE est accessible à l’adresse internet suivante : **www.dhis-minsante-cm.org.**

A moyen terme, toutes les fiches de collecte de données des programmes de santé seront paramétrées dans le DHIS2, ce qui permettra non seulement une totale intégration du système de transmission, de stockage et de diffusion des informations sanitaires, mais aussi de renseigner la liste des indicateurs sanitaires de base.

#### Recherche en Santé

La recherche en santé est un instrument d’aide à l’orientation de la politique sanitaire. Les points faibles enregistrés dans ce domaine sont : (i) le non-respect du cadre réglementaire légal existant et qui régit la pratique de la recherche en santé au Cameroun ; (ii) l’insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation ; (iii) le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées ; (iv) l’insuffisance de l’encadrement éthique, (v) et l’insuffisance d’une culture de recherche en santé.

En 2012, le MINSANTE a mis en place un système de revue éthique des protocoles de recherche en santé humaine qui reste cependant à développer. La coordination des activités de recherche est faible et *de facto*, la maladie est le domaine de prédilection des travaux de recherche en santé au détriment des autres domaines (renforcement du système de santé et promotion de la santé) qui constituent pourtant des préoccupations majeures de santé publique.

Les recommandations internationales prescrivent qu’au moins 2% des budgets nationaux des ministères en charge de la santé et au moins 5% des fonds d’aide au développement soient affectés à la recherche en santé. On note en outre la faible vulgarisation et exploitation des résultats de cette recherche lorsqu’ils existent et la faible capacité nationale à utiliser les résultats de recherche dans la prise de décision.

### **Gouvernance et pilotage stratégique**

#### Gouvernance

**Cadre législatif et règlementaire**: Le dispositif législatif et réglementaire de la santé au Cameroun s’est renforcé depuis l’indépendance. A ce jour, de nombreux instruments juridiques encadrent les principales fonctions et interventions du système de santé. Cependant, plusieurs textes réglementaires doivent encore compléter ce dispositif pour faciliter la gouvernance du système notamment : le code de santé publique, la réforme hospitalière, la gratuité des soins pour les indigents ou pour les cas d’urgence, la tarification des actes, etc.

Par ailleurs, la régulation reste plombée par de nombreuses difficultés, à savoir  : (i) La faible application des textes existants ; (ii) l’insuffisance des ressources humaines formées en sciences juridiques et politiques, y compris leur répartition peu équitable dans tout le système de santé ; (iii) le non-respect du circuit d’élaboration des instruments juridiques par les acteurs du système de santé, conduisant ainsi à la prolifération d’actes législatifs et règlementaires aux dispositions parfois concurrentes voire antinomiques  et (iv) la méconnaissance des textes juridiques existants.

En ce qui concerne la gouvernance, la législation en vigueur prévoit des sanctions administratives ou judiciaires selon la catégorisation des fautes commises.

**Audits et contrôles internes:** Les actions d’audit et de contrôles internes sont limitées par l’insuffisance du cadre institutionnel, des ressources humaines, des moyens logistiques, matériels et financiers ainsi que l’absence de mise en œuvre des recommandations issues des missions d’inspection[[130]](#endnote-127).

Pour pallier à cette dernière difficulté, des brigades de contrôle ont été créées et dotées de personnels dans les Délégations Régionales de la Santé Publique[[131]](#endnote-128). Cependant, leur fonctionnalité reste insuffisante. A l’échelon central, la nécessité d’un mécanisme d’audit externe exhaustif et couvrant tous les aspects de la gestion du secteur s’impose.

**Redevabilité :**La notion de redevabilité sous-entend le devoir de rendre compte de manière systématique aux parties prenantes qui devraient assumer leurs responsabilités. Au niveau national, le Gouvernement a adopté à cet effet une stratégie multisectorielle de lutte contre la corruption. Des réformes ont été conduites, notamment l’élaboration du code de passation des marchés publics en 2004, la création d'un Tribunal Criminel Spécial, la mise en place d'une coalition nationale contre la corruption comprenant des membres de la société civile[[132]](#endnote-129).

Il existe dans le secteur santé des plateformes d’échange des bonnes pratiques. Au niveau central, on peut mentionner : i) le Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé. Ce comité est un cadre multisectoriel de coordination qui regroupe tous les intervenants majeurs du secteur[[133]](#footnote-4), ii) l’ organisation chaque année par le MINSANTE, des conférences de services centraux et extérieurs qui servent de plateforme d’échanges entre les intervenants du secteur de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le Comité de pilotage de la SSS et les réunions de coordination organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont des mécanismes et des cadres réglementaires pour assurer la redevabilité. Toutefois, la reddition des comptes est moins systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, les pratiques de corruption plombent encore les performances du secteur santé.

**Contrôle social:** Le contrôle social des interventions de santé c'est-à-dire la participation communautaire aux activités du système de santé demeure faible[[134]](#endnote-130). Les structures de dialogue sont peu fonctionnelles et le cadre institutionnel nécessaire pour la participation communautaire est inexistant.

#### Pilotage stratégique

**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. Cependant, ses missions ne sont pas efficacement mises en œuvre du fait de l’insuffisance des ressources humaines, financières et technologiques. Par ailleurs, la transmission des données, n’est pas systématique entre la CIS et l’ONSP.

**La planification et la coordination stratégique du secteur :**Le secteur de la santé est marqué par une insuffisance de coordination, de suivi et de pilotage stratégique. Les plans stratégiques et opérationnels ne sont pas toujours élaborés. Quand bien même ils le sont, ces derniers ne sont pas formellement alignés sur les priorités du PNDS et ne participent pas à la mise en œuvre intégrée du PMA et du PCA au niveau opérationnel. Par ailleurs, l’information sanitaire de qualité pour la prise de décision n’est pas toujours disponible.Le suivi et la supervision des structures de niveau hiérarchique inférieur par celles du niveau hiérarchique supérieur se heurtent à des difficultés logistiques, financières et programmatiques. De même, il n’y a pas de cadre commun pour le suivi et l’évaluation.

En 2006, plusieurs plans pluriannuels ont été élaborés notamment : (i) les Plans Régionaux de Développement Sanitaire Consolidés (PRDSC) ; ii) les Plans de Développement Sanitaire des Districts de Santé (PDSD) ; iii) les plans des différents programmes verticaux de santé adressant les maladies prioritaires.Toutefois, ces plans n’ont pas pris en compte les contraintes et les obstacles liés aux lourdeurs administratives lors de la mobilisation des ressources dans le sous-secteur public (passation des marchés, forte bureaucratie) et à leur insuffisance. Enfin, le faible appui institutionnel du niveau central aux structures déconcentrées dans le domaine du processus gestionnaire est dû à l’utilisation non optimale et l’insuffisance des compétences dans ce domaine, l’obligeant ainsi à se préoccuper des activités opérationnelles plutôt que de se concentrer sur les interventions stratégiques de conception, de planification et de suivi-évaluation.

Enfin, en l’absence d’un diagnostic clair et d’une priorisation des problèmes à résoudre au cours de la mise en œuvre des plans, les acteurs ont programmé un grand nombre d’interventions avec une pléthore d’indicateurs difficiles à suivre.

# 

# Deuxième partie : Cadre d’interventions

# **Chapitre 3 : Vision, objectifs et cadre stratégique global du PNDS 2016-2020**

### **Rappel de la Vision**

La vision du secteur santé telle que formulée dans la SSS 2016-2027 s’intitule comme suit : « **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».**

Autrement dit, le Cameroun projette d’offrir à tous, un accès universel aux services essentiels de santé de qualité, sans aucune forme d’exclusion ou de discrimination, et avec la pleine participation des populations. C’est dans cette perspective que s’inscrit résolument le PNDS 2016 – 2020 qui privilégie le renforcement du système de santé et la gouvernance pour la réalisation optimale des interventions à haut impact, à même de réduire significativement la mortalité et la morbidité chez toutes les cibles, avec un accent particulier pour les plus vulnérables (cible mère-enfant).

### **Rappel des axes stratégiques de la SSS 2016-2027**

| **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 (Baseline 54 ans en 2014)  Ratio de mortalité maternelle (Baseline 782 décès/ 100 000 NV en 2011)  Taux de mortalité infanto- juvénile(Baseline 103décès /1000 NV en 2011)  **SOURCES DE VERIFICATION** : EDS-MICS, rapports annuels OMS | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Axe stratégique** | **Objectifs stratégiques** | **Indicateurs de performance** | **Baseline (2015)** | **Cibles**  **(2020)** | **Sources de vérification** |
| Promotion de la santé | Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé  d’ici 2027 | Proportion des ménages utilisant les toilettes améliorées[[135]](#footnote-5) | 34,9% en 2014  MICS 5 | 45% | EDS, MICS, ECAM, études |
| Prévalence de l’obésité en milieu urbain | 23,5% en 2015  Kingue et al. | 22% | STEPS |
| Taux de consommation du Tabac | 8,9% en 2014  (GATS) | 7,9% | Enquête GATS |
| Pourcentage des travailleurs du secteur formel qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail | ND | 15% | EDS, MICS, ECAM, études |
| Taux de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans | 14,8% en 2014  (MICS 5) | 13,8% | EDS, MICS, ECAM, études |
| Prévention de la maladie | Réduire la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies transmissibles et non transmissibles | Prévalence de l’HTA en milieu urbain | 29.7% en 2015 Kingue et al. | 28% | STEPS |
| % d’enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA. | 54,8% en 2014  MICS5 | 85% | EDS-MICS |
| % des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un TARV | 59,3% | 75% | Rapport CNLS 2015 |
| Prise en charge des cas | Réduiredans les formations sanitaires et dans la communautéla mortalité globale et la létalité des principales maladies du profil épidémiologique | Taux global de mortalité hospitalière par catégorie FOSA (HG/HC/HR/HD) | ND | Réduction de 20% | Etudes/Enquêtes |
| Taux de létalité hospitalière des principales maladies du profil épidémiologique (HTA, diabète SIDA, TB, Paludisme) | ND | Réduction de 10% | Etudes, Données de routines (RMA) |
| Ratio de mortalité maternelle hospitalière | ND | Réduction de 20% | Etudes/Enquêtes |
| 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 | Indice Global de disponibilité des soins et services de santé[[136]](#footnote-6) (IGDS) | ND[[137]](#footnote-7) | 25% | Enquête SARA |
| Gouvernance et pilotage stratégique | Augmenter la performance du système de santé à tous les niveaux. | Taux de réalisation des objectifs de la SSS | ND | 30% | Rapports COPIL |
| Productivité des Districts de santé | ND | Augmentation de 25% | RAP-MINSANTE  Rapport d’audit des DS |

NB.Le tableau ci-dessus reprend les indicateurs de performances par composante dans le PNDS. Cependant pour classer ces indicateurs en fonction de leur nature (indicateurs de produits, d’effets et d’impact), bien vouloir se référer à la chaine des résultats et à la matrice opérationnelle.

### **Objectifs du Plan de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020**

### **Objectif Global du PNDS 2016-2020**

**Objectif global du PNDS:*****« Rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité à au moins 50% de la population d’ici 2020 ».***

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

### **Objectifs spécifiquesduPNDS 2016-2020**

### **Promotion de la santé**

Pour l’axe promotion de la santé, les quatre objectifs spécifiques suivants ont été formulés :

1. D’ici 2020, renforcer les capacités institutionnelles ainsi que la coordination et la participation communautaire dans le domaine de la promotion de la santé dans 40% des DS.
2. D’ici 2020, améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé.
3. D’ici 2020, amener les ménages et les communautés à résoudre leurs problèmes de santé en adoptant des aptitudes favorables à la santé des individus dans au moins 40% des districts de santé.
4. D’ici 2020, amener 25 % de familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la PF.

### **Prévention de la maladie**

Concernant l’axe stratégique prévention de la maladie, les quatre objectifs spécifiques retenus sont :

1. D’ici 2020 réduire d’au moins 1/5 la prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA).
2. D’ici 2020, réduire dans au moins 90% des districts, les risques évitables de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses.
3. D’ici 2020, accroitre au moins de 2/3, la couverture des interventions de prévention SRMNEA /PTME dans au moins 80% de DS.
4. D’ici 2020, réduire d’au moins 10% l’incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles.

### **Prise en charge des cas**

Pour ce qui est de l’axe prise en charge des cas, les objectifs spécifiques formulés sont les suivants:

1. D’ici à 2020, assurer une prise en charge curative selon les normes ,des principales maladies transmissibles et non-transmissibles et de leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires.
2. D’ici 2020, assurer une prise en charge curative des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et des adolescents selon les normes dans au moins 80% des structures sanitaires.
3. D’ici 2020, assurer la prise en charge des urgences médicales, urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique suivant les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 80% des DS.
4. D’ici 2020, réduire d’au moins 1/10ème la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigeable.

### **Renforcement du système de santé**

Pour l’axerenforcement du système de santé, cinq objectifs ont été formulés :

1. D’ici 2020, réduire d’au moins 10% les paiements directs des ménages grâce à une politique de financement équitable et durable.
2. D’ici 2020, assurer la disponibilité des infrastructures, des équipements ,des paquets de services et des soins de santé selon les normes dans au moins 40% des districts de santé (SSP), dans les régions, ainsi qu’au niveau central (Soins spécialisés).
3. D’ici 2020, accroitre de 50% la disponibilité et l’utilisation des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les DS.
4. D’ici 2020, augmenter d’au moins 25% la disponibilité des RHS de qualité dans les structures sanitaires ciblées (Districts de santé à fort potentiel de développement, DRSP des régions septentrionales).
5. D’ici 2020, assurer le développementde 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.

### **Gouvernance et pilotage stratégique**

Pour l’axe gouvernance et pilotage stratégique, les deux objectifs suivants ont été formulés :

1. Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité d’ici 2020.
2. D’ici 2020, renforcer la planification, la supervision et la coordination des interventions avec toutes les parties prenantes, ainsi que la veille stratégique et sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **Chaîne des résultats attendus**

Pour mettre en œuvre le PNDS 2016-2020, les interventions planifiées par sous-composante donneront lieu à 3 types de résultats : les résultats immédiats (Produits) qui cumulés permettront d’obtenir des résultats intermédiaires (effets) qui associés, permettront à leur tour d’obtenir des résultats stratégiques encore appelés impact. En effet, la chaine des résultats se présente donc comme un lien logique qui démontre comment les résultats immédiats encore appelés extrants ou produits contribuent à l’atteinte des résultats intermédiaires à moyen terme encore appelés effets, qui à leur tour permettent d’atteindre à moyen ou long terme les résultats finaux ou stratégiques du plan encore appelés impact.

**Tableau H : Chaîne des résultats du PNDS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE : PROMOTION DE LA SANTE** | | |
| **Sous axe stratégique: Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la promotion de la santé** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFETS** | **IMPACT** |
| L’offre de service de promotion de la santé est disponible  **D’ici 2020,**   * 2000 membres des CTD, OSC, OBC et des ASC ont été formé dans 60% des DS dans les domaines suivants (WASH, nutrition, péril fécal, lutte contre la consommation de tabac et des drogues). * 80% des DS mettent en œuvre des interventions sous directives communautaires en faveur de la promotion de la santé et pour la lutte contre la Mortalité néonatale, infantile et maternelle ; * 15 % du budget du MINSANTE est alloué à la promotion de la santé * Les capacités techniques des prestataires des services et soins de santé sont renforcés dans le domaine de la promotion de la santé dans 60% des DS * 80 % des DS mettent en œuvre les activités de promotion de santé inscrites) dans le PNDS particulièrement les interventions SRMNEA | **Le milieu de vie des populations est assaini** et les populations adoptent des comportements sains :  **D’ici 2020,**   * Le taux de consommation du Tabac est passé de 8,9 % en 2014[[138]](#endnote-131) à 8 % en 2020 * La proportion des DS qui implémente l’ATPC est passée de 22, 2 % en 2012[[139]](#endnote-132) à 40 % en 2020 … * la proportion des ménages qui utilisent de l’eau potable est passée de 72,9 % en 2014[[140]](#endnote-133) à 77 % en 2020 * 30% de la population des chefs-lieux des régions pratiquent régulièrement une activité physique et sportive * La proportion des besoins non satisfaits en Planification Familial a baissée et est passée de 18 % en 2014[[141]](#endnote-134) à 14% en 2020 | La prévalence et la mortalité spécifique des maladies liées à l'environnement et aux comportements malsains (sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires, pollution) sont réduites   * La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans, a diminué et est passé de 31,7 % en 2014[[142]](#endnote-135) à 28% en 2020 * La prévalence de l’obésité en milieu urbain a diminuée de 23, 5% en 2015[[143]](#endnote-136)à 22% en 2020 * La mortalité,standardiséeselon l’âge, due aux maladies non transmissibles est passée de 675 pour 100 000 habitants en 2014[[144]](#endnote-137) à 650 pour 100 000 habitants en 2020. |
| **Sous axe stratégique: Cadre de vie des populations** |
| 50% des DS disposent des RH en génie sanitaire  15% de CTD/DS ont des espaces aménagés et conventionnel pour la pratique d’exercices physiques et sportives |
|  |
| **Sous axe stratégique: Renforcement des aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés** |
| **PRODUITS** |
| L’offre des services visant à promouvoir l’adoption des comportements sains et favorables à la santé est disponible  **D’ici 2020,**   * 50% des DS disposent du matériel de communication (dépliants, boites à images, prospectus etc.) pour inciter les populations à adopter les comportements sains favorables à la santé * 70% des radio communautaires diffusent des messages pour lutter contre le tabagisme : l’alcoolisme, la malnutrition, l’obésité, le VIH , les mauvaises pratiques alimentaires ) * Les 10 plateformes des OSC du niveau régional coordonnent et appuient les OSC/OBC des DS dans la mise en œuvre des activités de promotion * Les chefs lieux des régions de l’Extrême nord, du Nord, de l’Adamaoua, de l’Est, du Sud, de l’Ouest et du Sud-Ouest disposent aussi d’un parcours vita pour la pratique du sport de maintient * 50 % des DS offrent des services conviviaux pour les jeunes et les adolescents * 100 radios communautaires ont été contractualisés pour la diffusion des messages de sensibilisation pour l’adoption des comportements favorables à la santé |
| **Sous axe stratégique 4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l’adolescent et soins après avortement** |
| * 25% de HD disposent d’au moins un personnel formé en PF de Base ou clinique * 25% des DS ont au moins 03 ASC polyvalents formé pour l’accompagnement des familles dans la mise en œuvre des PFE * 25% des DS disposant d’un prestataire formé dans le domaine de la nutrition * 25% proportion des HD disposant d’au moins un personnel formé en PF de Base ou clinique |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE : PREVENTION DE LA MALADIE** | | |
| **Sous-axe stratégique: Maladies transmissibles** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** |
| **L’offre de service de prévention des maladies transmissibles est disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire**  **D’ici 2020,**   * 100% des DS méso ou hyper- endémiques offrent le traitement préventif de l’Onchocercose, * 1200 cas de pian; 175 cas d'ulcère de Buruli; 500 cas de lèpre; 55 cas de leishmaniose sont dépistés * 100% des CMA/HD offrent le conseil dépistage de la drépanocytose   100% d’enfants scolarisés ont été exposés aux messages de prévention contre la drépanocytose et les hépatites virales   * 100% femmes enceintes reçues sont testées au VIH et tous les enfants nés de mères séropositives sont mis sous traitement préventif ARV * 153 365 personnes sonttestées au VIH par les Unités Mobiles de dépistage etconnaissent leur statut * 100% des CTA et d’hôpitaux de catégorie 1 et 2 offrent respectivement le dépistage et le traitement de l’hépatite B et C * 15000 personnes dépistées pour l’hépatite virale C, ( 3000 en prison ) 12 000 chez les jeunes ) * 15000 personnes dépistées pour le VIH/SIDA, (3000 en prison) 12 000 chez les jeunes) | **Les populations sont couvertes et utilisent les services de prévention appropriés contre les maladies transmissibles :**  **D’ici 2020,**  La couverture de la chimiothérapie préventive de l’onchocercose (couverture TIDC) est accrue et passe de 80% en 2014[[145]](#endnote-138) à 90% en 2020   * La proportion des couples ayant fait un test prénuptial de dépistage de la drépanocytose augmente de 10% chaque année * L’incidence du VIH est réduite et est passé de 2,4 pour 1000 en 2014[[146]](#endnote-139) à 1,9 pour 1000 en 2020 | **La morbi-mortalité due aux maladies transmissibles a diminuée**   * La Prévalence de l’hépatite virale B est passée de 11,9 % en 2015[[147]](#endnote-140) à 10% en 2020 * La prévalence du VIH est réduite et est passée de 4, 3 % en 2011[[148]](#endnote-141) à 3 % en 2020 * La mortalité, standardiséeselon l’âge, due aux maladies transmissibles est passée de 669 pour 100 000 habitants en 2014[[149]](#endnote-142) à 640 pour 100 000 habitants en 2020. |
| **Sous-axe stratégique**: **MAPE et évènements de santé publique surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de sante publique** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** |
| **L’offre de service pour la surveillance et la riposte aux MAPE, zoonoses et évènements de santé publique est disponible**  **D’ici 2020,**   * 100% des DS disposent d’intrants pré-positionnés pour la surveillance des cas de MAPE et la riposte en cas d’épidémie et autres évènements de santé publique. * 100% des FOSA offrent le service d’immunisation de base aux enfants de 0 à 11mois (cible PEV) d’une manière optimale * 100% des ECD et ECA sont formés/recyclés en surveillance SIMR * 10 SASNIM pour la prévention des maladies évitables ciblées par le PEV, la prévention de la malnutrition et du paludisme chez la femme enceinte sont organisées * 92% d’enfants soit 866 930 enfants de o à 11 mois ont été vaccinés pour le Penta 3 et le RR sur 942 315 enfants attendus * 100% des épidémies confirmées ont connu une riposte conforme aux directives nationales | **Les populations utilisent les services de prévention appropriée contre les maladies sous surveillance épidémiologique (la couverture des interventions de prévention augmente)**  **D’ici 2020,**   * La couverture vaccinale pour l’antigène de référence (Penta3) augmente et passe de 84,5% en 2015[[150]](#endnote-143) à 92% en 2020 * La couverture vaccinale de la rougeole augmente et passe de 79 % en 2015[[151]](#endnote-144) à 92% en 2020 * L’incidence des Diarrhées à Rotavirus a diminuée et est passée de 460 cas en 2013 avant l’introduction du vaccin à 0 cas en 2020 | **La morbi-mortalité due aux MAPE, aux zoonoses et évènements de santé publique est réduite et la survie de l’enfant améliorée**  Polio : 05 cas en 2014 à 0 cas en 2020  La létalité liée à la rougeole a baissé en passant de 2, 16% à 0% en 2020  La morbidité due au PFA a et est passée de 544 cas en 2015 à 0 cas en 2020  La létalité liée à la méningite a baissé en passant de 5% en 2015 à 3% en 2020  La létalité due au choléra est passée de 4,4% en 2015 à 2,5% en 2020 |
| **Sous-axe stratégique: SRMNEA et PTME** |  |  |
| **L’offre de service de prévention spécifique aux cibles mères, enfants et adolescents est renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire**  **D’ici 2020,**   * 100% des CSI/CMA/HD sont dotées d’intrants pour la CPNr (tests pour la PTME, ARV, PCR, etc.) et de matériel pour la sensibilisation des mères, enfants et adolescents sur les problèmes de santé qui leurs sont spécifiques (paludisme, PF, SIDA etc.) * 80% des ménages disposent d’au moins une MILDA * 100% des femmes venus à la CPN ont été exposés aux messages de prévention contre la drépanocytose et à un message sur la PTME du VIH * 80% des HD/CMA/CSI disposent des plateaux techniques complets adéquats pour la mise en œuvre des interventions à haut impact contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et pour la santé de reproduction des adolescents * 80 % des CSI/CMA/HD dispensent le PMA/ PCA complet   Y compris les SONUB/ SONUC et la PTME | **Les services de prévention des maladies sont accessibles et sont utilisés par les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer, les enfants de 0 à 5 ans et les adolescents**  **D’ici 2020,**  La proportion d’enfants nés de mères séropositives mis sous ARV a augmentée et est passée de 34% en 2015[[152]](#endnote-145)à 60% en 2020  Le pourcentage d’enfants 0-5 ans qui dorment sous une MILDA est passé de 54, 8% en 2014[[153]](#endnote-146) à 80% en 2020  Le pourcentage d’enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme avec TDR positif a baissé et est passé de 33, 3 % en 2014[[154]](#endnote-147) à 20 % en 2020  La femmes enceintes séropositives mises sous TARV a augmentée et est passée de 70, 4 % en 2015[[155]](#endnote-148) à 85 % en 2020  la prévalence contraceptive moderne aaugmentée et est passée de 21 % en 2014[[156]](#endnote-149) à 25% en 2020 | **La morbi-mortalité affectant les cibles mères, enfants et adolescents a diminué**  Le taux de mortalité infantile (enfants de 0-4ans) a diminué et est passée de 74/1000 en 2014[[157]](#endnote-150) à 65/1000 d’ici 2020  Le taux de mortalité infanto-juvénile enfants de a diminué et est passée de 103/1000 en 2014[[158]](#endnote-151)à 85/1000 d’ici 2020  Le ratio de mortalité maternelle a diminué et est passé de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 2011[[159]](#endnote-152)à 600 décès /100 000 NV en 2020 |
| **Sous-axe stratégique 4:Prévention des Maladies Non Transmissibles** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** |
| **L’offre des services pour la prévention contre les maladies Non-transmissibles est renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :**  **D’ici 2020,**   * 100 % des DS disposent d’acteurs appropriés (RHS des FOSA et des ministères partenaires, ASC) et d’outils de sensibilisation pour la prévention des principales MNT (diabète, HTA, AVC etc.) * 80 % des CSI/CMA/HD dispensent le PMA/ PCA complet à l’horizon 2020 * 100 % des DRSP organisent au moins une fois l’an des activités de sensibilisation et de communication pour la prévention des MNT (HTA, Diabète, cancers etc.) * 150 nouveaux cas de cancers du sein dépistés * 50% des personnes adultes ont été dépistées pour le diabète/ HTA lors des campagnes de sensibilisation et de prévention contre les MNT | **Les services de prévention/dépistage des MCNT sont utilisés par les populations :**  **D’ici 2020, Les couvertures de ctivités de dépistage sont améliorées** | Lamorbi-mortalité **(prévalence) des maladies non-transmissibles est réduite à l’horizon 2020**   * La Prévalence du Diabète de type II est réduite et passe de 6,6 % en 2015[[160]](#endnote-153) à 5,8 % en 2020 * La Prévalence de l’HTA est réduite et passe 29,7% en 2015[[161]](#endnote-154) à 28 % en 2020 ; * L’incidence du HPV passe de 19,4 pour 100 000 habitants[[162]](#endnote-155) en 2012 à 13 pour 100 000 habitants. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE : PRISE EN CHARGE DES CAS** | | | |
| **Sous axe stratégique: Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles** |  |  | |
| **PRODUITS** | **EFFETS** | **IMPACT** | |
| **Les paquets d’offre de services et des soins curatifs pour une PECde qualité sont disponibles et offerts aux populations :**  **D’ici 2020,**   * 80 % des CSI/CMA/HD dispensent le PMA/ PCA de qualité et assurent le dépistage et une prise en charge de qualité des principales maladies transmissibles et non transmissibles * 80% des cas de paludisme/TB/VIH sont correctement pris en charge dans les HD * Tous les cas de cataracte diagnostiqués dans les CMA/HD ont été référés au niveau régional ou traités par les équipes de soins mobiles ;   **D’ici 2020,**   * 80 % des hôpitaux de catégories 1 et 2 , 80% des Centres Hospitaliers Régionaux (hôpitaux du PLANUT) et 80% des hôpitaux régionaux offrent des soins spécialisés de qualité à ceux qui en ont besoin. * 75% des opérations chirurgicales sont réalisées selon les normes et standards de qualité dans les hôpitaux sus-cités * 80% des patients ayant une maladie rénale grave nécessitant une dialyse sont pris en charge dans les centres d’hémodialyse régionaux.   **D’ici 2020**,  75% des supervisions planifiées par les HD/HR ont été effectuées | **Les patients utilisent les FOSA appropriées pour leur prise en charge en cas maladie:**  **D’ici 2020,**   * La couverture thérapeutique des patients tuberculeux TPM+ a augmenté et est passée de 82 % en2013à 90% en 2020 * Le Taux d’utilisation et de fréquentation des CMA/HD augmente de 10% chaque année jusqu’en 2020 * Le Taux d’utilisation des Centres Hospitaliers Régionaux et des hôpitaux régionaux augmente de 10% chaque année jusqu’en 2020 * Le pourcentage d’adultes et d’enfants séropositifs mis sous TARV (file active) augmente et passe de 24% en 2015[[163]](#endnote-156) à 50% en 2020 | **La mortalité hospitalière due aux principales maladies transmissibles et non-transmissibles est réduite :**   * Le Taux de mortalité péri opératoire dans les hôpitaux de 1ère, 2ème, 3ème et 4ème catégorie diminue de 10% chaque année * La mortalité spécifique due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 45% en 2015[[164]](#endnote-157) à 31% en 2020 | |
| **Sous axe stratégique**: **Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et adolescents** |  |  | |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** | |
| **L’offre des services pour la PEC des problèmes de santé des cibles mères, enfants et adolescents est renforcée et satisfaisante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :**  **D’ici 2020,**   * 40% des districts de santé mettent en œuvre la PCIME clinique et communautaire * 80% des HD/CMA/CSI disposent des plateaux techniques complets adéquats et offrent des PMA/PCA complets | **L’accès aux soins curatifs de qualité est assuré pour la mère, le nouveau-né, l’enfant et l’adolescent et les couvertures des interventions à haut impact sur la santé des cibles SRMNEA est satisfaisante :**  **D’ici 2020**   * Le Taux d’accouchements assistés par un personnel qualifié a augmenté de 64, 7 % en 2014[[165]](#endnote-158) à 80 % * Le taux de césarienne passe de 2,4 % en 2014[[166]](#endnote-159) à 8 % en 2020; * 90% de nouveaux nés asphyxiés ont bénéficié d'une réanimation | **Les taux de mortalité a diminuée**  - Le ratio de mortalité maternelle hospitalière diminue chaque année de 10% dans les HD/HR/HC  - Taux de mortalité néonatale hospitalière diminue chaque année de 10% dans les HD/HR/HC  Le Taux de mortalité infantile hospitalière diminue chaque année de 10% dans les HD/HR/HC | |
| **Sous axe stratégique**:**Urgences, catastrophes et crises humanitaires** |  |  | |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** | |
| **L’offre de service pour la prise en charge des urgences,** médico-chirurgicales et des événements de santé publique **est assurée selon les normes:**  **D’ici 2020,**   * 50% des districts de santé seront dotés d’un dispositif opérationnel adéquat pour la prise en charge des urgences et évènements de santé publique * 50 % des Régions disposent des plateaux techniques et des fonds provisionnels adéquats pour la PEC des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique * 50% des régions dotées d’un centre opérationnel de transfusion sanguine (banque de sang, antenne régionale de transfusion sanguine) * 50 % des hôpitaux de district disposent d’une unité de prise en charge des urgences fonctionnelles | **L’accès aux soins de qualité et l’utilisation des services d’urgences est amélioré dans les HD/HR/HC/HG**  **D’ici 2020,**  Taux de consultations dans les services d’urgences augmente de 10% | **La mortalité due aux** urgences médico-chirurgicales et aux événements de santé publique **est réduite de 10%** | |
| **Sous axe stratégique**: **Prise en charge du Handicap** |  |  | |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** |
| **L’offre de service pour la prise en charge du handicap et des conditions handicapantes est renforcée**  **D’ici 2020**   * 100% des HR disposent d’un personnel et d’un plateau technique capable de prendre en charge les handicaps visuels réparables (cataracte, trachome etc.) * Un circuit fonctionnel de PEC des handicaps est disponible (FOSA orientées, centre spécialisé de PEC du handicap) | **La morbidité liée aux handicaps corrigeables est réduite:**  **D’ici 2020**   * 40% des personnes souffrant de cataracte ont été opérées * 40% des cas de HTA ont été traités selon les normes dans les HD | **La proportion de la population présentant au moins un handicap réversible est réduit** :   * La prévalence de la cataracte (0,5% en 2014) diminue de 10% chaque année | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE** | | |
| **Sous axe stratégique:Financement de la santé** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** |
| **Le financement de la santé est renforcé :**  **D’ici 2020**   * Une stratégie nationale du financement de la santé orientée vers la Couverture Santé Universelle est mise en œuvre * La proportion du budget de l’état allouée à la fonction santé est passée de 5,5 % en 2011[[167]](#endnote-160) à 10 % au moins en 2020 * Un système fonctionnel d’information financière est développé et mis en place * 100% de DS sont sous contrats FBR en 2020 | Le système de santé est performant  **L’accès financier aux services et soins de santé surtout pour les populations les plus vulnérables est améliorée**  **D’ici 2020**  La contribution des ménages diminue pour les dépenses de santé passe de 70 % en 2013[[168]](#endnote-161) à 55 % en 2020 grâce à une politique de financement équitable et durable.  Les dépenses catastrophiques de santé diminuent et passent de 4.1% en 2014 (ECAM5) à 3.5%.  La proportion de la population couverte par un mécanisme de partage de risque maladie passe de 6% en 2013 (CNS) à 10 % en 2020.  Le taux d’utilisation des soins curatifs et de fréquentation des services de santé augmente de 5 % dans les FOSA du niveau opérationnel  15 % de la population vulnérable (indigents) ont accès aux soins et services de santé | Réduction de la charge morbide et de la mortalité  L’espérance de vie à la naissance estimée à 57 ans[[169]](#endnote-162) en 2014 est passée à 58 ans en 2020 |
| **Sous axe stratégique :   Offre des services et des soins** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFETS** | **IMPACT** |
| **La disponibilité des infrastructures et l’équipement des structures de santé sont progressivement renforcées dans le système de santé :**  **D’ici 2020,**  75% des CSI/CMA/HD/HR programmés dans le plan de développement des infrastructures sont construites/réhabilitées selon les normes  75% des CSI/CMA/HD/HR programmés sont équipées selon les normes | **Le système de santé est performant :**  **L’accès et l’utilisation des structures sanitaires répondant aux normes de construction et d’équipement et la dispensation des paquets de service complets est assurée**  **D’ici 2020**  La proportion de la population qui réside dans un rayon de plus de 5 km d’une formation sanitaire (CSI, CMA et HD) est passée de 20% en 2007[[170]](#endnote-163) à 10% en 2020 ;  50% des CSI/CMA/HD offrent le PMA/PCA complet aux populations ; | **La morbidité et** la mortalité sont réduites |
| **Sous axe stratégique :   ressources humaines en santé** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFETS** | **IMPACT** |
| **La gestion des Ressources Humaines en Santé est renforcée en qualité et quantité**  **D’ici 2020 :**  50% des HD sont dotées de ressources humaines selon les normes  75% des DS disposent d’au moins 3 ASC polyvalents qui offrentle PMA communautaire  60% des RHS sont fidélisées à leur poste de travail dans les zones d’accès difficile | **Le système de santé est performant :** l**a qualité des soins et des services dispensées et leur utilisation sont améliorées**  **D’ici 2020**  50% des populations fréquentant les CSI/CMA/HD/HR/ bénéficient des soins de qualité offerts par du personnel qualifié  50% des RHS sont satisfaits de leurs conditions de travail  Le succès thérapeutique s’est accru de 20% dans les FOSA évaluées | Réduction de la charge morbide et de la mortalité globale |
| **Sous- axe stratégique :   Médicament et autres produits pharmaceutiques** |  |  |
| PRODUITS | **EFFETS** | **IMPACT** |
| **La gestion des médicaments et autres produits pharmaceutiques est renforcée**  **D’ici 2020 :**  80% des gestionnaires des médicaments dans les d’HD/HR appliquent les directives de gestion du médicament ;  50% des centres de pharmacovigilance sont fonctionnelles ;  80% des HD/HR mettent en œuvre les directives d’utilisation rationnelle du médicament et les dispositions du Plan Directeur Pharmaceutique actualisé | **Le système de santé est performant**: **L’accessibilité et l’utilisation des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité sont augmentées .**  **D’ici 2020 :**   * 80% de CMA/HD/HR n’ont pas connu de rupture d’au moins un médicament traceur * Le nombre moyen de jours de ruptures de stocks des médicaments traceurs est passé 13, 69 jours à 7 jours * 80% des médicaments et des produits sanguins dispensés dans les CMA/HD/HR sont de qualité * 80% des besoins en médicaments essentiels et en produits sanguins sont couverts | Réduction de la charge morbide et de la mortalité globale |
| **SOUS- AXE STRATEGIQUE :   Information sanitaire et recherche en santé** |  |  |
| PRODUITS | **EFFETS** | **IMPACT** |
| **Le SNIS et la recherche opérationnelle en santé sont renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :**  **D’ici 2020 :**  100 % des FOSA à tous les niveaux utilisent des outils harmonisés pour la collecte de données de base  50% des gestionnaires de données utilisent le logiciel DHIS pour la gestion des informations sanitaires  Une banque virtuelle de données sanitaires intégrées existe pour l’observatoire de santé publique et les différents acteurs   * 2% du budget du MINSANTE est alloué à la recherche en santé | **Le système de santé est performant :**  **L’information sanitaire attendue est accessible en quantité et qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :**  **D’ici 2020 :**  Une banque virtuelle de données sanitaires intégrée existe pour l’observatoire de santé publique et les différents acteurs  100% des DS ont un taux de complétude RMA chiffré à 90%  80% de DS ont transmis des données fiables et valides  1 Annuaire statistiques et un Rapport annuel sur la Situation Sanitaire sont diffusés/an | Les évidences sont documentées, la prise de décision est éclairée, l’utilisation des structures de santé accrue  75 % des décisions stratégiques correctrices appliquées, reposent sur les résultats de la revue des données,  90% de DS utilisent les données collectées et analysées à leur niveau pour la prise de décision |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE : GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE** | | |
|  |  |  |
| **SOUS AXE STRATEGIQUE: GOUVERNANCE** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** |
| **La normalisation, la régulation et la redevabilité sont renforcées dans le secteur santé.**  **D’ici 2020 :**   * 60% des résolutions et des directives des réunions de coordination à tous les niveaux ont été appliquées * 50% de HD/HR ont mis en place des mécanismes pour le contrôle social (Contrôle interne, audits conjoints avec les OSC etc.) et les appliquent * 75% desHR/HC/HD respectent les normes et procédures de redevabilité et les protocolesde soins et services de santé * Les cadres de coordination des acteurs dans le secteur sont en place et sont fonctionnels | **La gouvernance du secteur de la santé est transparente et équitable et le système de santé est performant**  **D’ici 2020 :**   * Au moins 60% de HR/HC/HD sont gérés de manière transparente * L’observance des normes et protocoles de soins et services de santé est accompagnée par le suivi-évaluation dans toutes les structures sanitaires | **Le secteur jouit d’une perception de bonne gouvernance dans l’opinion publique ;** la charge morbide et la mortalité sont réduites  Indice de satisfaction des bénéficiaires des services de santé est amélioré et passé de 67 % en 2009 (Rapport PETS Cameroun 2009) à 73 % en 2020) |
| **SOUS AXE STRATEGIQUE : Pilotage stratégique** |  |  |
| **PRODUITS** | **EFFECTS** | **IMPACT** |
| **Le renforcement de la planification, de la supervision et de la coordination ainsi que la veille stratégique et sanitaire est assuré et systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et prend en compte les besoins des populations :**  **D’ici 2020**   * 85% de DS/DRSP mettent en œuvre un plan de développement/plan stratégique/PTA alignés sur le PNDS 2016-2020 * 100% de DS/DRSP disposent d’un plan de S&E aligné sur le PISE du PNDS * 1 revue sectorielle des données est réalisée tous les ans avec toutes les parties prenantes * Deux supervisions conjointes sont annuellement organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | **Le système de santé est performant**  80% des objectifs projetés dans le PNDS sont atteints | Réduction de la charge morbide et de la mortalité |

# **Chapitre 4 : Cadre logique d’intervention**

**Tableau X : Cadre logique du PNDS 2016-2020**

**Objectif Global de la Stratégie : Contribuer au Développement d’un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**

**INDICATEURS** **D’IMPACT de la SSS:**

Espérance de vie à la naissance (Baseline 54 ans en 2014)

Ratio de mortalité maternelle (Baseline 782 décès/ 100 000 NV en 2011)

Taux de mortalité infanto- juvénile (Baseline 103décès /1000 NV en 2011)

**SOURCES DE VERIFICATION** : EDS-MICS, rapports annuels OMS

**Objectif global PNDS :** ***« Rendre accessible les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité à au moins 50% de la population d’ici 2020 ».***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE** | | | | | | | | | | |
|  | **Problème central de la composante :** Capacités insuffisantes des populations à adopter des comportements favorables en vue de résoudre leurs problèmes de santé | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d’ici 2020. | | | | | | | | | |
|  | **Indicateurs traceurs : -** % de ménages utilisant les toilettes améliorées  - Prévalence de l’obésité en milieu urbain  - Pourcentage des travailleurs du secteur formel qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail  - Taux de malnutrition chroniquechez les enfants de moins de 5 ans | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 1 :**Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la promotion de la santé | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique PS1 :**   * + 1. D’ici 2020, renforcer les capacités institutionnelles, communautaires et la coordination des interventions dans le domaine de la promotion de la santé dans 40% des DS. | | **Indicateurs traceurs** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| Proportion des DS disposant des COSADI fonctionnels[[171]](#footnote-8) | 65 % en 2015 Rapport DOSTS 2015 | Rapport DOSTS 2015 | **70%** | **75%** | **80%** | **85%** | **90%** |  |
| Stratégie de mise en œuvre | Interventions | Indicateurs | Responsables | Concernés |  |  |  |  |  |  |
| * 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** | Renforcer à tous les niveaux la disponibilité des intrants de promotion dans les structures sanitaires ( ressources humaines, financières, médicaments, matériel de sensibilisation) | Proportion des DS disposant d’au moins un technicien de génie sanitaire | DRFP  DRH | DPS, DRSP, MINFI, DRFP, DPML, MINFOPRA | X | X | X | X | X | Disponibilité des ressources financières |
| Proportion du budget du MINSANTE alloué aux interventions de promotion de santé | Recrutement par le MINFOPRA selon les besoins |
| Proportion des DS dont 25 % du budget est allouée aux activités de promotion |
| Elaborer et mettre en œuvre une politique de santé scolaire et universitaire | Disponibilité d’un document de politique de santé scolaire et universitaire | MINSANTE | MINEDUB, MINESEC,  MINSESUP,  MINSANTE | X | X | X | X | X | / |
| **1.2 Transfert de compétences aux acteurs communautaires pour une appropriation des interventions de santé** | Renforcer les capacités des acteurs institutionnels et communautaires (OBC, ASC, responsables des CTD) pour une meilleure compréhension des problématiques de Promotion de santé | Proportion des OSC des DS affiliées à la plateforme régionale des OSC et qui participent à la mise en œuvre des interventions de santé | DRH | PTFs, OSC/ONG, DLM, DRSP, CSSD, MINATD Partenaires  CTD  COSADI | X | X | X | X | X | / |
| Former et recruter les ASC polyvalents pour une dispensation de qualité du PMA communautaire | Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation d’un PMA communautaire de qualité (promotion de la santé et à la prévention et prise en charge des maladies) | DRSP | DPS, SSD | X | X | X | X | X | Introduire l’approche **« une santé »**dans les curricula des ASC  Recrutement des ASC polyvalents par le MINFORPRA |
| Former les CTD/ OSC sur l’approche **« une santé »** | % des CTD dont les responsables ont été capacités sur l’approche « une santé » | DRSP | DPS, SSD | X | X | X | X | X | Introduire l’approche **« une santé »**dans les curricula des ASC  Recrutement des ASC polyvalents par le MINFORPRA |
| **1.3** Renforcement du cadre juridique pour une meilleure participation communautaire | Recenser et combler les vides juridiques qui entravent la mise en œuvre des interventions communautaires. | Disponibilité des textes qui encadrent la participation communautaire | DAJC, DPS | DCOOP, CTD, la société civile, COSADI  DRSP, DS, AS, ASC |  | X |  |  |  |  |
| **1.5 Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé** | Développer et mettre en œuvre le plan stratégique national et multisectoriel de promotion de la santé | Proportion des DS mettant en œuvre le plan stratégique national et multisectoriel de promotion de la santé | DPS | ST/SSS, DEP, DRSP, SSD, FOSA,  DCOOP, DOSTS , DPS, MINPROFF, MINAS, MINTSS, MINADER, MINEE, MINCOM, MINJUSTICE, MINEPIA,MINHDU, MINSEP, MINESUP,  Partenaires | X | X | X | X | X | Les principaux acteurs participent à toutes les phases du processus (approche participative)  La coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé est assurée par le comité technique de suivi de la SSS  Les ressources financières conséquentes sont disponibles |
| **1.7 : Amélioration de l’offre de services de promotion de la santé** | Assurer la disponibilité et la mise en œuvre des services et soins de santé communautaire | proportion des districts de santé évalués qui mettent en œuvre le paquet d’interventions intégrées sous directives communautaire | DPS, | DRSP, DS, COSADI, Société Civile | X | X | X | X | X | Le cadre juridique encadrant la participation communautaire est élaboré |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous-axe stratégique 2 : Cadre de vie des populations** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique PS2 :**  **D’ici 2020, améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé** | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période de mise en oeuvre** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| % des ménages ayant accès à l’eau potable | 72,9 % | MICS 5 | 73,5% | 74% | 75% | 76,5% | 78% |  |
| **Stratégie de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **2.1 : Amélioration de l’hygiène du milieu (Eau, hygiène, assainissement, etc.)** | Poursuivre la mise à échelle de l’assainissement total piloté par la communauté (ATPC) dans la plupart des communes | % des DS mettant en œuvre l’ATPC[[172]](#footnote-9) | DPS | DRSP, Mairies, SSD, MINATD | X | X | X | X | X | Collaboration et coordination effective entre le MINSANTE et le MINEE |
| Assurer la formation et le déploiement équitable du personnel de génie sanitaire dans les DS(PM) | % des DS disposant des RH en génie sanitaire (PM) | DPS | DRSP, Mairies, SSD, MINATD | X | X | X | X | X | / |
| Développer en milieu professionnel les interventions de promotion de santé et de prévention des maladies | Taux d’exécution des activités prévues dans le plan santé de l’entreprise au cours des 12 derniers mois | DPS | DCOOP, Groupementspatronaux, Entreprises, | X | X | X | X | X | Les acteurs clés du secteur privé sont parties prenantes formelles de la planification et du suivi de la promotion de la santé |
| **2.2 Promotion de l’urbanisation structurée des villes et aménagement des bidonvilles**  **3.4  Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives** | Organiser régulièrement le plaidoyer auprès des décideurs politiques/CTD/CU en faveur de la construction/réhabilitation des infrastructures sportives de proximité pour la pratique de l’exercice physique. | Proportion de CTD/CU/DS ayant des espaces aménagés et conventionnels pour la pratique d’activités physiques et sportives | DPS | SG , DRSP DS, DEP, communautés Urbaines/CTD, MINSEP | X | X | X | X | X | Des cadres du MINSANTE, au niveau décisionnel participent des comités multisectoriels de développement urbain |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 3: Renforcement des aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique PS3 :** | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020,** Amener les individus et les communautés à résoudre efficacement à leurs problèmes de santé en adoptant les aptitudes favorables à la santé dans au moins 40% des DS | | Proportion des COSADI fonctionnels (PM) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des OSC des DS affiliés à la plateforme régionale des OSC et qui participent à la mise en œuvre des interventions de santé (PM) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **3.4  Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives** | Garantir la construction/réhabilitation des infrastructures sportives de proximité pour la pratique de l’exercice physique | Proportion des départements disposant de centres agréés pour la pratique des activités physiques | MINSEP | DRSP, Mairies, DS, MINATD, communautés Urbaines/CTD ; DPS | X | X | X | X | X | Forte Collaboration et coordination des interventions des parties prenantes |
| Renforcer les effectifs des éducateurs sportifs dans les départements/arrondissements | Proportion de centres agréés pour la pratique des activités physiques disposant d’un éducateur sportif qualifié ( pm ) |
| **3.3 Renforcement de la sécurité routière** | Renforcer les capacités des transporteurs et des riverains des principaux axes accidentogènes aux gestes de premiers secours | % des DS comportant des axes routiers accidentogènes qui disposent d’équipes formées en premiers secours | MINSANTE | MINTRANSPORT  DGSN  DRSP  DS | X | X | X | X | X |  |
| Renforcer la sensibilisation/Education sur la sécurité routière | Nombre d’accidentés de la voie publique |
| **3.1  Promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles**  **3.2 Lutte contre le tabagisme, l’abus d’alcool et la consommation des substances illicites** | Développer le C4D pour l’adoption des comportements sains dans les domaines suivants (alimentation/nutrition saine sécurisée, prévention et dépistage des maladies transmissibles et non transmissibles, abus des substances psycho actives notamment les stupéfiants et l’alcool) | Pourcentage des personnes ayant cité au moins quatre types de comportement sains dans les domaines suivants (alimentation/nutrition saine/sécurisée ; prévention et dépistage des maladies transmissibles et non transmissibles, abus des substances psycho actives notamment les stupéfiants et l’alcool | DPS | DRSP, Mairies, SSD, FOSA, OSC/OBC, ASC  MINADER, MINEPIA, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINCOM | X | X | X | X | X |  |
| Proportion des DS disposant d’un plan de communication de promotion de la santé validé |
| Prévalence de la carie dentaire chez les élèves de l’école primaire |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous Axe stratégique 4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l’adolescent et soins après avortement** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique PS4 :** | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, amener 25 % de familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la PF** | | Taux de prévalence contraceptive moderne | 21% | MICS 5 | 22% | 24% | 25% | 27% | 30% |  |
| proportion de ménages mettant en œuvre au moins 7 des 15 pratiques familiales essentielles | ND[1] | / | **15%** | **20%** | **25%** | **30%** |  |  |
| **Stratégie de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| 4.**3 : Amélioration de l’offre de services de PF** | Étendre et assurer la disponibilité de l’offre de service de PF dans les FOSA et au niveau communautaire (contraceptifs modernes, matériels PF, etc.) | % de FOSA sans rupture de stocks des produits contraceptifs | DPS | DRSP, SSD, DSF, CENAME, DPML | X | X | X | X | X | L’information et les procédures d’approvisionnement rationnel sont maitrisées dans la chaine |
| Proportion des adolescents qui utilisent une méthode contraceptive moderne |
| Proportion des HD disposant d’au moins un personnel formé en PF de Base ou clinique |
| **4.5 : Renforcement des autres pratiques familiales essentielles favorables à la santé** | Renforcer les capacités des prestataires institutionnels et communautaires en technologie contraceptive, en prévention et en prise en charge de la malnutrition et des carences en micronutriments | Proportion des DS disposant d’un prestataire formé dans le domaine de la nutrition | DPS | DRSP, SSD, FOSA, DSF | X | X | X | X | X | Des outils de formations adéquats sont disponibles |
| Proportion des DS ayant au moins 03 ASC polyvalents formés pour l’accompagnement des familles dans la mise en œuvre des PFE |
| Renforcer l’éducation sanitaire et la CCC dans les familles et dans les communautés | Proportion d’adolescents sensibilisés contre le VIH, l’Hépatite, et la toxicomanie | MINPROFF | MINSANTE (DSF) DRSP, SSD, |  | X | X | X | X |  |
| Pourcentage de ménages qui appliquent les pratiques familiales essentielles |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE2 : PREVENTION DE LA MALADIE** | | | | | | | | | | |
|  | **Problème central de la composante :** L’incidence et la prévalence des maladies transmissibles et non transmissiblesrestent élevées au Cameroun | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** D’ici 2020, réduire la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies transmissibles et non transmissibles au Cameroun. | | | | | | | | | |
|  | **Indicateurs traceurs :**  Prévalence de l’ HTA en milieu urbain  Pourcentage d’enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA  Prévalence des faibles poids de naissance ( poids inf. à 2500 grammes) | | | | | | | | | |
| **Sous Axe stratégique 1 : Prévention des Maladies Transmissibles** | | | | | | | | | | |
| **Stratégie de mise en œuvre** | **Objectif spécifique PREV1 :** | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020 réduire d’au moins 1/10 eme l’incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)** | | Prévalence VIH | 58 630 nouveaux cas en 2014  Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/Sida Cameroun. [i] | Rapport d’enquête (RSDP-VIH) | **57000** | **55 000** | 50 000 | **45 000** | 40 000 |  |
| Proportion des cas de paludisme confirmés TDR/GE+ chez les moins de 5 ans |  | Régistre laboratoire |  |  |  |  |  |  |
| Incidence de la tuberculose TPM+ | 117 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2015 | Instance de Coordination Nationale du Cameroun. Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017 | 102,5 | 88 | 73,5 | 58,5 | 44,5 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Incidence du VIH | 2.4‰ | (profil des estimations pays du VIH au Cameroun 2010-2020 CNLS) | 2.3‰ | 2.2‰ | 2.1‰ | 2‰ | 1.9‰ |  |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **1.2 : Amélioration de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables** | Approvisionner régulièrement les FOSA en intrants de prévention des maladies transmissibles. | Prop. des DS sans rupture de stock de plus de 15 jours des médicaments et intrants de prévention des principales maladies transmissibles (VIH, tuberculose et paludisme) au cours des 3 derniers mois précédant l’évaluation PM | DLMEP | PEV, GAVI, DRSP, SSD, FOSA, ASC, OSC/OBC | X | X | X | X | X | Le système d’approvisionnement est suffisamment opérationnel |
| **1.1 : Renforcement de la coordination et de l’intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles** | Renforcer les compétences techniques des acteurs institutionnels et communautaires (OBC, ASC, responsables des CTD) pour une prévention intégrée des maladies transmissibles les plus fréquentes (VIH, IST, Hépatites Virales,paludismecholeraet Ebola) |  |  |  |  |  |  | X | X | Les acteurs communautaires sont identifiés et mobilisés |
| Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation d’un PMA communautaire de qualité (promotion de la santé , prévention et prise en charge des cas de maladies)y compris la prévention des maladies transmissibles les plus courantes (VIH, IST, Hépatites Virales, paludisme cholera et Ebola) | DRH | , OSC/ONG, DLMEP, DRSP, CSSD, MINATD Partenaires, CTD | X | X | X | X |  |  |
| **1.2 Amélioration de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables**  **1.3 Renforcement de la prévention du Paludisme** | Organiser les activités de communication/conseil/dépistage pour la prévention des principales maladies transmissibles dans la population générale et auprès des populations spéciales (prisons, lycées, universités, entreprises, etc.). | Pourcentage de personnes de 15-49 ans ayant réalisées un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat | DLMEP | Programmes concernés, DRSP, CSSD, MINATD, OSC/ONG, Partenaires, MINESEC, MINESUP MINJUSTICE | X | X | X | X | X | Des financements conséquents sont mobilisés |
| Elaborer et mettre en œuvre une stratégie intégrée de communication pour la prévention des maladies transmissibles | Nombre de  personnes informées  des méthodes de  prévention du  paludisme/VIH/TB lors des journées mondiales de sensibilisation et de communication sur le paludisme , le VIH, la tuberculose | DLMEP | MINCOM |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des activités du plan intégré de communication mises en œuvre pour la prévention des maladies transmissibles | DLMEP | MINCOM |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des CMA/CSI qui mènent au moins une fois par mois les activités d’IEC/CCC intégrées |
| Acquisition et distribution des MILDA | Proportion des ménages disposant d’une MILDA pour 2 personnes | DLMEP/PNLP | DPS, DRFP, DOSTS, DCOOP | X |  |  |  | X |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.4: Renforcement de la prévention des MTN et des autres maladies transmissibles** | Organiser régulièrement des campagnes de traitement préventif des maladies (paludisme saisonnier, MTN) | Proportion des personnes à risque ciblées ayant reçu un Traitement préventif pour le paludisme saisonnier. | DLMEP | Programmes concernés, DRSP, CSSD, OSC/ONG, Partenaires | X | X | X | X | X | Un dispositif fonctionnel et pérenne en charge des campagnes est en place |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 2: MAPE et évènements de santé publique surveillance et réponse aux maladies a potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de sante publique** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique PREV2 :** | | **Indicateurs traceurs** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, réduire dans au moins 90% des districts, les risques évitables de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique (zoonoses y compris)** | | Couverture vaccinale en VAR/RR | 39% en 2015 | Rapport PEV | **50%** | **85%** | 90% | 91% | 92% |  |
| Taux de promptitude et de complétude des MAPE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **2.1 Renforcement du système de surveillance épidémiologique** | Renforcer les capacités institutionnelles des CERPLE (centre régionaux de prévention et de lutte contre les épidémies) pour la coordination des urgences au niveau des régions | Proportion de CERPLE disposant de capacités minimales[[173]](#footnote-10) d’interventions requises | DLMEP | PEV,DRSP, DRH, DSF, partenaires | X | X | X | X | X | Des outils didactiques adéquats sont disponibles |
| Développer un réseau national de laboratoires fonctionnels pour la surveillance des MAPE et des autres affections | Nombre de laboratoires de districts, régionaux et centraux en un réseau fonctionnel pour la surveillance des MAPE et autres affections. |
| Actualiser chaque année la cartographie des risques sanitaire dans les DRSP/DS(DS à risque d’épidémies et d’urgence sanitaire) et élaborer les plans opérationnels annuels de réponses appropriées aux risques sanitaires identifiés. | % de DRSP/DS disposant d’une cartographie annuelle actualiséedesrisques d’épidémies et des plans opérationnels de riposte conséquents |
| **2.2 : Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination** | Organiser les campagnes et les activités supplémentaires intensifiées de vaccination (Vaccination contre la Polio, déparasitage des enfants de 12 à 59mois lors des SASNIM) à l’échelle nationale | % des DS ayant organisés des campagnes de vaccinations et des activités supplémentaires intensifiées | DLMEP, DSF, PEV. | DPS, PEV, DRSP, SSD, FOSA, partenaires, OSC/OBC, ASC, DSF | X | X | X | X | X | Les campagnes sont intégrées dans des dispositifs fonctionnels existants (PEV, programmes…) |
| **2.4 Renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux évènements majeurs de santé publique** | Assurer l’approvisionnement permanent des DS en intrants nécessaires pour la préparation et la riposte contre les épidémies et les maladies émergentes potentielles. | % des DS disposant d’intrants pour la riposte contre les autres MAPE non ciblées par le PEV au cours des trois mois précédant l’évaluation | DPM | DLMEP, DRSP, SSD, FOSA, partenaires, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X | Un mécanisme et une procédure d’approvisionnement spécifiques sont en place |
| Renforcer le dispositif de Surveillance intégrée des maladies et riposte(SIMR)contre les MAPE | Proportion d’épidémies ayant fait l’objet d’une riposte dans le DS | DLMEP | DPS, DRSP, SSD, Laboratoires, FOSA, partenaires, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X | Des ressources sont mobilisées pour les simulations impliquant toute la chaine de détection et de riposte |
| Proportion des DS ayant une complétude et promptitude mensuelles des rapports de surveillance des  maladies à potentiel  épidémique |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 3 : SRMNEA et PTME** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique PREV3 :** | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Accroitre d’au moins 2/3, la couverture des interventions de prévention SRMNEA /PTME dans au moins 60% de DS** | | Couverture vaccinale à l’antigène de référence (Penta3) | 84% | MINSANTE Rapport PEV 2015 | 86% | 88% | 90% | 91% | 92% |  |
| **Taux de couverture en CPN 1** |  | Voir EDS-MICS 2011 |  |  |  |  |  |  |
| Proportions des femmes enceintes vues en CPN1 et qui ont été dépisté au VIH |  | Voir EDS-MICS 2011 |  |  |  |  |  |  |
| % des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3) | 26% | MICS 5 | **27%** | **35%** | 40% | **47%** | 55% |  |
| **Stratégies de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 Renforcement des capacités institutionnelles (FOSA) et communautaires dans le domaine de la SRMNEA | Assurer l’approvisionnement permanent des FOSA en intrants pour la MEO efficace des interventions à haut impact sur les cibles SRMNEA (tests de dépistage précoce du VIH, PCR, médicaments pour la TPI, la PTME , le VIH, l’hépatite virale B etc.) | Proportion des Hôpitaux de HD/CMA/CSI n'ayant pas eu de rupture de stock d’intrants pour la MEO des interventions à haut impact ci-contre : PCIME, SONEU, PF, PTME au cours des 3 derniers mois ayant précédé l’évaluation (PM ) | DPML | DLMEP, CENAME, CAPR, DSF, DRSP,SSD, FOSA, CNLS, PNLP,ONG | X | X | X | X | X | Le système d’approvisionnement est suffisamment opérationnel |
| 2.5 : Amélioration de l’offre de services et des soins SRMNEA | Renforcer les capacités des prestataires institutionnelles et communautaires des DS ciblés (SSD, HD, CMA) pour une offre de service de qualité dans les aspects suivants (PTME, CPN, soins post nataux, soins post abortum) | % des HD/CMA/CSI disposant d’au moins un personnel formé en SONUB/SONUC/SAA | DRH/DSF | DLMEP, DRSP,SSD, FOSA, CNLS, PNLP,ONG | x |  | x |  | x | Des outils de formation adéquats sont utilisés |
| Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation d’un PMA communautaire de qualité (promotion de la santé et à la prévention et prise en charge des maladies)PM | DRH/DSF | DLMEP, DRSP,SSD, FOSA, CNLS, PNLP,ONG | x |  | x |  | x | Des outils de formation adéquats sont utilisés |
| Etendre progressivement à l’échelle nationale l’offre de service SRMNEA de qualité et les stratégies alternatives pour couvrir toutes les cibles (stratégie avancées, télémédecine, etc.) | % des CSI/CMA/HD qui mettent en œuvre les SONUB, SOUC, SONEU et SAA selon les normes | DSF | DLMEP, DRSP,SSD, FOSA, CNLS, PNLP,ONG, CENAME | X | X | X | X | X | La télémedecine et les centres de santé ambulatoire sont suffisamment développé, |
| Proportion de HD qui offre un paquet intégré de services SRMNEA y compris le SOUC | DSF | DLMEP, DRSP,SSD, FOSA, CNLS, PNLP,ONG, CENAME | X | X | X | X | X | les stratégies avancées sont suffisamment mises en œuvre |
| % des CMA/HD avec équipements conformes aux normes pour la mise en œuvre des interventions à haut impact visant les cibles mères enfants et adolescents | DSF | DRSP, Mairies, SSD, FOSA, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X | Des financements conséquents sont mobilisés pour la Communication |
| 2.7 : Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SRMNEA | Poursuivre la C4D (plaidoyer, mobilisation sociale, CCC et animation communautaire) pour l’utilisation des services de SRMNEA/ PTME | Taux  d’accouchements assistés en milieu hospitalier | DSF | DRSP, Mairies, SSD, FOSA, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X | Des financements conséquents sont mobilisés pour la Communication |
| Proportion des femmes ayant fréquenté les services de CPON dans les 48 heures ayant suivi l’accouchement. | DSF | DRSP, Mairies, SSD, FOSA, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X | Des financements conséquents sont mobilisés pour la Communication |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 4 : Prévention des maladies non transmissibles** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique PREV4 :** | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, réduire d’au moins 10% l’incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles.** | | Prévalence du Diabète de type II | 6,6% En 2015 (Kingué et al. The Journal of Clinical Hypertension 2015) | SNIS,STEPS | **6,5%** | **6,3%** | **6%** | **5,90** | **5,80%** |  |
| **Stratégie de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **4.6 Renforcement de la prévention de la Drépanocytose des autres maladies génétiques et dégénératives** | Assurer l’approvisionnement des FOSA en intrants pour le dépistage de la drépanocytose, des autres maladies génétiques, des cancers et des MCV | % des FOSA ayant connu une rupture de stock d’intrants de plus de 15 jours pour le dépistage de la drépanocytose et du diabète PM | DPM | DLMEP | X | X | X | X | X | Le système d’approvisionnement est suffisamment opérationnel |
| Renforcer la disponibilité et la qualité de l’offre des services et des soins de prévention des MNT au niveau opérationnel |  |  |  | X | X | X | X | X |  |
| Taux de réalisation des missions de supervision dans les HR/HD |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 Promotion des interventions permettant de réduire les facteurs de risque modifiables de maladies non transmissibles : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l’alcool  4.4 Sensibilisation de la population sur la problématique des maladies non transmissibles et incitation à leur prévention | Renforcer les compétences des RHS et des acteurs communautaires des DS ciblés sur les pratiques familiales essentielles (PFE)[[174]](#footnote-11) | % des DS disposant d’au moins une RHS formées capables d’accompagner les familles dans la mise en œuvre des PFE | DLMEP | DRSP, SSD, FOSA, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X | Les acteurs communautaires sont identifiés et mobilisés |
| Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour l’accompagnement des familles dans la mise en œuvre des PFE | DLMEP | DRSP, SSD, FOSA, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X | Les acteurs communautaires sont identifiés et mobilisés |
| 4.4 Sensibilisation de la population sur la problématique des maladies non transmissibles et incitation à leur prévention | Développer une stratégie de communication intégrée pour la prévention des maladies non transmissibles et intensifier les activités de sensibilisation communautaires de prévention de ces maladies | % des personnes interrogées qui connaissent les moyens de prévention des maladies non transmissibles | DLMEP | PNLC, DPS,DRSP, SSD, FOSA, PTF, INS, DROSS, DPS | X | X | X | X | X | Les acteurs de la communication sont dotés de toutes ressources adéquates |
| Organiser au niveau régional au moins une campagne annuelle de prévention et de dépistage des MNT (HTA, diabète, cancers, etc.) | % de la population à risque dépistée pour les MNT en milieu urbain (HTA, diabète, cancers, …) | DLMEP, DOSTS, DPS | PNLC, DPS, DRSP, SSD, FOSA, Partenaires | X | X | X | X | X | Un mécanisme opérationnel de mise en œuvre des campagnes est en place |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE** 3 : PRISE EN CHARGE DES CAS | | | | | | | | | | |
|  | Problème central de la composante : Le qualité du diagnostic et de la prise en charge curative des cas est insuffisante | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** Réduire dans les formations sanitaires et dans la communauté ,la mortalité globale et la létalité des principales maladies du profil épidémiologique | | | | | | | | | |
|  | **Indicateurs traceurs : -** Taux global de mortalité hospitalière par catégorie de FOSA (HG/HC/HR/HD)  - Taux de létalité hospitalière des principales maladies prioritaires (HIV, TB, Paludisme)  - Ratio de mortalité maternelleen salle d’accouchements | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique  PEC 1:** | | **Indicateurstraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | Conditions de réussite |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici à 2020, 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 structures sanitaires.** | | Proportion des cas de HTA traités selon les normes dans les services dédiés à cet effet | ND[[175]](#footnote-12) | Rapport  D’audits ou d’activités | **50%** | **55%** | 60% | **65%** | 70% |  |
| **Taux de succès thérapeutiques des malades tuberculeux à bacilloscopie positive** | 82% | cohorte 2013, Rapport PNLTB | 83% | 84% | 85% | 86% | 87% | Taux de succès thérapeutique des TPB+ |
| **Stratégie de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurs traceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **1.1: 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** | Renforcer les capacités institutionnelles et les compétences des RHS des DS ciblés pour une dispensation des prestations des services et soins intégrés de qualité | % HD offrant le PCA complet | DRH/DEP | DLMEP, DRSP, SSD, Partenaires | X | X | X | X | X | Des instruments pour la pratique et outils didactiques conséquents sont mobilisés |
| % des CSI/CMA offrant le PMA complet |
| Développer l’infrastructure, les équipements et les mécanismes pour assurer la disponibilité permanente du sang et des produits sanguins en quantité et en qualité à tous les niveaux | % des régions disposant des centres de transfusion sanguine fonctionnel | DLMEP | DEP, partenaires |  |  |  |  |  | La viabilité de l’initiative est documentée |
| **3.1.3 Amélioration du diagnostic et de la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de la TB, des IST et des Hépatites virales** | Assurer la disponibilité dans les FOSA des intrants/médicaments pour le diagnostic et la prise en charge des cas de maladies transmissibles | % des FOSA sans rupture de stock de plus d’un mois en intrants pour le diagnostic et la prise en charge des cas de VIH/SIDA | **DPML** | DLMEP, DRSP, PNLT, CNLS, CAPR, SSD, FOSA, ASC | X | X | X | X | X | Le système d’approvisionnement est suffisamment opérationnel |
| **1.7 : Amélioration de la gestion intégrée de prise en charge des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire** | Organiser des activités/campagnes de soins complémentaires hors des FOSA | % des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme (TDR/GE+) et pris en charge à domicile | DLMEP | DRSP, PNLT, CNLS, PNLP, PNLO, SSD, FOSA, ASC ; OSC | X | X | X | X | X | Les effectifs adéquats de RHS, des ASC et des membres des OSC sont mobilisés |
| Assurer selon les normes la PEC intégrée des maladies de l’enfant dans les CMA/HD | Proportion des CMA/HD  disposant des RHS qui utilisent l’approche PCIME pour la PEC des enfants de moins de 5 ans | DLMEP | DOSTS, FOSA | X | X | X | X | X |
| Assurer la PEC hospitalière du paludisme de l’enfant selon les normes | Proportion d’enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme traités gratuitement | DLMEP | DOSTS, FOSA | X | X | X | X | X |
| Elaborer et mettre en œuvre les protocoles de soins palliatifs | Proportion des hôpitaux de 1ere, 2eme et 3eme catégorie qui appliquent les protocoles validés des soins palliatifs | IGSMP | DOSTS | X | X | X | X | X |
| Assurer à tous les niveaux l’utilisation des protocoles de soins afin de garantir un diagnostic et une Prise en charge de qualité dans les FOSA | % des Maladies transmissibles (PALU, SIDA, TB) pris en charge selon les protocoles dans les hôpitaux de 4ème 5ème et 6ème catégorie | IGSMP | DOSTS | X | X | X | X | X |
| Taux de létalité hospitalière de l’HTA et de ses complications dans les FOSA de catégorie 1, 2 et 3 |
| % des maladies Cardiovasculaires et métaboliques pris en charge selon les normes dans les hôpitaux de 3ème,4èmeet 5 emecatégorie (diabète II, HTA, AVC) |
| % des CSI/CMA/HD qui utilisent le Guide National de Diagnostic et de thérapeutique pour la PEC intégrée des cas |
| Disponibilité d'un texte juridique/règlementaire actualisé régissant l’organisation et le fonctionnement des hôpitaux publics (reforme hospitalière) |
| **1.6: Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Non Transmissibles** | Développer l’approche par délégation des tâches pour la prise en charge spécifique des cas des MCNT et des MT (exemple hépatites virales) | % des CSI/CMA/HD implémentant la délégation de tâches dans la PEC des MCNT[[176]](#footnote-13) | DLMEP | PNLC, DPS,DRSP, SSD, FOSA,Partenaires | X | X | X | X |  |  |
| Décentraliser la PEC des Maladies Chroniques (HIV, TB, Hypertension, AVC, diabète, etc. ) à travers la création des centres médicaux ambulatoires et la délégation des tâches au niveau déconcentré pour la PEC de certaines maladies [[177]](#footnote-14) | Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation d’un PMA communautaire de qualité (promotion de la santé et à la prévention et prise en charge des maladies) PM | DLMEP | DOSTS, DLMEP, DAJC | X | X | X | X | X | Des acteurs communautaires en nombre conséquent sont mobilisés, motivés et formés |
| % CSI/CMA/HD qui appliquent les directives par délégation des tâches dans la PEC des MCNT/Hépatite virale |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.5 : Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Tropicales Négligées** | systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des MTN | Proportion des districts de santé disposant des normes/protocoles de prise en charge des MTN | DLMEP  Tous les programmes nationaux de lutte contre les MTN | DPS, DRSP, SSD, FOSA, |  | X | X | X | X |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 2 :Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents la santé** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique  PEC 2:** | | **Indicateurtraceur** | Référence | Source | Période | | | | | Conditions de réussite |
| 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| **D’ici 2020, assurer une prise en charge curative des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent selon les normes dans au moins 60% des structures sanitaires** | | % nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance | 68,5% | MICS5 | **69%** | **69,5%** | 70% | **72,5%** | 75% |  |
| % des cas de fistules obstétricales notifiés et réparés | ND |  | **25%** | **40%** | **60%** | **70%** | 75% |  |
| Taux de césarienne réalisés dans les hôpitaux de 3ème et 4ème catégories | ND |  | **20%** | **25%** | 30% | **40%** | 50% |  |
| **Stratégies de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurs traceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 Renforcement des capacités institutionnelles (FOSA) et communautaires dans le domaine de la SRMNEA | Assurer la disponibilité permanente des intrants et des médicaments de SRMNEA et de PCIME dans les FOSA du niveau opérationnel et au niveau communautaire | [Nombre de jours de rupture de stocksdes produits d’importance vitalepar mois (1 des 13 produits)](file:///C:\\Users\\user\\Desktop\\COMPOSANTE%2022%20AVRIL%202016\\EUSEVIA3h.xlsx" \l "RANGE!#REF!) PM voir médicaments | DPML | DLMEP, PNLP, CNLS DRSP, PNLT, CNLS, CAPR, FOSA, FSPS | X | X | X | X | X | Les CAPR, les FSPS et la CENAME sont ravitaillés et la gestion des médicaments au niveau des FOSA est effectuée selon les normes |
| Renforcer les capacités institutionnelles des RHS et celles des acteurs communautaires à la PEC intégrée des cas de SRMNEA. | % des CSI/CMA/HD offrant le PMA/PCA complet (PM) | DSF | DRH,PLMI, DOSTS | x |  | x |  | x | Des effectifs conséquents d’acteurs communautaires sont mobilisés, |
| 2.2 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. | Renforcer la mise en œuvre des stratégies en cours visant à améliorer l'accessibilité géographique, culturelle et financière des cibles SRMNEA aux services et soins de santé de qualité | Taux de réalisation des stratégies avancées /mobiles pour le MEO du PMA (y compris la SRMNEA) | DSF | DLMEP, PNLP, DRSP, DS, FOSA | X | X | X | X | X | Les normes et procédures opérationnelles de PEC sont observées à tous les niveaux  et la logistique pour les stratégies alternatives est dument mobilisée |
| 2.5 : Amélioration de l’offre de soins SRMNEA de qualité | Assurer l’utilisation correcte à tous les niveaux des documents normatifs et des procédures opérationnelles de PEC des problèmes de santé de la mère et de l’enfant. | % de CSI/CMA/HD utilisant les protocoles de soins pour la prise en charge des problèmes de santé des cibles SRMNEA | DSF | DAJC  DOSTS  IGSMP | X | X | X | X | X |  |
| Renforcer l’offre de services pour la prise en charge correcte des problèmes de santé des adolescents dans les hôpitaux de district. | % des HD disposant des services conviviaux et d’écoute pour la PEC des problèmes de santé des adolescents | DSF | DOSTS, HD, MINPROFF, MINJEC,  MINAS |  | X | X | X | X |  |
| Assurer dans les DS, la disponibilité des paquets d’interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant (SONUB, SONEU, SOUC, SAA…) | % des CSI/CMA/HD qui mettent en œuvre les SONUB, SOUC, SONEU et SAA selon les normes | DPS | DRSP, CTD, DS, FOSA, OSC/OBC, ASC | X | X | X | X | X |  |
| % d’enfants dépistés VIH+  et mis sous TARV |
| **2.4 Amélioration de la Prise en charge intégrée des maladies de l’enfant (PCIME clinique et communautaire)** | Offrir des services de PCIME clinique et communautaire aux enfants de moins de 5 ans | % d’enfants de moins de 5 ans soignés avec l’approche PCIME dans les CSI CMA/HD | DSF | DLMEP, DRSP, HR, HD, FOSA, CSI, ASC, OSC/OBC, | X | X | X | X | X | Des effectifs conséquents d’acteurs communautaires sont dûment formés et dotés |
| Proportion des nouveau-nés prématurés pris en charge selon la méthode des soins kangourou dans les HR/HD |
| % de cas sociaux (indigents) ayant bénéficié d’une prise en charge gratuite dans les hôpitaux de district |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 3 : Urgences et évènements de santé publique** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique  PEC 3:** | | **Indicateurtraceur** | **Références** | **Sources** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des évènements de santé publique selon les procédures opératoires standardisées (POS) dans au moins 60% des DS.** | | Proportion des DRSP et des DS qui utilisent les POS pour la prise en charge des urgences humanitaires, des catastrophes et des évènements de santé publiques | ND |  | **40%** | **45%** | **50%** | **55%** | **60%** |  |
| Proportion des HD/HR/HC/HG qui utilisent les POS pour la PEC des urgences médico-chirurgicales. | ND |  | **40%** | **45%** | **50%** | **55%** | **60%** |  |
| **Proportion de HD disposant d’un plateau technique minimum pour la PEC des urgences médico-chirurgicales[[178]](#footnote-15)** | ND |  | **40%** | **45%** | **50%** | **55%** | **60%** |  |
| **Stratégies de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurs**  **traceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **3.1 : Renforcement de la coordination multisectorielle dans la prise en charge des urgences et** des évènements de santé publique | Mettre en place et à tous les niveaux un fonds de soutien pour la coordination de la gestion des urgences et des évènements de santé publique ( PM Voir CERPLE) | Proportion des instances de coordination (DRSP/DS) disposant d’un fonds de soutien pour la gestion des urgences.PM | DRSP/DRFP | DROS/DLMEP/autres MINISTERES, DRSP, Partenaires | X | X | X | X | X | La décentralisation et la responsabilisation sont maximisées en faveur du niveau régional |
| Appuyer le fonctionnement régulier du **centre National des opérations d’urgence** pour une gestion et une coordination opérationnelles efficace des activités de terrain en cas d’urgence | Disponibilité d’un plan National de gestion des événements de santé publique budgétisé. | DOSTS | MINATD, autres MINISTERES PARTENAIRES, DRSP | X | X | X | X | X |  |
| **3.2 : Renforcement du processus de gestion prévisionnelle des ressources** | Evaluer les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour une prise en charge efficace des cas  d’urgences médico- chirurgicales et des événements de santé publique PM [[179]](#footnote-16) | % des régions ayant des capacités institutionnelles et communautaires minimales[[180]](#footnote-17) pour une gestion efficace des épidémies, des urgences et autres évènements de santé publique pm | DOSTS | DROS, DLMEP DRSP  MINISTERES PARTENAIRES, | X | X | X | X | X |  |
| Renforcer la fonctionnalité du dispositif de réponse aux urgences (simulation régulière des situations d’urgences; dotation des équipes d’investigation et d’intervention) | proportion des régions ayant conduit annuellement une simulation d’une situation d’urgence | DLMEP | DLMEP/MINISTERES PARTENAIRES, DRSP, Partenaires | X | X | X | X | X |  |
| Mettre en place dans les régions des équipes multisectorielles d’investigation et d’interventions rapides (EIIR) dans les 10 régions PM | Proportion des régions disposant des équipes multisectorielles d’investigation et d’interventions rapides (EIIR) | DLMEP | DLMEP/MINISTERES PARTENAIRES, DRSP, Partenaires |  | X | X | X | X |  |
| **3.3 Renforcement du diagnostic et de la prise en charge curative des cas d’urgences et des évènements de santé publique** | Assurer la prise en charge pré hospitalière (Premiers secours) des cas d’urgence avec la pleine participation communautaire | Proportion des DS disposant des équipes communautaires formées pour les premiers secours | DLMEP | DOSTS, FOSA, DS, DRSP  MINATD  Tous les minitères partenaires |  | X | X | X | X |  |
| Renforcer les capacités financières, infrastructurelles, technologiques des CERPLE , du centre National des opérations d’urgences et des postes de santé aux frontières pour une réponse rapide et efficace en cas d’épidémie ou autres urgences de santé publique PM | Proportion des CERPLE disposant des ressources financières infrastructurelles, technologiques des CERPLE , du centre National des opérations d’urgences et des postes de santé aux frontières pour une réponse rapide et efficace en cas d’épidémie ou autres urgences de santé publique | DLMEP | DOSTS/DLMEP/FOSA/MINISTERES PARTENAIRES | x |  | x |  | X | Une évaluation rationnelle des besoins est réalisée,  L’allocation des ressources est rationnalisée |
| Renforcer les capacités des RHS des FOSA et des OSC du niveau régional et des postes de santé aux frontières pour une réponse efficace en cas d’épidémie ou autres urgences de santé publique | Proportion des DRSP/DS disposant des RH formées à la gestion des épidémies et urgences de santé publique à tous les niveaux | DLMEP | DOSTS/DLMEP/FOSA/MINISTERES PARTENAIRES |  | X | X | X | X | Une évaluation rationnelle des besoins est réalisée,  L’allocation des ressources est rationnalisée |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 4 : Prise en charge du Handicap** | | | | | | | | | | |
| **Objectifspecifiqe PEC 4:** | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, réduire d’au moins 1/10èmela proportion de la population présentant au moins un handicap réversible** | | Proportion de patients souffrant de cataracte et ayant recouvré la vue après une intervention chirurgicale | **ND** | 2015 | **25%** | **30%** | **35%** | **45%** | **50%** |  |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **4.1 : Mise en place d’une politique intégrée et coordonnée de la gestion du handicap y compris le handicap mental** | Assurer la PEC du handicap selon les directives et normes actualisées | Proportion des HD/HR qui mettent en application les POS pour la PEC du handicap moteur | DLMEP | Société savantes, Cell. Juridique, Partenaires | X | X | X | X | X | Le suivi de la gestion du handicap est intégré dans la formation de base et les procédures du MINSANTE |
| Proportion de HD/HR qui disposent d’une unité de physiothérapie fonctionnelle |
| **4.2 : Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap** | Renforcer les capacités institutionnelles et celles des acteurs chargés de la prévention et de la PEC du handicap réparable | Proportion des HR/HD disposant d’un plateau technique capable de PEC les handicaps visuels réparables | DLMEP | Sociétéssavantes,  MINAS | X |  | x |  | X | La prise en charge du handicap est valorisée dans les pratiques de promotion et de motivation du personnel |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE 4 :RSS** | | | | | | | | | | |
|  | **Problème central de la composante :** Développement insuffisant des piliers du système de santé | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** Accroître les capacités institutionnelles de 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé | | | | | | | | | |
|  | **Indicateur traceur :** Indice Global de disponibilité des soins et services de santé | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 1 : Financement de la santé** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique  RSS 1**: | | **Indicateurstraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, réduire d’au moins 10% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable** | | % des dépenses de santé supportées par les ménages | 70,6 % | INS - Comptes Nationaux de la Santé 2012 | **69%** | **67%** | **65%** | **63%** | **60%** | Mise en place de mécanismes de prépaiements viables |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurs traceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **1.1 Développement des mécanismes de partage du risque maladie** | Développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de financement orientée vers la CSU | Niveau d’accroissement des ressources mobilisées pour la CSU | DPS | DRFP, MINAS, MINTSS | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Les pouvoirs publics sont engagés dans la réforme |
|  | % des HD qui offrent les PCA optimal[[181]](#footnote-18) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Renforcer les mécanismes du financement de la demande de soins et des services de santé  (Assurance santé, Sécurité Sociale, Chèques santé, Mutuelles Santé) | Proportion des HD/CSI/CMA qui prennent en charge les indigents | DPS | DRFP, DOSTS, DAJC, DRSP, SSD, FOSA, OSC | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | La population, les pouvoirs publics, les assureurs, le patronat, les travailleurs sont sensibilisés, engagés et coachés |
|  |  | % des cibles projetées dans la stratégie et couvertes par un mécanisme de partage du risque maladie | DPS | DRFP, MINAS, MINTSS | **X** | **X** | **X** |  |  |  |
| **1.2Rationalisation et renforcement des mécanismes institutionnels du financement de la santé** | Développer un système de gestion de l’information financière | Existence d’un système intégré fonctionnel de gestion de l’information financière à tous les niveaux | CIS | DROS  ONSP  DRFP  DRSP  DS | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
|  |
| Evaluer et faire une analyse comparative des différents mécanismes de financement de la santé mis en œuvre au Cameroun (chèques santé, kits obstétricaux, PBF, value for result, gratuité etc.) et capitaliser les résultats de l’évaluation | Disponibilité d’un rapport validé de l’analyse comparative des différents mécanismes de financement de la santé mis en œuvre au Cameroun | DROS/ST-CP-SSS | FOSA, Cellule PBF |  | **X** |  |  |  |  |
| **1.3 Renforcement de la mobilisation des ressources financières.** | Renforcer le plaidoyer pour l’augmentation de l’allocation budgétaire du secteur[[182]](#footnote-19) | Proportion du budget national alloué au secteur santé | DEP/DRF | Parlement, MINFI, MINEPAT | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Une stratégie de plaidoyer efficace est mise en œuvre |
| Mettre en place/ Instaurer des mécanismes de suivi de la mobilisation et de l’utilisation des ressources financières allouées à la santé (Dialogue financier lors des réunions de coordination à tous les niveaux ) | Disponibilité des rapports validéessur l’utilisation des ressources mobilisées pour la santé | DCOOP | DRFP  ST/CP-SSS  Ministères partenaires  PTFs | **X** | **X** |  |  |  |  |
| **1.4: Renforcement de l’autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel** | Élaborer les textes de cadrage accordant une autonomie de gestion des recettes affectées aux FOSA du niveau déconcentré | Disponibilité des textes de cadrage accordant une autonomie de gestion des recettes affectées aux FOSA du niveau déconcentré | DAJC, DRFP | DOSTS, DRSP, Responsables des FOSA, |  | **X** |  |  |  |  |
| Adopter annuellement une clef de répartition du budget du MINSANTE en tenant compte des priorités du PNDS | Disponibilité d’un rapport validant la clé de répartition du budget du MINSANTE dans les différents programmes | DRFP/CPP | Directions techniques,  Chefs de programme, chefs d’actions | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| **1.5: Renforcement de la performance et de l’efficience du système de santé** | Étendre graduellement le système d’achat des performances en tenant compte des résultats de l’évaluation d’impact du FBP sur le système et les services de santé | % de districts de santé ayant intégré l’approche du financement basé sur la performance (FBP) | PAISS/Comité technique PB | Banque Mondiale, DCOOP, DRF, DPS | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Elaborer les comptes nationaux de santé | Disponibilité d’un rapport sur les comptes nationaux de santé | CIS | Tous les acteurs du secteur santé |  | **X** |  | **X** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AXE STRATEGIQUE 4 :RSS** | | | | | | | | | |
|  | **Problème central de la composante :** Développement insuffisant des piliers du système de santé | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** Accroître les capacités institutionnelles de 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé | | | | | | | | | |
|  | **Indicateur traceur :** Indice Global de disponibilité des soins et services de santé | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 2 : Offre de soins et de services** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique  RSS 2**: | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, assurer la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets des services et des soins de santé selon les normes dans au moins 40% des**  **districts de santé (SSP), ainsi que dans les FOSA de 1ere ,de 2emeet de3 eme catégories (Soins spécialisés~~)~~** | | Taux d’utilisation des soins curatifs | ND |  | **25%** | **28%** | **30%** | **33%** | **35%** |  |
| Disponibilité d’une carte sanitaire actualisée |  |  |  |  | **1** |  | **1** |  |
| **Stratégie de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **2.1 : Amélioration de l’offre infrastructurelle (construction/réhabilitation/extension des structures de santé selon les normes)** | Mettre en œuvre le plan de développement validé des infrastructures sanitaires dans le secteur de la santé | Proportion de nouveau CSI construits ou réhabilité selon les normes contextualités | DEP, DOSTS | DRFP, CIS, DROS, Soc. Savantes, DLMEP, DS, DRSP | X | X | X | X | X | Le cahier de charges des instances impliquées dans la MEO est suivi et les progrès assortis de sanctions positives et négatives |
| Proportion de nouveau CMA construits ou réhabilités selon les normes contextualités |
| Proportion de nouveaux CMA devenus HD et mis aux normes contextualités |
| Disponibilité d’un programme validé de développement des infrastructures |  |  |  |  |  |  |
| **2.2 Renforcement de l’équipement des services de santé selon les normes** | Mettre en œuvre le plan d’équipements des structures sanitaires à tous les niveaux selon les besoins priorisés | Proportion des HD/CMA/CSI planifiées et équipées selon les normes | DEP, DOSTS | DRFP, CIS, DROS, Soc. Savantes, DLMEP, DS, DRSP | X | X | X | X | X | Le cahier de charges des instances impliquées dans la MEO est suivi et les progrès assortis de sanctions positives et négatives |
| Disponibilité d’un plan d’équipements des structures sanitaires |
|  | Disponibilité des actes règlementaires et normatifs régissant la création, d’organisation et le fonctionnement des FOSA |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Construire, équiper et rendre fonctionnel le centre national et les centres régionaux de transfusion sanguine | Proportion des régions ciblées disposant d’un centre régional de transfusion sanguine fonctionnel | PNTS | PNLTs, CNLS,  PTF, DPML, DLMEP, Associations de donneurs | X | X | X |  |  |  |
|  |
| **2.5 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** | Renforcer graduellement la disponibilité/accessibilité des PMA/PCA complet dans les FOSA du niveau opérationnel | pourcentage de HD disposant  d’un bloc opératoire fonctionnel | DOSTS/DLMEP | DLMEP, DRSP, SSD, FOSA, DCOOP, S. privé | X | X | X | X | X | La diversification de l’offre de santé est planifiée et son suivi intégré dans le suivi-évaluation et le système d’émulation. |
| Taux d’occupation des lits dans les hôpitaux  publics HG/HC/HR/HD[[183]](#footnote-20)) |
| **% des HD disposant d’ au moins 2 prestataires ayant reçu** une formation pour l'offre du PCA |
| % HD offrant le PCA complet [[184]](#footnote-21) |
| % des CSI/CMA offrant le PMA complet [[185]](#footnote-22) |
| Proportion de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km d’une formation sanitaire (CSI, CMA et HD) |
| Doter les centres de santé en matériel roulant | Proportion de centres de santé dotés en motos pour la réalisation des stratégies avancées | DRFP/DOSTS | DCOOP | X | X | X | X | X |  |
| Doter les établissements scolaires et universitaires des kits de premierssoins | Proportion des infirmeries scolaires / et des centres médico-universitaire qui disposent d’un kit de premier soins | MINEDUB/MINESEC/MINESUP | DLMEP  ST/CP-SSS |  | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| **Evaluer et classer les DS selon leur niveau de viabilité (Voir Annexe 1)** | Proportion des DS viabilisés | DOSTS/ST-CP-SSS | DROS |  | **X** |  | **X** |  |  |
| % des HD/CMA/CSI évalués et dont le niveau de fonctionnalité est connu |
| Disponibilité à tous les niveaux d’un document précisant les missions des pôles d’excellence hospitalière pour les hôpitaux de PUTAC et celles des hôpitaux de de 1ere et ,2ème et 3 eme catégorie |
|  | **Renforcer graduellement la viabilité des districts de santé** | Proportion de CSI/CMA/HD mis aux normes sur le plan infrastructurel | DOSTS | Tous les acteurs du secteur santé | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Proportion des CSI/CMA/HD mis aux normes sur le plan infrastructurel et équipés |
|  | Proportion de CSI/CMA/HD mis aux normes sur le plan infrastructurel, équipés et dotés d’un personnel qualifié |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AXE STRATEGIQUE 4 :RSS** | | | | | | | | | |
|  | **Problème central de la composante :** Faible développement des piliers du système de santé | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** Accroître les capacités institutionnelles de 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé | | | | | | | | | |
|  | **Indicateur traceur :** Indice Global de disponibilité des soins et services de santé[[186]](#footnote-23) | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 3 : Médicament et autres produits pharmaceutiques** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique RSS3** : | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| D’ici 2020, augmenter de 30% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation  dans tous les DS | | Proportiond’établissements de santé sans rupture de stock de plus de 15 jours d’un des 13 médicaments traceurs au cours des trois derniers mois précédant l’évaluation | **6%** | Analyse situationnelle Secteur pharma. 2008 | **40%** | **45%** | 50% | **55%** | 60% |  |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **3.1 Renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique, de la biologie médicale et de la transfusion sanguine** | Mettre en œuvre un Plan Directeur Pharmaceutique National actualisé à tous les niveaux à travers la normalisation de l’approvisionnement, l’accès et l’utilisation, Planification, Assurance qualité, Mise en oeuvre, Suivi. | Disponibilité d’un Plan Directeur Pharmaceutique National (PDP) actualisé | DPML | DPM, IGSPL, CENAME, CAPR, DRSP, SSD, FOSA, Partenaires  ANRP | X | X | X | X | X | Le cahier de charges des instances impliquées dans la MEO est suivi et les progrès assortis de sanctions positives et négatives |
| Proportiondes HD qui appliquent des directives d'utilisation rationnelle des médicaments |
| **3.1: Renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique, de la biologie médicale et de la transfusion sanguine** | Mettre en place une Autorité de Réglementation Pharmaceutique Autonome (ANRP) performante | Disponibilité d’un acte régissant la création, l’organisation et le fonctionnement d’une structure autonome de régulation, règlementation et normalisation pharmaceutique et du médicament | DPML | DPM, IGSPL, CENAME, CAPR, DRSP, SSD, FOSA, Partenaires  ANRP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser et faire fonctionner un Réseau National des Laboratoires  (RENALAB) | Disponibilité de l’Acte administratif de création et d’organisation du Réseau National des Laboratoires | DPML | IGSPL, LANACOME, CAPR, DRSP, SSD, FOSA, Partenaires  ANRP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Disponibilité des rapports annuels de transmission des données entre les laboratoires du RENALAB |
| **3.2: Renforcement des mécanismes d’assurance qualité et de la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques** | Créer dans chaque région un centre intégré de pharmacovigilance | % des lots de médicaments homologués | DPML | IGSPL, LANACOME, CENAME, CAPR, DRSP, SSD, FOSA, Partenaires  ANRP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Proportiond’établissements sanitaires accrédités pour la gestion des produits pharmaceutiques y compris des vaccins |
| Renforcer le système d’assurance qualité (infrastructures, équipements, RHS et formation) | Pourcentage des lots de produits pharmaceutiques contrôlés anté et post marketing | DPML | DEP, DRFP, DROS, DOSTS, LANACOME , CENAME, CAPR, DRSP, SSD, FOSA | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Renforcer la chaine d’approvisionnement en médicaments essentiels (infrastructures, équipements, logistique, RHS et formation) | Proportion de régions disposant d’une centrale d’approvisionnement en médicaments essentiels | DPML | CENAME  CAPR, DRSP, DS, FOSA | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| **3.3: Promotion de l’usage rationnel des médicaments de qualité** | Renforcer la gestion des médicaments dans les structures sanitaires (formation à la gestion rationnelle des stocks, suivi informatisé des stocks…) | Nombre moyen de jours de rupture de stock de médicaments traceurs dans les FOSA au cours du mois | DPML | DEP, Inspection Générale, CENAME, CAPR, Programmes, DRSP, SSD, FOSA | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Les personnes en charge de la gestion s’approprient les objectifs logistiques |
| Mettre en œuvre une stratégie de Communication pour la prescription et l’utilisation des médicaments essentiels génériques | Proportion des HD et assimilésdont au moins 80% de prestataires prescrivent les médicaments génériques en priorité | DPML, CIS | DPML, DPS, IGSPL, Cell Com, DRSP, SSD, FOSA, OSC/OBC, ASC, MINCOM, DLMEP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | La stratégie de C4D repose sur l’évidence, la planification rationnelle, la formation et le suivi formatif des communicateurs |
| **3.3: Promotion de l’usage rationnel des médicaments de qualité** | Créer un centre de veille stratégique et d’Intelligence dans la perspective de l’industrialisation de deuxième génération du secteur du médicament et de la pharmacie | Disponibilité d’un acte régissant la création, d’un centre de veille stratégique et d’Intelligence du secteur du médicament et de l’industrie pharmaceutique. | ST/CP-SSS | DPML, MINMIDT, MINRESI | **X** | **X** | **X** |  |  |  |
| Intensifier la lutte contre l’utilisation des médicaments illicites (médicaments de la rue, contrefaits et les laboratoires illégaux etc) | Proportion des DRSP disposant d’une plateforme multisectorielle de lutte contre les médicaments illicites | DPML | DRSP, DS, MINCOMERCE, CENAME, OSC, sociétés savantes, Ordre des pharmaciens | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
|  | Proportion des DRSP ayant organisés annuellement des opérations de  saisies et destruction des  médicaments illicites | DPML | DRSP, DS, MINCOMERCE, CENAME, OSC, sociétés savantes, Ordre des pharmaciens | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |
|  |  | Proportion des laboratoires  d'analyses médicales illégales |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AXE STRATEGIQUE 4 :RSS** | | | | | | | | | |
|  | **Problème central de la composante :** Faible développement des piliers du système de santé | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** Accroître les capacités institutionnelles de 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé | | | | | | | | | |
|  | **Indicateur traceur :** Indice Global de disponibilité des soins et services de santé | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 4: Ressources humaines en santé** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique RSS4** : | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, augmenter d’au moins 25% la disponibilité des RHS de qualité dans les structures sanitaires ciblés (Districts de santé à fort potentiel de développement, DRSP des régions septentrionales)** | | Proportion des CMA/HD/DS ciblés, dotés d’au moins 50 % de ressources humaines qualifiées | 40% | Rapports annuels mise en œuvre PDRH, Recensement RHS2013 | **42%** | **43%** | **45%** | **48%** | **50%** | **Recrutement, déploiement et maintien au poste des personnels dans les zones ciblées** |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| 4.1 Dotation des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité) | Renforcer les capacités managériales des responsables des structures techniques du niveau central, des HG/HC/HR/des DS et des responsables des DS à fort potentiel de développement[[187]](#footnote-24) | Proportion de gestionnaires de structures sanitaires ciblées par niveau de la pyramide sanitaire et formés en planification, supervision, coordination, Suivi évaluation, audits/contrôles, recherche opérationnelle et procédures budgétaires | ST/CP-SSS  DRH | Toutes les directions techniques, Tous les programmes prioritaires | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
|  | Recruter les RHS dans les domaines prioritaires suivants (sages- femmes, psychiatrie, urgentistes, préposés de morgue etc.) | Proportion des CMA/HD/HR disposant d’au moins une sage-femme | DRH | DCOOP, DPS, DLMEP, Programmesprioritaires, PTF, ST/CP-SSS | X | X | X | X | X | Un plan de recrutement et de déploiement rationnel estélaboré  un plaidoyer auprès du MINIFI est effectué et les ressources allouées |
| Déployer rationnellement le personnel recruté ou en service dans les structures sanitaires en tenant compte les ressources du secteur privé | Proportion des HD  respectant les normes minimales en  personneltechniques[[188]](#footnote-25) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DRH | DCOOP, DPS, DLMEP, Programmes, PTF, ST/CP-SSS, DRSP, DS | X | X | X | X | X |  |
| Renforcer les capacités des RHS en cours d’emploi dans les domaines prioritaires répertoriés : santé mentale, santé maternelle et infantile médecine et chirurgie d’urgenceetc.) | Couverture des besoins en formation continue | DRH | DLMP, ST/CP-SSS, DCOOP, DRSP, DS | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Un plan de renforcement des capacités des RHS est élaboré et mis en œuvre  Accroissement dans ressources financières allouées à la formation |
|  | % de jeunes médecins avec au plus deux ans d’expérience et ayant bénéficié d’au-moins une formation continue dans les domaines prioritaires répertoriés ur site |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.2 : Amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines** | Définir et suivre le profil de carrière des RHS au moyen de la généralisation de l’informatisation (SIGIPES central et régional) | Proportion de DRSP disposant d’un outil informatique de suivi des profils de carrière | DRH | ST/CP-SSSDirections Techniques IGSMP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Les indicateurs et procédures de suivi de la carrière des personnels sont intégrés dans les outils de supervision intégrée |
| Assurer l’évaluation continue des pratiques professionnelles | Proportion des structures sanitaires par niveau de la pyramide sanitaire dont les pratiques professionnelles ont été évaluées annuellement | Inspections générales | DRH  Toutes les Structures sanitaires | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Renforcer la mise en œuvre du plan de motivation des RHS à travers  les stratégies suivantes : (i) évaluation des performances puis récompenses, (ii) fidélisation des RHS au poste de travail dans les zones d’accès difficile | Indice de satisfaction des RHS | DRH | DPS, DRFP, PAISS, DRSP, DS, FOSA | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Effectivité d’une extension significative du PBF, fiabilité des évaluations de performance |
| Proportion de CSI/CMA/HD difficile d’accès, mais disposant d’au moins 50% de RHS en poste depuis 3 ans. |
|  | Disponibilité d'une stratégie de motivation du personnel validée |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE 4 :RSS** | | | | | | | | | | |
|  | **Problème central de la composante :** Faible développement des piliers du système de santé | | | | | | | | | |
|  | **Objectif stratégique :** Accroître les capacités institutionnelles de 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé | | | | | | | | | |
|  | **Indicateur traceur :** Indice Global de disponibilité des soins et services de santé | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 5 : Information sanitaire et recherche en santé** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique RSS5** : | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **D’ici 2020, assurer le développementde 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** | | Taux de complétude des RMA | **0%** | **SNIS** | **40%** | **45%** | **50%** | **55%** | **60%** |  |
| % de projets autorisés et dont les résultats ont été publiés dans les revues scientifiques | ND | Rapports annuels ST/SSS , SNIS | **40%** | **45%** | **50%** | **55%** | **60%** |  |
| **Stratégie de mise en œuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| 5.1: Renforcement du système national d’informations sanitaires | Mettre en place les outils uniformisés de collecte, ~~transmission et traitement~~ des données sanitaires à tous les niveaux. | proportion de HG/HC/HR/HD/CMA /CSI disposant des outils validés de collecte et de synthèse de informations sanitaires | ONSP/CIS | ST/SSS, COPIL, DEP | X | X | X | X | X | Le système des données du SNIS est informatisé,  Le renseignement, la consultation et la vérification se font en temps réel. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.3 : Amélioration de l’utilisation des données sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux** | Renforcer les capacités des gestionnaires de données à l’utilisation des outils du SNIS (registres, RMA, DHIS2) à tous les niveaux | Proportion de Districts/Région ayant rapporté au moins 80% des données fiables ou valides. | CIS/ ONSP | ST/CP-SSS, DEP | x |  | x |  |  | Les outils du SNIS sont actualisés et vulgarisés à tous les niveaux de la pyramide |
| Taux de promptitude et de complétude des MAPE PM |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.1 : Renforcement du système national d’informations sanitaires | Mettre en place les équipements nécessaires pour la collecte automatisée des données sanitaires dans toutes les FOSA. | Proportion de HG/HC/HR/HD/CMA /CSI par niveau de la pyramide disposant d’un outil de collecte informatisée des données sanitaires | CIS/ONSP | DRSP  FOSA  DS  ST/CP-SSS | X | X | X | X | X |  |
| Mener des enquêtes de bases pour le suivi-évaluation du PNDS et de la SSS | Proportion d’enquêtes de base réalisées | ST/CP-SSS  DEP | DROS  CIS  ONSP | **X** | **X** |  |  |  |  |
| **5.2 : Renforcement de la recherche en santé** | Renforcer les capacités des responsables des niveaux déconcentrés dans le domaine de la recherche en santé | Proportion des responsables des DRSP/DS /HR/HD formés en recherche en santé  . | DROS | DRSP  DS | X | X | X | X | X | Disponibilité des ressources est assurée |
| Mettre en place un fonds de soutien à la recherche facilement mobilisable et orienté vers le système de santé | Proportion du budget du MINSANTE alloué au financement de la recherche sur les systèmes de santé | DROS | Comité National d’Ethique, DAJC, CDBPSH, CIRCB, CPC | X | X | X | X | X | La supervision des études est effective |
| Proportion des projets réalisés au niveau déconcentré |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AXE STRATEGIQUE 5 : GOUVERNANCE & PILOTAGE STRATEGIQUE** | | | | | | | | | | |
| PROBLEME CENTRAL : performances insuffisantes du système de santé | | | | | | | | | | |
| **Objectif stratégique : Accroitre la performance globale du système de santé** | | | | | | | | | | |
| **INDICATEURS TRACEURS** :- Taux de réalisation des objectifs du PNDS | | | | | | | | | | |
| **Sous axe stratégique 1 : Gouvernance** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique  GP1**: | | **Indicateur traceur** | **Référence** | **Source** | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers le renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité d’ici 2020 dans 80% des FOSA** | | XXX | ND |  |  |  |  |  |  |  |
| **Stratégie de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurs traceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **1.1 : Renforcement du cadre législatif et règlementaire du secteur** | Renforcer le cadre juridique pour guider la mise en œuvre de la réponse santé tant au niveau institutionnel que communautaire | Proportion des structures sanitaires dont le personnel applique les pratiques professionnelles essentielles | DAJC, DOSTS,DCOOP, MINJUSTICE, DRSP, CDS | Inspections Générales, ST/CP-SSS, DOSTS,ANOR, DPS, Soc. Savantes, Dir. Tech., IGSMP, DROS, COMITE D’ETHIQUE | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Le COPIL émet et suit des recommandation et mesures contraignantes sur la normalisation |
|  | Disponibilité à tous les niveaux du document de code de déontologie et des textes relatifs à l’exercice des professions médicales et para médicales actualisés |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Disponibilité d'un texte juridique/règlementaire actualisé régissant la participation communautaire |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Disponibilité d'un texte juridique/règlementaire actualisé régissant l’organisation et le fonctionnement des hôpitaux |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Renforcer la démarche qualité par l’accréditation des FOSA publiques et privées | **Proportion de HD accrédités (ayant mis en place un système d'assurance qualité de soins et des services de santé)[[189]](#footnote-26)** | Inspection Générale | ST/CP-SSS, DOSTS, DEP, DPS, Soc. Savantes,  COMITE D’ETHIQUE | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Le suivi et les sanctions positives et négatives sont effectifs |
|  | **Disponibilité des critères d’accréditation des HD** | DOSTS  ST/CP-SSS | ST/CP-SSS, DEP, DPS, Soc. Savantes, |  |  |  |  |  |  |
|  | Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du  cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée connu |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | % des CMA/HD dispensant les soins et services de santé conformément aux protocoles des soins |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.2 : Amélioration de la transparence et de la redevabilité** | Renforcer la gouvernance dans les formations sanitaires | Indice de satisfaction des prestataires de soins | IGSA | CONAC, CONSUPE, DGRE  ISGPL, IGSMP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Indice de satisfaction des bénéficiaires |
| Mettre en place à tous les niveaux des mécanismes pour le contrôle social | Proportion des HD dont la gestion financière a bénéficié d’un contrôle interne par les membres de COGEH | Inspections Générales /ST-CP-SSS | Cellule de la communication  CONAC, CONSUPE, DGRE  Tous les Gestionnaires | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Organiser les contrôles/audits internes et externes pour garantir la gestion des ressources et des activités selon les normes et procédures en vigueur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire |  | Inspections Générales  /ST-CP-SSS | Cellule de communication  Tous les gestionnaires  CONAC, CONSUPE, DGRE | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Proportion des HG/HC/HR/HD ayant bénéficié d’un audit externe (Contrôle) au cours de l’année |
| **1.1 : Renforcement du cadre législatif et règlementaire du secteur** | Elaborer et diffuser les protocoles et documents de normes dans les  Domaines ciblés(santé mentale, SONEU, SAA, etc.) | Proportion de HD qui disposent et utilisent les protocoles et documents de normes pour la prise en charge des cas dans les domaines ciblés identifiés (santé mentale, SONEU, SAA, etc.) | DOSTS | Responsables des FOSA ;  Sociétés Savantes ;  Cellule de communication |  | **X** |  |  |  |  |
| **1.2 : Amélioration de la transparence et de la redevabilité** | Développer la culture de reddition des comptes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir la transparence dans la gestion des ressources | Proportion des HG/HC/HR/HD ayant transmis en fin d’année à leur hiérarchie leurs rapports financier et comptable validés par les parties prenantes de la structure sanitaire | Inspections Générales  /ST-CP-SSS | Cellule de communication  Tous les gestionnaires  CONAC, CONSUPE, DGRE  Tous les gestionnaires | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Instaurer et pérenniser les Initiatives à Résultats Rapides (IRR) dans tous les hôpitaux de 1ère, 2ème, 3ème, et 4ème catégories | Proportion de formations sanitaires de 1ère, 2ème, 3ème, et 4ème catégories qui mettent en œuvre les IRR | Inspections Générales  /ST-CP-SSS | Cellule de communication  Tous les gestionnaires  CONAC, CONSUPE, DGRE  Tous les gestionnaires | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sous axe stratégique 2 : Pilotage stratégique** | | | | | | | | | | |
| **Objectif spécifique GP2** : | | **Indicateurtraceur** | **Référence** | **Source** |  | | | | |  |
| **D’ici 2020, renforcer la planification, la supervision et la coordination des interventions avec toutes les parties prenantes, ainsi que la veille stratégique et sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans 80% des DS** | | **Période** | | | | | **Conditions de réussite** |
| **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| Taux de réalisation des missions de supervisions intégrées à tous les niveaux | ND | *Rapport ST/CP-SSS 2015*  *Rapport DEP*  *2015* | **20%** | **25%** | **30%** | **40%** | **50%** |  |
| **Stratégies de mise en oeuvre** | **Interventions** | **Indicateurstraceurs** | **Responsables** | **Concernés** |  |  |  |  |  |  |
| **2.1 : Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique** | Développer/ actualiser les plans d’action thématiques arrimés au PNDS (plan SRMNEA, Plans des RHS, PEV, PNLP etc ) et leur plans de S/E | Proportion de plans de travail thématiques élaborés /actualisés et qui sont arrimés au PNDS | CPP  ST/CP-SSS | Responsables des programmes prioritaires | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Proportion des responsables des structures sanitaires et des programmes de santé formés dans le processus gestionnaire |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Appuyer les DS/DRSP à l’élaboration des plans annuels et pluriannuels consolidés | Proportiondes DS et des DRSP disposant des plans annuels et pluriannuels actualisés et arrimés au PNDS | CPP  ST/CP-SSS | Responsables des programmes prioritaires |  |  |  |  |  |  |
| Elaborer et mettre en œuvre le document de politique de santé pénitentiaire | Disponibilité du document de politique de santé pénitentiaire |  |  |  | X |  |  |  |  |
| Rendre fonctionnel le dispositif de pilotage, de coordination et de suivi de la MEO du PNDS | Existence d’un texte créant les démembrements du comité de pilotage multisectoriel et de S/E du PNDS au niveau déconcentré et précisant leurs missions et leurs attributions. | ST/CP-SSS | Tous les responsables de programmes  PTFS  Ministères partenaires  CPP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |
| Proportion de DS ayant produit un rapport annuel de mise en œuvre de leur PTA et ayant organisées au moins 3 réunions de coordination et de S/E de ce PTA |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux d'exécution des décisions/ recommandation des réunions du comité de de pilotage de la SSS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser trimestriellement à tous les niveaux en y intégrant le sous-secteur privé les réunions de coordination et de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020 et d’analyses de progrès et de performances des structures sanitaires | % des régions disposant d’un tableau de bord pour le S/E du PNDS | ST/CP-SSS | Cellule de suivi Dir. Tech. MINEPAT ;  SG ;  CPP | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | Le cadre institutionnel de la mise en œuvre du PNDS est fonctionnel |
|  | Proportion des DS /DRSP ayant produit semestriellement un rapport de progrès et performances validé par les acteurs clefs |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | % des DRSP ayant organisées au moins 3 réunions de coordination par an |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Organiser les revues sectorielles du PNDS 2016-2020 à tous les niveaux en y intégrant le sous-secteur privé | Taux de réalisation des révues sectorieles |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| Faire une évaluation à mi-parcours du Plan de Suivi Evaluationà mi-parcours et finale de la MEO du PNDS | Disponibilité d’un rapport d’évaluation à mi parcours et d’évaluation finale du PNDS |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Editer, vulgariser et disséminer les résultats des revues et des évaluations à toutes les parties prenantes (OSC, PTF secteur privé, sociétés savantes, ordres professionnels structures du MINSANTE et des ministères partenaires ) | Proportion des DRSP disposant d’un rapport de revue/et d’évaluation du PNDS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.2** Renforcement du dispositif de Veille stratégique | Rendre fonctionnel et mettre en réseau les structures de pilotage du secteur santé (ONSP, ST/CP-SSS ...) | Nombre de rapports contenant des informations à caractère stratégique produit et disséminé par an | ST/CP-SSS  CPP | CIS, DLMEP  DOSTS, ONSP | X | X |  |  |  |  |
| **2.4 Renforcement du partenariat national** | Renforcer le partenariat avec les acteurs privés, la société civile et les acteurs communautaires : | Proportion des districts dans lesquelles les OSC et OBC affiliées à la plateforme régionale des OSC mettent en œuvre des interventions communautaires | DCOOP | DRF ; DEP ; ST/CP-SSS ; | x | x | x | x | x | Le mécanisme d’appui aux acteurs du privé et de la communauté est pérenne |
| Nombre de conventions signées et respectées entre le MSP et les OSC puis entre le MINSANTE et les FOSA du sous secteur privé; |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.5** Amélioration de l’alignement et de l’harmonisation des interventions des PTFs | Développer et mettre en œuvre un compact national autour de la stratégie sectorielle de la santé ( validation d’un document de plateforme nationale de dialogue politique) | Existence d’un compact national ratifié par les acteurs du secteur santé y compris les PTFs | DCOOP | PTF, ST/CP-SSS, DAJC | X | X | X |  |  |  |

# Troisième partie : Cadre de mise en œuvre et de suivi et évaluation

# **Chapitre 6 : Cadre de Mise en œuvre**

### **Cadre Institutionnel de mise en œuvre**

Conformément aux orientations du Gouvernement camerounais, le PNDS 2016-2020 sera mis en œuvre dans un environnement juridique caractérisé par l’entrée en vigueur de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État. Cette loiqui est entrée en vigueur en 2013 institutionnalise une budgétisation basée sur les programmes avec des objectifs clairs à atteindre. Ce budget-programme basé sur les objectifs précis à atteindre au bout d'une période donnée est un outil de gestion et de planification qui privilégie la performance et permettra d’accroitre l'utilisation efficace et équitable des ressources publiques. Dans un contexte aux ressources limitées, le passage d’une logique de moyens, à une logique de performance basée sur l’efficacité et l’efficience permettrad’atteindre plus efficacement les résultats projetés dans le PNDS.

Dans cette logique de performance, les rôles et responsabilités des différentes structures et parties prenante à tous les niveaux,seront brièvement présentés ci-dessous,puis précisés dans un manuel de procédures.

### **Niveau national**

Au niveau national, le MINEPAT est la structure de référence des planifications stratégiques des secteurs y compris celui de la Santé. A ce titre, il est chargé d’assurer la collaboration intersectorielle, ainsi que le suivi de la mise en œuvre du DSCE tout en garantissant la cohérence des stratégies sectorielles et thématiques.Le MINEPAT assurera aussi la mobilisation des ressources en faveur de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS et un mémorandum d’entente sera signé avec chaque partie prenante pour confirmer les engagements des uns et des autres dans le financement du PNDS et de la SSS.

### **Niveau central**

Le niveau Central sera chargé entre autres  : de l’élaboration des concepts, de l’appui technique aux structures sanitaires du niveau déconcentré dans le domaine de la planification stratégique,de la coordination, du suivi évaluation du PNDS, de la mobilisation et de l’affectation des ressources,ainsi que de la régulation , de la normalisation . Il renforcera le plaidoyer en faveur d’une augmentation du budget alloué à la santé et poursuivra la mise en place desréformes indispensables à l’atteinte des objectifs projetés dans la SSS et le PNDS. Il veillera aussi au renforcement du partenariat avec la société civile et le sous-secteur privé ainsi qu’à leur participation à l’exécution des actions du PNDS d’une part, puis à l’élaboration/actualisation des textes légaux, réglementaires tout assurant l’encadrement technique des DRSP.

Ces missions seront exécutées par :

* **Le Cabinet du Ministre de la Santé Publique,** chargé de la coordination de la mise en œuvre de la SSS et du Pilotage du secteur. Il est responsable devant le Gouvernement de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ;
* **Le Secrétariat Général du MINSANTE,** chargé de la coordination générale et du suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ;

**Le Comité de Pilotage pour le suivi et la mise en œuvre de la SSS, chargé notamment** : de la coordination stratégique et technique du PNDS2016-2020 et de son suivi évaluation surtout des relations entre le MINSANTEet (i) les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) (ii) les autres départements ministériels impliqués dans la mise en œuvre et le S/E du PNDS. Il sera aussi chargé de l’appui technique à l’élaboration et au suivi de la mise en œuvre des Plans de travail annuels et pluriannuels des plans de travail des DS et des DRSP , tout en veillant à leur bon arrimage au PNDS .Il veillera aussi à ce que les ressources du secteur en particulier celles MINSANTE soient alignées sur les priorités. Pour réussir la multisectorialité et atteindre les objectifs projetés , il est proposé de mettre en place des cadres de concertation et de coordination des acteurs du système desanté à tous les niveaux .

### **Niveau intermédiaire**

Au niveau intermédiaire, la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 sera pilotée par les principales institutions / entités suivantes : les délégations régionales de la santé et les structures déconcentrées des ministères partenaires.

Les 10 délégations régionales seront chargées de: (i) Apporter un appui technique aux 189 districts de santé, structures sanitaires publiques et privées, ONG, associations, OSC/OBC impliquées dans l’exécution du PNDS 2016-2020 ; (ii) Assurer le suivi etl’évaluation de l’exécution du PNDS et collaborer avec les structures de l’administration centrale du MINSANTE pour plus d’efficacité..

LeDRSP veilleront à la mise en place du processus de viabilisation des DS et à l’amélioration progressive des couvertures d’interventions mises en œuvre dans les DS. Elles veilleront aussi au renforcement des capacités techniques et gestionnaires des équipes cadres du district et à la mobilisation des ressources pour les DS (Personnel, ressources financières )et assureront la promotion de la recherche opérationnelle dans le DS.

### **Niveau opérationnel**

Au niveau opérationnel, le PNDS sera mis en œuvre dans les 189 districts de santéet dans toutes les formations sanitaires de ce niveau de la pyramide qui délivrent les prestations des services et des soins de santé ( 68% dans le sous-secteur public , 21% dans le sous-secteur privé à but lucratif et 11% dans le sous-secteur privé à but non lucratif) [[190]](#footnote-27).

Par ailleurs, à chaque niveau de la pyramide correspond une structure de dialogue qui jouera le rôle d’interface entre les bénéficiaires des services et soins de santé et les structures sanitaires ( voir tableau NO XXXX ci-dessous).

Tableau 8: Cadre de mise en œuvre

| **Niveau** | **Responsables** | **Rôles** | **Structures de soins** | **Structures de dialogue** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Central | Ministre, Secrétaire Général, Directeurs Techniques et de Programmes prioritaires,  ST-SSS | - Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies  - Coordination  - Régulation  -Elaboration de SSS/PNDS ; -S&E de la MEO du PNDS | 7 Hôpitaux nationaux :  Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, CENAME,CPC,  CHRACERH, LANACOME,CIRCB,ONSP) | Conseil national de la santé, d’hygiène et des Affaires Sociales |
| Intermédiaire | 10 Déléguésrégionaux de santé | Appui technique aux Districts de santé  Elaboration de PPA/PTA- Suivi | 11 Hôpitaux régionaux et assimilés ; 10 Centres d’Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux | Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé |
| 10 Gouverneurs | Coordination du comité de pilotage régional de la MEO du PNDS |  |
| Périphérique | 179 Chefs de Districts de Santé  CTD | Mise en œuvre des interventions du PNDS  Elaboration de PTA/PPA - Suivi | - 173 Hôpitaux de District  -- 159 CMA; - 1952CSI, - 470 CS privés confessionnels ; 760 FOSA privées - lucratif | COSADI; COGEDI  COSA; COGEH |

Pour une mise en œuvre efficace du PNDS, il sera nécessaire de renforcer le plaidoyer pour lerecrutement et redéploiement équitable des personnels.

### **Planification opérationnelle du PNDS**

Le PNDS 2016-2020 sera mis en œuvre à travers des plans opérationnels à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique). Au niveau central, les Directions techniques, les Institutions spécialisées, les Hôpitaux nationaux, et les Programmes prioritaires devront disposer de plans stratégiques et/ou des plans de travail pluriannuels ou annuels alignés sur le PNDS 2016-2020. Les Délégations Régionales élaboreront lesPlansRégionauxConsolidésdeDéveloppement Sanitaire (PRCDS) et devront aussi s’assurer que chaque District Sanitaire élabore un PDSD et un plan de travail annuel. Cette planification opérationnelle utilisera des outils de planification simplifiés fournis par la DEP et le Secrétariat Technique du comité de pilotage de la SSS.

### **Mécanismes de Coordination**

La coordination de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 devra contribuer à une implémentation optimale des interventions planifiéesà tous les niveaux. Aussi, des mécanismes y relatifs seront-ils mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris un manuel de procédures. Au niveau central, le dispositif de coordination comporte les organes et rôles respectifs indiqués dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10: Organes de coordination de la mise en œuvre du PNDS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Organes | Composition | Rôle/Fréquence de l’action |
| Comité de Pilotage du Secteur Santé | * **Président** : Ministre de la Santé Publique, * **Vice-président** : MINEPAT, * **Membres** : MINDEF, MINJUSTICE, MINTSS, MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINJEC, MINCOM, MINFI, DGSN, Coordonnateur de l’unité de coordination des programmes de santé d’urgence, Président des ordres des Médecins, et des Pharmaciens, Représentants du GICAM, des CVUC et des OSC. | Pilotage et suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS  Rencontressemestrielles |
| Comité Technique de suivi : | **Président** : SG MINSANTE  **Membres** : SG des départements ministériels et administrations membres du Comité de pilotage, DG INS, de PTF, Coordonnateur du secrétariat technique du comité de pilotage.  Experts associés: Santé Publique, Suivi/évaluation, Planification, Informatique | Coordination stratégique des interventions menées dans le secteur :   * Animation, coordination des interventions * Validation technique des documents de planification et rapports de performances de la SSS présentés par le Secrétariat Technique avant transmission au Comité de Pilotage. * Suivi aspects transversaux aux différents départements ministériels * Rencontres semestrielles |
| Secrétariat technique | Coordonnateur : MINSANTE  Membres: MINEPAT, Représentants des comités internes PPBS des départements ministériels membres du Comité de Pilotage ; (ii) des experts statisticiens ; (iii) des experts en santé publique ; (iv) des secrétaires techniques des autres sous-comités multisectoriels ; (v) des experts en planification, suivi-/évaluation et en informatique, (vi) des experts en économie de la santé. | Coordination opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS :  -Animation et coordination opérationnelle du dispositif de suivi-évaluation et de revue de la SSS.  (i) suivi trimestriel des interventions (actions et programmes) exécutées par les administrations du secteur de la santé, (ii)évaluation trimestrielle/annuelle du niveau d’atteinte des résultats par axe stratégique des programmes/actions, (iii) évaluation à mi-parcours et finale de la SSS ; (iv) élaboration d’une nouvelle SSS ; (v)appui stratégique et logistique au fonctionnement des groupes thématiques et des sous-comité multisectoriels.  Rencontres semestrielles |
| Comitésrégionaux de coordination | * **Président** : Gouverneur * **Vice-président** : Délégué regional MINEPAT * **Secrétariat Technique**: DRSP,   **Membres** : MINDEF, DGSN, MINJUSTICE, MINTSS, MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINJEC, MINCOM, MINFI, DGSN, Représentant du Fonds ;  Coordonnateur de l’unité de coordination des programmes de santé d’urgence, Président des ordres des Médecins, et des Pharmaciens, Représentants du GICAM, des CVUC et des OSC. | Pilotage et suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS au niveau régional  Rencontressemestrielles |

Au niveau des régions, un comité de coordination du secteur santé, comprenant la DRSP, les PTF/ONG/OSC présents dans la région etprésidé par le Gouverneur, sera mis en place pour assurer la coordination de toutes les interventions.

Tous les autres sous-comités thématiques multisectoriels existants seront intégrés dans le comité de coordination régional. La DRSP assurera le secrétariat technique dudit comité. Les comités de pilotage régionaux se réuniront trimestriellement.

Au niveau opérationnel, le DS constituera le site de mise en œuvre du PNDS.

# **Chapitre 7 : Cadre de Suivi-Evaluation**

L’évaluation de la SSS échue 2001-2015 a révélé que le suivi et évaluation de cette stratégie a été l’une des faiblesses observes dans la mise oeure de cette SSS /PNDS et certaines performances insufisantes enregistrées dans l’exécution des activités du PNDS s’expliquaient pr ce suivi insuffisant.

Les réunions de coordination des régions et districts, et la revue annuelle etc qui sont les cadres institutionnels de suivi évaluation étaient faiblement éxécutés.

Un plan de suivi & évaluation du PNDS sera donc élaboré séparement au début de la mise en oeuvre de ce PNDS pour pallier à cette insuffisance . Celui-ci comportera : des indicateurs d’intrants, de processus, d’effets et d’impact qui permettront d’apprécier les niveaux d’exécution des activités et de réalisation des résultats du PNDS .

Le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 sera réalisé à travers la supervision, l’exploitation des données de routine, les études, les audits , les révues et les réunions de coordination etc.

# Quatrième partie : Cadre budgétaire

# **Chapitre 8. Financement du PNDS 2016-2020**

Ce chapitre présente les prévisions de financement pour la mise en œuvre du PNDS 2016-2020: (i) le cadrage budgétaire des cinq prochaines années, (ii) les coûts prévisionnels du PNDS 2016-2020, (iii) l’analyse des gaps de financement et (iv) les stratégies de viabilisation financière.

### **Cadrage budgétaire**

Les projections de financement ont été réalisées sur la base des documents d’engagement stratégiques nationaux existants. D’une part, le DSCE projette un flux de financement continu et croissant de la santé pour le MINSANTE et des ministères partenaires entre 2016 et 2020. D’autre part, on prévoit une baisse des ressources extérieures traduisant le désengagement possible de certains partenaires multilatéraux avec l’appui des partenaires bilatéraux maintenu jusqu’en 2020. On note une baisse prévisionnelle des ressources dans le secteur santé à partir de 2019 traduisant la fin du plan d’urgence triennal (tableau 13).

Tableau 13 : Projections de financement 2016 - 2020 (en millions de FCFA)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PERIODE 2016 -2020** | | | | | **TOTAL 2016-2020** |
| **ANNEE** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| MINSANTE(CBMT) | 143,6 | 179,4 | 200,9 | 227,0 | 256,5 | 1 007,6 |
| MINISTERES APPARENTES | 15,4 | 14,3 | 14,1 | 15,1 | 15,5 | 74,5 |
| PARTENAIRES MULTILATERAUX (GLOBAL FUND, GAVI, BM, OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, HKI, SABIN VACCINE) | 93,4 | 98,6 | 108,4 | 62,9 | 62,9 | 363,2 |
| PARTENAIRES BILATERAUX (Etats Unis, Allemagne, France) | 12,4 | 12,4 | 11,6 | 11,6 | 11,6 | 59,6 |
| PLAN D'URGENCE(PUTAC) | 41,0 | 50,0 | 59,0 |  |  | 150,0 |
| **FONDS PREVISIONNELS** | **306,0** | **354,7** | **394,0** | **316,6** | **346,5** | **1 717,8** |

Source : Cadrage budgétaire SSS 2016-2027



### **Coûts prévisionnels du PNDS 2016-2020**

### **Hypothèses d’estimation**

L’estimation des besoins réels de financement de la santé a été réalisée avec l’outil *One Health* sur la même base méthodologique que la Stratégie Sectorielle 2016-2027. Cet outil permet l'estimation des coûts des interventions dans le domaine de la santé, sur la base des cibles fixées et intègre l'analyse des goulots d’étranglements et la budgétisation des actions correctrices, ce qui permet d’avoir une estimation holistique des besoins de financement de la santé. Cette estimation des coûts est basée sur les données programmatiques et cibles existantes en 2015 et dispose d’une base de donnée dynamique qui permettra de faire des ajustements si besoin est au cours de la période d’implémentation.

### **Analyse du coût prévisionnel**

Le coût prévisionnel global de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 a été estimé à **2 135,7 milliards FCFA** sur la période de cinq ans, soit un coût moyen annuel de 417 milliards FCFA. De manière générale, on note un besoin croissant en financement de la santé sur la période 2016-2020.

1. **Coût prévisionnel par composante et sous composante**

Conformément aux orientations de la stratégie et aux priorités du PNDS, le renforcement du système de santé prendra une part importante des ressources. Du fait de cette priorisation, la part des ressources allouées à cette composante est de 50% (figure 3). Cela s’explique par le fait que cette composante regroupe l’ensemble des piliers majeurs du système de santé : les infrastructures de santé, les médicaments, les ressources humaines, le financement de la santé et le système d’information sanitaire. Cette composante est capitale pour faire face à l’accroissement de la demande des services et soins de santé et à l’amélioration de l’accessibilité géographique et financière aux soins de santé de qualité (tableau 26).

Figure 3 : Répartition globale des coûts du PNDS 2016-2020 par composante. *Source : analyse One Health Tool*

La composante relative à la prise en charge des cas, dispose de 22% du budget du PNDS. Cela se justifie par le fait que cette composante regroupe entre autre la prise en charge des différentes pathologies (diagnostic et traitement) : maladies transmissibles et non transmissibles, interventions à haut impact pour la santé maternelle, néonatale, infantile et de l’adolescent, etc. La composante promotion de la santé quant-à-elle représente 8% des ressources projetées. Un tel niveau de financement permettra de corriger le déficit de financement de la promotion relevé dans le chapitre état des lieux comme un goulot d’étranglement pour l’amélioration de la santé des populations. Enfin, la composante prévention de la maladie représente 14% des ressources projetées et la composante pilotage stratégique et gouvernance 6% des dites ressources.

Tableau 14: Décomposition des coûts du PNDS par composantes sous composante sur la période 2016-2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COMPOSANTE | SOUS-COMPOSANTE | COUTS TOTAL EN FCFA |
| Composante 1  Promotion de la santé | * 1. Capacités institutionnelles, communautaire et coordination pour la promotion de la santé | 19,5 |
| 1.2.Cadre de vie des populations | 42,7 |
| 1.3.Renforcement des aptitudes favorables à la santé | 35,1 |
| 1.4.Pratiques familiales essentielles et planification familiale, promotion de la santé de l’adolescent et soins après avortement | 22,5 |
| **Total Composante 1** | 119,9 |
| Composante 2 Prévention de la maladie | 2.1.Prevention des maladies transmissibles | 127,9 |
| 2.2. MAPE et évènements de santé publique surveillance et réponse aux maladies a potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de sante publique | 38,8 |
| 2.3.SRMNEA/PTME | 22,0 |
| 2.4.Prévention des maladies non transmissibles | 12,0 |
| **Total Composante 2** | 200,2 |
| Composante 3 Prise en charge des cas | 3.1. Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles | 337,5 |
| 3.2.Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et adolescents | 99,2 |
| 3.3.Urgences, catastrophe et crises humanitaires | 1,0 |
| 3.4.Prise en charge du handicap | 1,2 |
| **Total Composante 3** | 438,1 |
| Composante 4 Renforcement du système de santé | 4.1.Financement de la santé | 84,0 |
| 4.2.Offre de services et de soins | 361,2 |
| 4.3.Médicaments et autres produits pharmaceutiques | 204,6 |
| 4.4.Ressources humaines en santé | 603,9 |
| 4.5.Information sanitaire et recherche en santé | 2,4 |
| **Total Composante 4** | 1 256,1 |
| Composante 5 Pilotage stratégique et Gouvernance | 5.1. Gouvernance | 60,0 |
| 5.2. Pilotage stratégique | 60,7 |
| **Total Composante 5** | 120,7 |
| COUT TOTAL DU PNDS 2016-2020 | | 2 135,7 |

1. **Cout prévisionnel par année**

Le tableau 15 et la figure 4 ci-dessous présente la répartition et l’évolution des parts de chaque composante dans l’enveloppe totale.

Tableau 15 : Répartition annuelle des couts du PNDS 2016-2020 par composante. *Source : analyse One Health Tool*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| Promotion de la santé | 7% | 8% | 7% | 8% | 9% |
| Prévention de la maladie | 15% | 13% | 15% | 14% | 14% |
| Prise en charge des cas | 18% | 21% | 22% | 23% | 25% |
| Renforcement du système de sante | 54% | 52% | 50% | 49% | 47% |
| Gouvernance et pilotage stratégique | 6% | 6% | 6% | 6% | 6% |

Figure 4 : Evolution des couts du PNDS 2016-2020 par composante. *Source : analyse One Health Tool*

1. **Coût et impact projeté**

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 l’évolution de la mortalité maternelle si les interventions à haut impact sur la santé maternelle définies dans le PNDS 2016-2020 sont totalement financés (figure 5). Cette corrélation directe induit que si le volume de financement n’est pas suffisant, l’ampleur de l’évolution des indicateurs diminuera.

**Figure 5 : Coût du PNDS 2016-2020 et impact sur la mortalité maternelle 2016-2020.** *Source : analyse des projections One Health Tool*

### **Analyse des gaps de financement**

Les ressources mobilisables en faveur du secteur santé sur la période 2016 -2020 sont de 1 717 milliards FCFA. En faisant le rapprochement avec les besoins réels de santé projetés dans le PNDS sur la même période (soit 2 136 milliards), on observe un gap de financement de la santé sur la période 2016 – 2020 de 417 milliards FCFA (tableau 28), avec une moyenne annuelle d’environ FCFA 58 milliards (tableau 16).

Tableau 16 : Comparaison entre les besoins réels et les financements prévisionnels (millions FCFA)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **Total** |
| TOTAL FINANCEMENT PREVISIONNEL | 306,0 | 354,7 | 394,0 | 316,6 | 346,5 | 1 717,8 |
| COUT DU PNDS | 386,9 | 374,1 | 410,8 | 404,6 | 431,4 | 2 135,7 |
| **GAP DE FINANCEMENT** | 80,9 | 19,4 | 16,8 | 88,0 | 84,9 | 290,1 |

Ce gap de financement traduit l’insuffisance des ressources allouées à la santé. Afin de combler ce déficit, 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, ainsi que l’instauration potentielle de mécanismes de financement innovants fléchés vers la santé.

Il est important de noter ici que la contribution des ménages (qui constitue une source de financement non négligeable) n’est pas prise en compte dans cette analyse des gaps. En effet il a été prouvé que les paiements directs ont un impact négatif sur l’accès au soin des populations et ne saurait être utilisée pour combler le gap ci-dessus dans l’effort actuel vers la Couverture Santé Universelle.

### **Stratégie de viabilisation financière**

Le financement des différentes interventions retenues dans le PNDS sera mobilisé de façon concertée auprès de l’Etat, de ses partenaires au développement, des ONG ainsi que du secteur privé. L’actualisation du cadre des dépenses à moyen terme pour le secteur avec les interventions retenues, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs.

La stratégie de financement de santé est en cours d’élaboration au Ministère de la Santé et détaillera les aspects relatifs à la collecte des recettes, la mise en commun des ressources et l’achat des interventions. Ce processus est adossé à la réflexion multisectorielle en cours sur un système de Couverture Santé Universelle. In fine, cette stratégie permettra d’assurer la viabilité financière du secteur santé tout en diminuant la participation directe des ménages selon des principes fondateurs d’efficience et d’équité.

**CRITERES D’EVALUATION RAPIDE DU NIVEAU DE VIABILISATION D’UN D.S.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Composante*** | ***Critère*** | ***Score Min*** | ***Score***  ***max*** |  |
| **Viabilité technique** |  |  |  |  |
| Disponibilité des ressources humaines techniques | *Personnel du SSD* | ***0*** | ***2*** | *0 : Aucun Médecin au DS*  *1 : 1 Médecin au DS + 1 CBS + 1 CBAF*  *2 : Équipe complète conformément au dispositif de l’organigramme du MINSANTE* |
| *Personnel technique dans les CSI* | ***0*** | ***2*** | *0 : Nombre de personnel requis < à 50 %*  *1 : Nombre de personnel requis > = à 50 % et < 75%*  *2 : Nombre de personnel requis > = à 75 %* |
| *Personnel technique à l’hôpital de District* | ***1*** | ***2*** | *HD Rural :*   1. *Au minimum :*   ***sous modalités majeures (MM)****: 1 Médecin +1 Anesth + 2 Techn Labo + 1 Techn Rx + 5 inf*[[191]](#footnote-28)  ***Sous modalités mineures (mm)****: 1 nutritioniste +1kiné*   1. *Situation souhaitée:*   ***sous modalités majeures (MM) :****2 Médecins +1 Anesth + 2 Techn Labo + 1 Techn Rx + 5 inf*  ***Sous modalités mineures (mm)****: 1 nutritionniste,+ 1 kiné* |
| *Personnel technique à l’hôpital de District* | ***1*** | ***2*** | *HD Urbain :*   * + - 1. *Au minimum :*   ***sous modalités majeures (MM)****: Au moins 5 Médecins +1 Anesth + + 5 Techn Labo + 2 Techn Rx + 10 inf* ***Sous modalités mineures (mm)****: 1 nutritionniste +1kiné*   * + - 1. *Situation souhaitée :*   ***sous modalité majeure MM)*** *Au moins 10 Médecins +1 Anesth + 10 Techn Labo + 4 Techn Rx + 15 inf* ***Sous modalités mineures (mm)****: 1 nutritionniste +1kiné* |
| Paquets d’offres de services et des soins | *Couverture sanitaire en FOSA offrant le PMA (CSI/CMA)* | ***1*** | ***4*** | 1. *Le CSI/CMA offre moins de 50 % des interventions du PMA validé* 2. *Le CSI/CMA offre entre 50 % à 75% des interventions du PMA* 3. *Le CSI/CMA offre entre 75% et 85% des interventions du PMA* 4. *Le CSI/CMA offre plus de 85% % des interventions du PMA* |
| *Disponibilité du PCA* | ***1*** | ***4*** | 1. *HD offre moins de 50 % des interventions du PCA* 2. *HD offre entre 50 % à 75% des interventions du PCA* 3. *HD offre entre 75% et 85% des interventions du PCA* 4. *HD offre plus de 85% % des interventions du PCA* |
| Infrastructures | *Disponibilité d’une infrastructure de qualité dans les CSI/CMA* | ***1*** | ***3*** | 1. *CSI/CMA entouré d’une barrière et possédant une toiture étanche* 2. *CSI/CMA entouré d’une barrière, possédant une toiture étanche, des murs propres, des toilettes propres et un point d’eau potable* 3. *CSI/CMA mis aux normes sur le plan infrastructurel* |
| *Disponibilité d’une infrastructure de qualité dans les HD* | ***1*** | ***3*** | 1. *HD entouré d’une barrière et possédant une toiture étanche* 2. *HD entouré d’une barrière, possédant une toiture étanche, des murs propres, des toilettes propres et de l’eau courante* 3. *HD mis aux normes sur le plan infrastructurel,* |
|  | *Couverture sanitaire* | ***1*** | ***3*** | 1. *Moins de 25% des AS possèdent une CSI* 2. *Entre 25% et 50% des AS possèdent une CSI* 3. *Plus de 50% des AS possèdent une CSI* |
| Equipements | *Equipements minimums CSI* | ***0*** | ***3*** | ***Minimum****: 1 Microscope fonctionnel + 1 tensiomètre fonctionnel + stérilisateur + boîte d’accouchement + table d’accouchement + boîte isotherme + boite de petite chirurgie complète + 4 lits d’observation + 1 source d’énergie solaire (électrique) + pèse personne +1 réfrigérateur fonctionnel* |
|  |  | ***0****: Moins de 25% des CSI ont les équipements sus-cités;* ***1****: 25-<50% des CSI ;* ***2****:50-<80% des CSI ;* ***3****:80% et plus des CSI/CMA ont les équipements sus cités* |
| *Equipements minimums HD* | ***0*** | ***3*** | *10 services au moins sont disponibles ( pédiatrie, chirurgie , médecine interne, gynécologie, maternité , salle d’IEC et de démonstrations , consultations externes et bloc opératoire fonctionnel , laboratoire avec 4 services fonctionnels (parasitologie, biochimie, bactériologie, immunologie, etc.), service de radiologie fonctionnel , morgue , pharmacie  ;  ; 5 services avec au moins 75% de la gamme de prestation* |
|  | ***0****: Moins de 25% des services et équipements disponibles;*  ***2****: 25-< 75 % des services et équipements disponibles*  ***3****: Plus de 80% des services et équipements disponibles* |
| Maintenance des infrastructures et des équipements | *Disponibilité de deux techniciens polyvalents pour assurer la maintenance des infrastructures et des équipements* | ***0*** | ***2*** | **0** : *Absence de techniciens polyvalents pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l’’HD*  ***1****: Présence d’un seul des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l’HD*  ***2****: présence des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l’HD* |
| Paquets de services offerts | *PMA* | ***1*** | ***3*** | ***1****: 25% des prestations au plus sont offertes par le CSI/CMA ;*  ***2****: 25-< 75 % des prestations de services sont offertes  par le CSI/CMA*  ***3*** *plus de 75 % des prestations de s services et des soins offertes par le CSI/CMA* |
| *PCA* | ***1*** | ***3*** | ***1****: 25% des prestations au plus sont offertes par l’hôpital de district ;*  ***2****: 25-< 75 % des prestations de services sont offertes  par*  *l’hôpital de district*  ***3 :*** *plus de 75 % des prestations de services sont offertes par l’hôpital de district* |
| Logistique | *Disponibilité d’un véhicule 4 x 4 en bon état* | ***0*** | ***2*** | **0** : DS ne disposant pas d’un véhicule 4x4 en bon état pour la supervision :  **2** DS disposant d’un véhicule 4x4 en bon état pour la supervision |
|  | *Disponibilité des motos pour l’exécution des stratégies avancées et mobiles dans l’AS* | ***1*** | ***3*** | **1**  Moins de 50 % des AS disposent d’une moto en bon état de marche  **2** Au moins 75% des AS disposent d’une moto en bon état de marche  **3** Plus de 75% des AS disposent d’une moto en bon état de marche |
| Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels | *La disponibilité des médicaments essentiels* | ***0*** | ***2*** | **0** : CSI/CMA ayant enregistré des ruptures de stock des médicaments essentiels de plus de 7 jours au cours des 3 derniers mois  **1 :** CSI/CMA ayant enregistré des ruptures de stock des médicaments essentiels de moins de 7 jours au cours des 3 derniers mois  **2** CSI/CMA n’ayant enregistré aucune rupture de stock de médicaments essentiels au cours des 3 derniers mois |
| *La promotion de l’usage des médicaments génériques* | ***1*** | ***2*** | 1. *Moins de 50% des médecins de l’HD prescrivent les médicaments génériques* 2. *Plus de 50% des médecins de l’HD prescrivent les médicaments génériques* |
| *Les procédures opérationnelles standardisées* | *Disponibilité des procédures opérationnelles standardisées pour une offre de services et des soins de qualité* | *1* | *3* | 1. *Au moins 50% des FOSA disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des cas* 2. *Au moins 75% des FOSA disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des cas* 3. *Toutes les FOSA disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des cas* |
| ***Gouvernance*** |  |  |  |  |
| *Régulation* | *Respect de la régulation* | *1* | *2* | *1: Existence d’un règlement intérieur dans la FOSA*  *2: Disponibilité du dernier rapport semestriel sur le respect par le personnel des FOSA des dispositions de ce règlement intérieur* |
|  | *Lutte contre la corruption* | *1* | *2* | *1 : Présence d’une boite à suggestion dans la FOSA*  *2 : Présence d’une boite à suggestion dans la FOSA avec en plus un rapport semestriel sur la lutte contre la corruption dans la FOSA.* |
| *Formation et recherche* | *Formation continue* | *1* | *4* | *1Disponibilité d’un état de besoins des formations continues dans les CSI /CMA/HD*  *2: Disponibilité d’un état de besoins des formations continues dans les CSI /CMA/HD doublée d’un plan de renforcement des capacités des personnels des CSI/CMA et d’une demande de renforcement des capacités pour les prestataires des soins de l’hôpital et du service de santé du district*  *3 : si au moins 30% des personnels identifiés dans les CSI/CMA ont vu leurs capacités renforcées*  *4 : si au moins 50% des personnels identifiés dans les CSI/CMA ont vu leurs capacités renforcées* |
|  | *Recherche opérationnelle* | *0* | *2* | *0 : Aucune recherche effectuée*  *1 : Disponibilité d’un protocole de recherche*  *2 : Disponibilité d’un protocole de recherche avec au moins un rapport de travaux de recherche publié au cours de l’année précédente* |
| *Financement* | *Financement institutionnel et communautaire* | *1* | *3* | 1. *FOSA disposant de 25 à 49 % du financement requis pour la mise en œuvre du PTA élaboré consensuellement* 2. *FOSA disposant de 50 à 74 % du financement pour la mise en œuvre du PTA élaboré consensuellement* 3. *FOSA disposant de 75 à 100% du financement disponible pour la mise en œuvre du PTA élaboré consensuellement* |
|  | *COSADI* | *0* | *2* | *0 : COSADI non fonctionnel*  *2 : COSADI fonctionnel* |
|  | *COGEH* | *0* | *2* | *0 : COGEH non fonctionnel*  *2 : COGEH fonctionnel ;* |
|  | *COSA* | *0* | *2* | ***0****: Toutes les AS n’ont pas un COSA fonctionnel*  ***1****: 50% des AS ont un comité de santé fonctionnel*  ***2****: Au moins 75% des AS ont un comité de santé fonctionnel.* |
|  | *Staff BCZS* | *0* | *2* | ***0****: moins d’1 réunion /mois ;* ***1****: 1 – <4 réunions /mois ;* ***2****: >=4 réunions/mois.* |
|  | *Prestations ECZS à HGR* | *0* | *2* | ***0****: Aucune prestation* ***1****: Prestations occasionnelles* ***2****: Prestations régulières* |
| *Processus gestionnaire* | *Plan de couverture* | *0* | *2* | ***0****: Non existant ;* ***1****: Existant et non actualisé depuis > 5 ans ;* ***2****: Actualisé il y a moins de 5 ans.* |
|  | *Plan de développement sanitaire et ou PTA* | *0* | *4* | ***0****: Aucun plan n’est disponible au cours de la période évaluée*  ***1****: Plan existant mais sans ancrage avec le PNDS*  ***2****: Plan existant avec ancrage dans le PNDS*  ***4****: Plan existant avec ancrage dans le PNDS et élaboré avec tous les acteurs clefs du DS* |
|  | *S/E* | *0* | *4* | ***0****: Aucun Tableau de bord n’est disponible pour le suivi du PTA du DS*  ***1****: Plan de S/E existant mais sans ancrage avec le PISE du PNDS*  ***2****: Plan de S/E existant avec ancrage dans le PISE du PNDS*  ***3:*** *Plan existant avec ancrage dans le PISE du PNDS et utilisé pour le S/E du Plan du DS*  ***4 :*** *Plan existant avec ancrage dans le PISE du PNDS et utilisé pour le S/E du Plan du DS + disponibilité d’un rapport de performance.* |
|  | *Supervision des CSI/CMA* | *1* | *3* | ***1*** *: Moins de 50% des CSI/CMA ont été supervisés au moins une fois l’année précédente*  ***2 :*** *75 % des CSI/CMA ont été supervisés au moins deux fois l’année précédente*  ***3****: 100% des CSI/CMA ont été supervisés au moins deux fois l’année précédente. Idem pour les prestataires de l’’hôpital de district qui ont été supervisés*  *2 Supervisions ; 2 : au minimum 2 supervisions* |
| ***Performances réalisées*** | *Taux d’utilisation des soins curatifs (NC/habi/an)* | *1* | *3* | ***1:*** *si taux inf. 1;*  ***2:*** *si Taux sup à 1 mais inf. à 2;* ***3****: Si taux >2* |
|  | *Couverture CPN (%)* | *0* | *3* | *0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%* |
|  | *Taux guérison TBC (%)* | *0* | *3* | *0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%* |
|  | *Couverture CPN (%)* | *0* | *3* | *0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%* |
|  | *Accouchements assistés (%)* | *0* | *3* | *0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%* |
|  | *Couverture DTC3 (%)* | *0* | *3* | *0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%* |
|  | *Référés parmi hospitalisés HGR (%)* | *0* | *3* | *0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%* |
|  | *Taux hospitalisation HD (%)* | *0* | *3* | *0 :<1% ; 1 :1-<3%, 2 : 3-<5% ; 3 : 5- 10%.* |
|  | *Taux césarienne (%)* | *0* | *3* | *0 : < 1% et > 15% ; 1 : 1- < 5% ; 2 : 5->10% ; 3 :10-15%* |
|  | *Taux de mortalité globale intra hospitalière (%)* | *0* | *3* | *0 : > 5% ; 1 : 2 - 5% ; 2 : 1 - <2% ; 3 : < 1%* |
|  | *Taux de mortalité maternelle intra hospitalière* |  |  |  |
| ***Total Global*** |  | ***18*** | ***117*** |  |

Source : ST-CP/SSS

* District de santé en phase de démarrage/opérationnalisation : performances comprises entre 18 et 40points.
* District de santé en phase de consolidation/fonctionnelle : performances comprises entre 41et 75.
* District de santé en phase d’autonomisation/viabilisation : performances comprises entre 76 et 117.

Références

1. MINEPAT et PNUD 2013. Rapport National sur le Développement Humain au Cameroun [↑](#footnote-ref-1)
2. PNUD. Rapport sur le Développement Humain 2014 (Voir SSS 2016-2027 Réf.11) [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. [↑](#endnote-ref-1)
4. MINEPAT, Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun. 2011 [↑](#endnote-ref-2)
5. WHO/Afro. Guide for the development of a National Health Policy and a National Health Strategic Plan. WHO Regional Office for Africa (2010) [↑](#endnote-ref-3)
6. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International [↑](#endnote-ref-4)
7. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International. [↑](#endnote-ref-5)
8. World Development Indicators, 2014 [↑](#endnote-ref-6)
9. World Development Indicators, 2012 [↑](#endnote-ref-7)
10. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International [↑](#endnote-ref-8)
11. République du Cameroun. Document de Stratégie pour la Croissance et l’Emploi. 2009 [↑](#endnote-ref-9)
12. Constitution de la République du Cameroun : Loi n° 96/06 du 18 Janvier 1996 portant révision de la constitution du 2 Juin 1972 [↑](#endnote-ref-10)
13. MINTANS. Transtat 2013 [↑](#endnote-ref-11)
14. Agence de Régulation des Télécommunications. Étude sur le niveau d’accès, les usages et la perception des services des communications électroniques. 2014 [↑](#endnote-ref-12)
15. Agence de Régulation des Télécommunications. Étude sur le niveau d’accès, les usages et la perception des services des communications électroniques. 2014. [↑](#endnote-ref-13)
16. Programme National de Lutte contre le Paludisme. Enquête post campagne sur l’utilisation des moustiquaires imprégnées d’insecticide a longue durée d’action. 2013. [↑](#endnote-ref-14)
17. Ibid. [↑](#endnote-ref-15)
18. BIT 2013 renforcer les rôles des programmes « accidents du travail et maladies professionnelles » pour contribuer à prévenir les accidents et les maladies sur les lieux de travail. Genève : BIT. [↑](#endnote-ref-16)
19. MICS 2014 [↑](#footnote-ref-3)
20. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International [↑](#endnote-ref-17)
21. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International [↑](#endnote-ref-18)
22. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Accessible a: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed December 20th, 2015) [↑](#endnote-ref-19)
23. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International [↑](#endnote-ref-20)
24. EDS-MICS 2011 [↑](#endnote-ref-21)
25. MINSANTE . CNLS Rapport études chez les TS 2009 [↑](#endnote-ref-22)
26. MINSANTE .Enquête IBBS 2011 [↑](#endnote-ref-23)
27. MINSANTE.CNLS . Rapport GARP 2014 [↑](#endnote-ref-24)
28. MINSANTÉ, 2013. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le sida et les IST 2014-2017 [↑](#endnote-ref-25)
29. MINSANTE CNLS .RAPPORT ANNUEL 2015 [↑](#endnote-ref-26)
30. MINSANTE/CNLS. Rapport Spectrum 2014 [↑](#endnote-ref-27)
31. MINSANTE/CNLS. Plan d’accélération de la thérapie anti rétrovirale [↑](#endnote-ref-28)
32. Centre 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. [↑](#endnote-ref-29)
33. Document Etat des lieux du secteur santé 2015. [↑](#endnote-ref-30)
34. MINSANTE/PNLT, Rapport PNLT 2015 [↑](#endnote-ref-31)
35. MINSANTE/PNLT, Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose. Accesible a : http://www.pnlt.cm/index.php/component/k2/item/606-plan-strategique-national-tuberculose-cameroun [↑](#endnote-ref-32)
36. Noeske, J. et al. Tuberculosis incidence in Cameroonian prisons: A 1-year prospective study. SAMJ 2014 (in press). [↑](#endnote-ref-33)
37. MINSANTE/PNLT, 2014.Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose au Cameroun 2014-2019. [↑](#endnote-ref-34)
38. OMS. Rapport mondial 2014 OMS [↑](#endnote-ref-35)
39. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018 [↑](#endnote-ref-36)
40. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018 [↑](#endnote-ref-37)
41. Ibid. [↑](#endnote-ref-38)
42. Pla Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2014-2018 [↑](#endnote-ref-39)
43. Enquête par Grappe à indicateurs multiples (MICS 5) 2014 [↑](#endnote-ref-40)
44. Ibid. [↑](#endnote-ref-41)
45. Ministère de la Santé Publique du Cameroun 2015. Rapport hebdomadaire de la situation épidémiologique [↑](#endnote-ref-42)
46. MINSANTE/Programme National de Lutte contre l’Onchocercose. Rapport Technique Annuel 2013. [↑](#endnote-ref-43)
47. Rapport commun Cameroun adressé à l’OMS en 2014 [↑](#endnote-ref-44)
48. Ministère de la Santé Publique. Rapport de l’Enquête de Cartographie de la Filariose Lymphatique au Cameroun. 2010-2012. [↑](#endnote-ref-45)
49. KAMGNO et al. 2012 Rapport de cartographie de la filariose lymphatique [↑](#endnote-ref-46)
50. Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016 [↑](#endnote-ref-47)
51. Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases. Rapport d’activités 2014 [↑](#endnote-ref-48)
52. MINSANTE. Programme Nation al de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales au Cameroun. Plan Stratégique 2005-2010 [↑](#endnote-ref-49)
53. Programme National de Lutte contre, le pian, la leishmaniose, la lèpre et l’ulcère de Buruli. Rapport d’activités 2014 [↑](#endnote-ref-50)
54. Programme CNLP2LUB/DLMEP/MINSANTE [↑](#endnote-ref-51)
55. Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique national de lutte contre la THA au Cameroun. 2009-2013 [↑](#endnote-ref-52)
56. Programme National de Lutte contre la cécité. Rapport d’activité 2014 [↑](#endnote-ref-53)
57. WHO: Global Status Report on Non Communicable Diseases. 2010 [↑](#endnote-ref-54)
58. 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, 17 (10) : 819-824. [↑](#endnote-ref-55)
59. Ministère de la Santé Publique. Yaoundé Cancer Registry. 2013 [↑](#endnote-ref-56)
60. 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> [↑](#endnote-ref-57)
61. Attin T. 1999. Étude réalisée chez les enfants scolarisés dans une zone rurale du Nord–Ouest du Cameroun. [↑](#endnote-ref-58)
62. EDS-MICS 2011 [↑](#endnote-ref-59)
63. Société camerounaise d’ORL. Rapport 2015. [↑](#endnote-ref-60)
64. WHO/AFRO. 2015. Sickle cell disease prevention and control. [↑](#endnote-ref-61)
65. Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles du Cameroun (PSNIML-MNT). 2010 [↑](#endnote-ref-62)
66. WHO. Mental health GAP: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008 [↑](#endnote-ref-63)
67. OMS (2008) cité par Mental Health Atlas 2011 [↑](#endnote-ref-64)
68. SSS 2016-2027 [↑](#endnote-ref-65)
69. EDS-MICS 2011 [↑](#endnote-ref-66)
70. MINSANTE/INS. 2015. MICS 5 [↑](#endnote-ref-67)
71. ERB-SONU, 2015. [↑](#endnote-ref-68)
72. EDS-MICS 2011, MICS 5 [↑](#endnote-ref-69)
73. Ibid. [↑](#endnote-ref-70)
74. Ibid. [↑](#endnote-ref-71)
75. Ibid. [↑](#endnote-ref-72)
76. INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012 [↑](#endnote-ref-73)
77. Étude CAMNAFAW et Ministère de la Santé Publique. ? [↑](#endnote-ref-74)
78. EDS-MICS 2011 [↑](#endnote-ref-75)
79. UNICEF, SITAN 2011 [↑](#endnote-ref-76)
80. OMS. (2014) Enfants : reduire la mortalite.Centredes medias, Aide-memire No 178. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/ [↑](#endnote-ref-77)
81. CNLS, Rapport annuel 2014 du CNLS, Yaoundé [↑](#endnote-ref-78)
82. CNLS, Rapport annuel 2013 du CNLS, Yaoundé [↑](#endnote-ref-79)
83. CNLS, Rapport annuel 2014 des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun. [↑](#endnote-ref-80)
84. CNLS, Rapport de progrès PTME 2015 . Cameroun. HARMONISER LES R2F2RENCES [↑](#endnote-ref-81)
85. Banque Mondiale. 2013. Rapport sur l’Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse àl’infection par le VIH au Cameroun [↑](#endnote-ref-82)
86. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International [↑](#endnote-ref-83)
87. Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2001).Measuring overall health system performance for 191 countries.World Health Organisation. [↑](#endnote-ref-84)
88. INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012 [↑](#endnote-ref-85)
89. INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012 [↑](#endnote-ref-86)
90. DCOOP, base de données des partenaires financiers 2011-2015. [↑](#endnote-ref-87)
91. BIT, Synthèse des inventaires des dispositifs de protection sociale en santé, 2014. [↑](#endnote-ref-88)
92. MINSANTE, DPS, Rapport provisoire de l’étude OASIS, 2016. [↑](#endnote-ref-89)
93. MINSANTE, EDS-MICS 2011 [↑](#endnote-ref-90)
94. Banque Mondiale. Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS). Vol 1. 2012 [↑](#endnote-ref-91)
95. MINSANTE 2012. Rapport annuel 2012 du ST/CP-SSS [↑](#endnote-ref-92)
96. MINSANTE. ST/CP-SSS. Rapport de supervision des DRSP 2012. [↑](#endnote-ref-93)
97. MINSANTE. ST/CP-SSS. Rapport de supervision des DRSP 2012. [↑](#endnote-ref-94)
98. MINSANTE, Rapport annuel 2012 du ST/CP-SSS [↑](#endnote-ref-95)
99. MINSANTE, SSS 2001-2015 [↑](#endnote-ref-96)
100. Ibid. [↑](#endnote-ref-97)
101. PNDS 2011-2015 [↑](#endnote-ref-98)
102. MINSANTÉ, 2009.Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015 [↑](#endnote-ref-99)
103. INS, 2010. PETS 2: 2e 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. [↑](#endnote-ref-100)
104. Analyse approfondie de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité (CFSVA) réalisée en 2011 par le PAM, la FAO et le gouvernement camerounais [↑](#endnote-ref-101)
105. MICS 5, 2014. [↑](#endnote-ref-102)
106. INS, 2011. EDS-MICS [↑](#endnote-ref-103)
107. INS, 2014.MICS 5 [↑](#endnote-ref-104)
108. Ibid. [↑](#endnote-ref-105)
109. MINSANTE, Rapport d’activité du PEV, 2015 [↑](#endnote-ref-106)
110. MINSANTE, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018 [↑](#endnote-ref-107)
111. Banque Mondiale. 2012. Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS). Vol 1 [↑](#endnote-ref-108)
112. Rapport Feuille de Route MINSANTE 1er semestre 2015 [↑](#endnote-ref-109)
113. INS, 2010. PETS 2: 2e 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 [↑](#endnote-ref-110)
114. (PNDS 2011-2015, tableau 4 p. 8-9). [↑](#endnote-ref-111)
115. MINSANTE 2012. Rapport revue thématique [↑](#endnote-ref-112)
116. Ibid. [↑](#endnote-ref-113)
117. Ibid. [↑](#endnote-ref-114)
118. Jiofack et al. (2010). In Mpondo et al. (2012). État de la médicine traditionnelle dans le système de santé des populations de Douala. Journal of Applied Biosciences 55: 4036– 4045. [↑](#endnote-ref-115)
119. MINSANTE, Décret N../2013.Portant Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Sante Publique [↑](#endnote-ref-116)
120. MINSANTE/ST-SSS, Stratégie Sectorielle de la Sante 2016-2027 [↑](#endnote-ref-117)
121. KAMGHO TEZANOU. 2012. Mortalité Maternelle et Néonatale au Cameroun: Évaluation des Efforts Consentis Depuis 1990, Défis et Perspectives. [↑](#endnote-ref-118)
122. Konji D. 2008. Stratégies d’actions: Améliorer l’accès aux services de santé au Cameroun. JASP 2008, rencontres sur les inégalités en santé. [↑](#endnote-ref-119)
123. 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) [↑](#endnote-ref-120)
124. WHO, 2012. Everybody’s business [↑](#endnote-ref-121)
125. Ibid. [↑](#endnote-ref-122)
126. MINSANTE & OMS, 2003. Enquête sur l’évaluation du secteur pharmaceutique [↑](#endnote-ref-123)
127. FDR-MINSANTE 2014 [↑](#endnote-ref-124)
128. OMS, La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain, 1995, P.15 [↑](#endnote-ref-125)
129. PDRH, MINSANTE, DRH, 2012 [↑](#endnote-ref-126)
130. MINSANTE, 2014. Rapport Annuel de Performances (RAP) 2013. [↑](#endnote-ref-127)
131. Décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du MINSANTE. [↑](#endnote-ref-128)
132. Banque Mondiale, 2012. Rapport sur la Santé et les Systèmes de Santé du Cameroun [↑](#endnote-ref-129)
133. Guide Méthodologique de la Planification Stratégique du Cameroun, 2012. [↑](#footnote-ref-4)
134. Voir page 64 de la SSS 2001-2010. [↑](#endnote-ref-130)
135. Toilettes améliorées = Toilettes équipées d’une dalle en béton ou en bois et d’un tuyau d’aération. [↑](#footnote-ref-5)
136. IGDS (voir annexe1) [↑](#footnote-ref-6)
137. Pour les indicateurs n’ayant pas de valeurs de référence, des études seront réalisées pour les déterminer le plus tôt possible c’est-à-dire à partir de 2016 et les cibles projetées seront par conséquent affinées. [↑](#footnote-ref-7)
138. Enquêtes GATS INS 2013 [↑](#endnote-ref-131)
139. MINSANTE. Rapport d’activités consolidé 2015 des DRSP [↑](#endnote-ref-132)
140. MICS5 [↑](#endnote-ref-133)
141. MICS5 [↑](#endnote-ref-134)
142. Ibid. [↑](#endnote-ref-135)
143. Kingue S et al. ( 2015) . Prevalence and risks factors of hypertension in urban areas in Cameroon : A nation wide population based cross sectional study. [↑](#endnote-ref-136)
144. OMS (2015).StatistiquesSanitairesMondiales 2015.Mortality and global health estimates [online database]. Geneva: World Health [↑](#endnote-ref-137)
145. Rapport PNLO 2015 [↑](#endnote-ref-138)
146. MINSANTE Profil des estimations pays du VIH au Cameroun 2010- 2020 .CNLS [↑](#endnote-ref-139)
147. Données du centre pasteur du Cameroun (données des patients) [↑](#endnote-ref-140)
148. EDS 2011 [↑](#endnote-ref-141)
149. OMS (2015). Statistiques Sanitaires Mondiales 2015. Mortality and global health estimates [online database]. Geneva: World Health [↑](#endnote-ref-142)
150. MINSANTE Rapport PEV 2015 [↑](#endnote-ref-143)
151. MINSANTE Rapport PEV 2015 [↑](#endnote-ref-144)
152. MINSANTE Rapport de progrès PTME 2015 [↑](#endnote-ref-145)
153. MICS 5 [↑](#endnote-ref-146)
154. MINSANTE. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2014 [↑](#endnote-ref-147)
155. Rapport de progrès PTME 2015 [↑](#endnote-ref-148)
156. MICS 5 [↑](#endnote-ref-149)
157. MICS5 [↑](#endnote-ref-150)
158. Ibid. [↑](#endnote-ref-151)
159. EDS-MICS 2011 [↑](#endnote-ref-152)
160. Kingué et al. op cit. [↑](#endnote-ref-153)
161. Ibid. [↑](#endnote-ref-154)
162. Ferlay J. et al. GLOBOCAN 2012 V1.2, cancer incidence and mortality world wide. LARC Cancer Base N°11 [↑](#endnote-ref-155)
163. MINSANTE. Données de routine.Mai 2016 [↑](#endnote-ref-156)
164. MINSANTE Rapport PNLP 2015 [↑](#endnote-ref-157)
165. MICS 5 [↑](#endnote-ref-158)
166. MICS 5 [↑](#endnote-ref-159)
167. CBMT MINEPAT 2017- 2019 [↑](#endnote-ref-160)
168. OMS .Global expenditures data base 2013 [↑](#endnote-ref-161)
169. CIA World Factbook (2014)-<http://www.indexmundi.com/fr/cameroun/esperance_de_vie_a_la_naissance.html>.Mortality and global health estimates [online database]. Geneva: World HealthOrganization (2014).http://www.who.int/gho/mortality\_burden\_disease/en/. [↑](#endnote-ref-162)
170. ECAM 3 [↑](#endnote-ref-163)
171. Fonctionnel =COSADI disposant d’un PTA spécifique extrait du PTA du DS et ayant réalisé au cours de la période évaluée au moins 50% des activités prévues dans le PTA [↑](#footnote-ref-8)
172. :DS mettant en œuvre l’ATPC  = DS dans lesquels au moins 50% des ménages /quartier/ village disposent des toilettes améliorées , d’une source d’approvisionnement en eau potable et d’un dispositif de lavage des mains… [↑](#footnote-ref-9)
173. Capacités minimales d’intervention  requises pour un CERPLE : 1) Salle réunions pour la coordination des interventions de santé publique ; 2) matériels de bureautique et informatique , et de communication (ordinateur, téléphone etc) 3) véhicule adapté pour l’investigation des cas et l’organisation des ripostes 4) Stocks des médicaments prédisposés pour la riposte 5) Profil approprié pour le responsable du CERPLE : diplômé de Santé publique ou du CAFETP (Cameroon Field Epidemiologyetc) 6) disponibilité d’un fonds de fonctionnement [↑](#footnote-ref-10)
174. PFE= il s’agit de : promouvoir l’allaitement maternel exclusif, veiller aux soins préventifs de l’enfant (ex vaccination, PCIMA etc), dormir sous une MII, se laver les mains avec le savon, supplément nutritionnel après 6 mois, réhydrater l’enfant au SRO en cas de diarrhées, amener l’enfant au centre de santé en cas de maladie, promouvoir une méthode de planification moderne chez les FEAP [↑](#footnote-ref-11)
175. Ibid [↑](#footnote-ref-12)
176. Le développement de l’approche de prise en charge par délégation des tâches tout comme la création des centres médicaux ambulatoires sont des stratégies mises en place pour améliorer la disponibilité des services et des soins de santé de qualité auprès des bénéficiaires. Elle a pour préalable : 1) l’élaboration des procédures opérationnelles de prise en charge et leur vulgarisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 2) le renforcement du contrôle , du suivi et de la supervision des acteurs du niveau déconcentré : 3) le renforcement des capacités des prestataires institutionnels et communautaires des prestataires du niveau déconcentré [↑](#footnote-ref-13)
177. La délégation des tâches concernera les RHS prestant dans les FOSA du niveau opérationnel et les ASC qui offrent des soins communautaires [↑](#footnote-ref-14)
178. Les services d’urgences sont ceux qui disposent au minimum d’une ambulance fonctionnelle, d’un tensiomètre, d’une boite de petite chirurgie, d’un matériel de stérilisation à vapeur et à chaleur, d’un service de chirurgie et de petite chirurgie opérationnelle, de l’oxygène, des médicaments d’urgence et d’un personnel capable de PEC les complications de l’HTA et du diabète, d’un personnel formé en SONEU/SOUC. [↑](#footnote-ref-15)
179. PM voir CERPLE [↑](#footnote-ref-16)
180. Capacités minimales : [↑](#footnote-ref-17)
181. PCA Optimal : [↑](#footnote-ref-18)
182. Augmenter l’allocation budgétaire du secteur de la santé et la gestion efficiente des ressources [↑](#footnote-ref-19)
183. Proportion de lits occupés tous les jours pour 100 lits installés  =Nombre de journées d’hospitalisation\*100/

     (nombre de lits \*365) [↑](#footnote-ref-20)
184. HD offrant un PCA manière optimal = La santé de la mère, de l’adolescent et de l’enfant

     * La lutte contre les maladies courantes
     * La promotion de la santé
     * La viabilisation du District de santé

     [↑](#footnote-ref-21)
185. CSI/CMA offrant un PMA optimale = CSI/CMA qui [↑](#footnote-ref-22)
186. Indice Global de disponibilité des soins et services de santé (voir annexe1) [↑](#footnote-ref-23)
187. DS à fort potentiel de développement = DS remplissant les critères d’opérationnalité minimale pour offrir des paquets de services et des soins de qualité ( population desservie de 100 000 habitants, ressources humaines conformes aux normes , DS ancré dans une seule circonscription administrative etc) [↑](#footnote-ref-24)
188. Normes opérationnelles minimales en personnel technique d’un HD = VOIR PDRH, DRH/MINSANTE, 2012. [↑](#footnote-ref-25)
189. Système d’accréditation des HD à préciser sous le leadership du DOSTS [↑](#footnote-ref-26)
190. Carte sanitaire 2015 / CIS MINSANTE [↑](#footnote-ref-27)
191. Le point doit être attribué au DS évalué même en l’absence de deux sous modalités mineures (mm) [↑](#footnote-ref-28)