

République du Cameroun
Paix –Travail –Patrie

Ministère de la Santé Publique



Republic of Cameroon
Peace-Work-Fatherland

Ministry of Public Health

STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTÉ 2016-2027



MINSANTE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Draft du 11 Janvier 2016

DOCUMENT DE TRAVAIL



MINSANTE

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

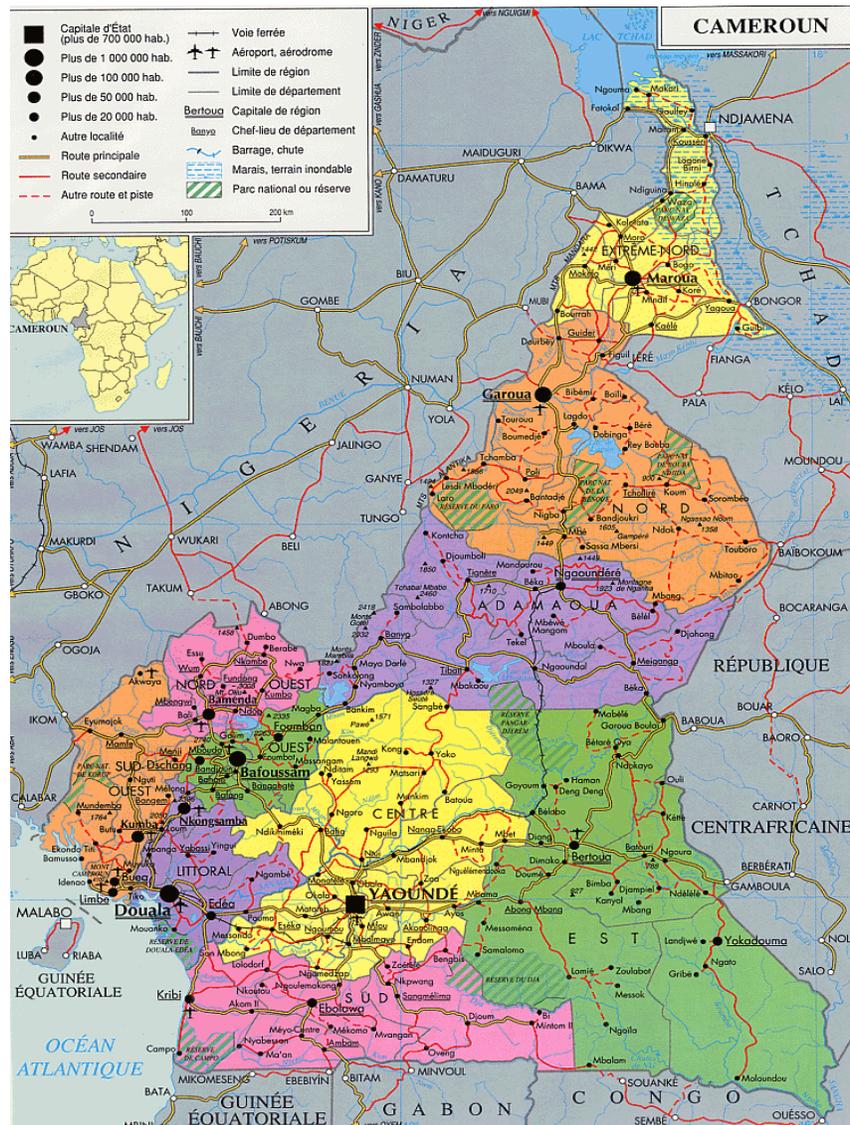
2016-2027



Draft du 11 Janvier 2016



CARTE DU CAMEROUN



Quelques indicateurs sur la situation socioéconomique et sanitaire du pays

Données générales

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

Indicateurs sociodémographiques

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

Indicateurs macroéconomiques (2013)

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

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

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

Source : INS, BUCREP, MINFI

s.i.c : sauf indication contraire

COMITE TECHNIQUE DE REDACTION

Coordination générale :

- Monsieur André MAMA FOU DA

Ministre de la Santé Publique

- Monsieur Alim HAYATOU

Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

Supervision Générale :

- Pr. KOULLA SINATA

Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Supervision Technique

- Pr Samuel KINGUE

Conseiller Technique N0 3, Vice-Président du GTT

Coordination Technique :

- Dr MATSEZOU Jacqueline

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

Membres du Secrétariat :

- Dr NZIMA NZIMA Valery
Expert en Santé Publique ST/CP-SSS,
- M.NDOUGSA ETOUNDI GUY
Cadre ST/CP-SSS
- MFOUAPON N. HENOCK,
Ingénieur Informaticien

PREFACE

L'année 2015 sert de transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés en 2000 et les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui visent à induire, dans les états, un développement inclusif et durable. Le troisième objectif de ces ODD cible, d'ici à 2030, la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non-transmissibles ; ceci à travers un accès universel aux soins et services de santé, la promotion de comportements sains et le développement de milieux de vie favorables à la santé.

S'agissant de l'accès universel aux services et soins de santé, l'Assemblée Générale des Nations Unies, a adopté le 12 décembre 2012, la résolution A/67/L.36, en faveur de la couverture sanitaire universelle. Cette résolution " *Invite les États Membres à adopter une démarche multisectorielle et à traiter les déterminants de la santé par secteur en intégrant, au besoin, la santé dans toutes les politiques, tout en tenant compte de ses déterminants sociaux, environnementaux et économiques, afin de réduire les inégalités dans ce domaine et de favoriser le développement durable*".

Son Excellence Monsieur Paul BIYA, Président de la République, Chef de l'Etat, dans sa politique des Grandes Ambitions, prescrivait déjà au Gouvernement cette couverture sanitaire universelle, lorsqu'il a instruit en 2001 d'œuvrer pour que soit mis en place « *un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun camerounais sans soins, quels que soient ses moyens* ». Il déclarait alors « ***aussi longtemps qu'un Camerounais ne mangera pas à sa faim, qu'il n'aura pas accès à l'éducation, qu'il ne recevra pas les soins de santé auxquels il a droit, notre tâche ne sera pas achevée*** ».

Dans la même perspective, le Cameroun dans le Document de la Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), s'est fixé comme objectif de créer des richesses, afin de mettre en œuvre la « ***politique de redistribution et d'anticipation qui soutient les droits inaliénables¹ des populations camerounaises et plus particulièrement des populations pauvres et vulnérables*** ».

La SSS 2001-2015 a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'amélioration de couverture de certaines interventions. Mais malgré ces progrès, il existe un certain nombre de défis qu'il convient de relever afin de permettre un accès universel aux soins de santé de qualité. La SSS 2016-2027 s'inscrit donc dans cette double perspective : elle va contribuer à -accélérer le développement du capital humain en vue de la croissance et du développement Durable conformément aux indications du DSCE mais , -de manière plus prospective, s'aligner sur les Objectifs du Développement Durable (ODD) en accélérant la mise en place d'une couverture sanitaire universelle. Elle a été élaborée conformément aux prescriptions du Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun, et voit le jour dans un contexte national favorable caractérisé par:

- i. *la mise en œuvre du Plan d'Urgence Triennal pour l'Accélération de la Croissance (PUTAC) 2015-2017, qui prévoit la construction et la réhabilitation des hôpitaux de référence dans toutes les régions du pays, ainsi que le développement des infrastructures sociales de base;*
- ii. *Des initiatives innovantes de financement de la santé telles le FBP (Financement basé sur la performance), le chèque santé et les kits obstétricaux);*

¹ Y compris le droit à la santé

- iii. les grands projets structurants qui, si les risques environnementaux sont contenus, vont améliorer le bien-être des populations par les infrastructures et les emplois nouveaux ;*
- iv. l'évolution vers la décentralisation des politiques sociales, en général, qui va davantage promouvoir l'appropriation par les communautés de leurs problèmes de santé ;*
- v. le taux d'alphabétisation élevé qui favorise une compréhension des messages de santé et une adoption de comportements favorables à la santé ;*
- vi. le nouveau régime financier de l'État qui consacre le budget programme comme modalité de cadrage budgétaire, garantissant plus de visibilité à moyen terme.*

Au terme d'une analyse approfondie effectuée à la lumière des données et indicateurs probants du profil sanitaire camerounais, l'option stratégique qui fixe les lignes directrices de notre stratégie nationale de santé pour les douze prochaines années a été adoptée. Celle-ci fédère deux approches sanitaires majeures, à savoir : celle des Soins de Santé Primaires dont l'impact auprès des bénéficiaires n'est plus à démontrer, et celle plus complexe des soins spécialisés dont l'offre de services va considérablement s'accroître à travers la mise en œuvre du Plan d'urgence Triennal pour l'accélération de la croissance au Cameroun (PUTAC) du chef de l'état. Il conviendra de rechercher au cours des douze prochaines années, le juste équilibre entre ces deux approches afin d'assurer une efficacité et efficience optimales de notre système de santé.

En outre, le souci d'apporter des solutions idoines aux problèmes dégagés par l'analyse situationnelle de notre contexte sanitaire, la possibilité de leur mise en œuvre effective ainsi que la certitude, du point de vue des parties prenantes, d'avoir choisi l'option la plus à même de résoudre les problèmes de santé de la population, ont tour à tour conforté notre choix de cette option. Celle-ci sera garante, au cours des prochaines années, d'une ambition légitime de fournir à l'ensemble de la population camerounaise, un accès sans discrimination à des services de base de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge curative de qualité. La présente Stratégie Sectorielle de Santé est un document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Aussi, je les exhorte tous à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

André MAMA FOU DA
Ministre de la Santé Publique

REMERCIEMENTS

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

André MAMA FOUA
Ministre de la Santé Publique

TABLE DES MATIERES

PREFACE	ii
TABLE DES MATIERES	vii
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	x
SIGLES ET ABREVIATIONS	xii
RESUME EXECUTIF	xiv

Première PARTIE: CONTEXTE GLOBAL ET NOTE METHODOLOGIQUE

Chapitre 1. CONTEXTE GLOBAL DU SECTEUR SANTÉ	1
1.1 Généralités sur le Cameroun	1
1.2 Organisation politique et administrative	1
1.3 Situation économique et sociale	1
1.3.1 Situation macroéconomique	1
1.3.2 Situation démographique et politique de la population	2
1.3.3 Situation sociale.....	2
1.3.4 Équité et justice sociale en santé.....	2
1.3.5 Contexte humanitaire et sécuritaire	2
1.4 Voies de communication	3
1.5 Accès et usage des technologies de l’information et de la communication	3
Chapitre 2. NOTE METHODOLOGIQUE.....	4
2.1 Méthode et processus d’élaboration de la SSS 2016-2027	4
2.2 Cadre institutionnel et organisationnel.....	4
2.3 Implication et participation des parties prenantes	5
2.4 Étapes majeures et déroulement du processus	5

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

Chapitre 3. ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE LA SANTE.....	7
3.1 Présentation du secteur de la santé.....	7
3.1.1 Organisation du secteur de la santé	7
3.1.2 Délimitation et segmentation du secteur	7
3.2 Composante promotion de la santé.....	9
3.2.1 Milieu de vie des populations	9
3.2.2 Acquisition des aptitudes favorables à la santé.....	11
3.2.3 Actions de la communauté pour la promotion de la santé	12
3.2.4 Planification familiale et promotion de la santé de l’adolescent	13
3.3 Composante prévention de la maladie	13
3.3.1 Maladies Transmissibles	14
3.3.2 Maladies à potentiel épidémique (MAPE)	16
3.3.3 Pathologies à transmission verticale	17
3.3.4 Maladies Non Transmissibles (MNT)	18
3.4 Composante prise en charge des cas	19
3.4.1 Maladies Transmissibles	20
3.4.2 Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents	22
3.4.3 Maladies Non Transmissibles (MNT)	24
3.4.4 Handicaps moteurs, sensoriels et autres	26
3.5 Composante renforcement du système de santé	27
3.5.1 Offre de services et de soins.....	27
3.5.2 Pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques.....	30
3.5.3 Ressources humaines en santé.....	34
3.5.4 Information Sanitaire et Recherche Opérationnelle.....	36

3.5.5	Financement de la santé.....	37
3.6	Composante gouvernance et pilotage stratégique.....	44
3.6.1	Pilotage stratégique.....	44
3.6.2	Gouvernance.....	45
Chapitre 4.	DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTE.....	47
4.1	Analyse des politiques passées : leçons tirées de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015.....	47
4.1.1	Points forts.....	47
4.1.2	Points faibles.....	48
4.2	Principaux problèmes du secteur de la santé par composante.....	52
4.3	Facteurs externes significatifs.....	56
4.3.1	Facteurs contraignants.....	56
4.3.2	Facteurs porteurs d’avenir.....	57
4.4	Enjeux et défis majeurs de la stratégie.....	57

Troisième PARTIE: CADRE STRATEGIQUE DU SECTEUR DE LA SANTE

Chapitre 5.	GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ.....	59
5.1	Orientations nationales.....	59
5.1.1	La loi cadre dans le domaine de la santé.....	59
5.1.2	La Vision Cameroun 2035.....	59
5.1.3	Le Document de Stratégie pour la Croissance et l’Emploi (DSCE).....	59
5.2	Orientations internationales.....	60
5.3	Vision du secteur.....	61
5.3.1	Énoncé de la vision.....	61
5.3.2	Principes directeurs.....	61
5.4	Choix stratégique du secteur de la santé.....	62
5.4.1	Critères de formulation du choix stratégique.....	62
5.4.2	Énoncé du choix stratégique.....	63
5.4.3	Description du choix stratégique.....	63
Chapitre 6.	CADRE LOGIQUE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027.....	64
6.1	ALIGNEMENT STRATEGIQUE.....	64
6.1.1	Arrimage à la stratégie nationale de développement (DSCE) et à la Vision 2035.....	64
6.1.2	Arrimage aux Objectifs de Développement Durable (ODD).....	64
6.2	Objectifs spécifiques et stratégies de mise en œuvre.....	69
6.2.1	Axe stratégique promotion de la santé.....	69
6.2.2	Axe stratégique prévention de la maladie.....	78
6.2.3	Axe stratégique prise en charge des cas.....	86
6.2.4	Axe stratégique renforcement du système de santé.....	94
6.2.5	Axe stratégique gouvernance et pilotage stratégique du système de santé.....	105
6.3	Priorisation des objectifs de la SSS 2016-2027.....	112
6.3.1	Priorités pour le cycle de planification 2016-2020 (PNDS 1).....	112
6.3.2	Priorités pour le cycle de planification 2021-2027 (PNDS 2).....	113

Quatrième PARTIE: CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

Chapitre 7.	DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION.....	117
7.1	Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre et de suivi - évaluation.....	117
7.1.1	Organes et structures de mise en œuvre et de suivi-évaluation.....	117
7.1.2	Les acteurs majeurs et leur rôle.....	119
7.2	Modalités de mise en œuvre et de suivi-évaluation.....	121
7.2.1	Pour la mise en œuvre.....	121
7.2.2	Pour le Suivi-évaluation de la mise en œuvre.....	121
7.3	Conditions de réussite de la mise en œuvre.....	122
7.3.1	Les réformes.....	122

Chapitre 8. CADRE BUDGETAIRE ET FINANCEMENT DE LA STRATÉGIE	127
8.1 Estimation des besoins réels de la stratégie	127
8.1.1 Coût des besoins réels	127
8.1.2 Analyse du coût global	127
8.2 Cadrage Budgétaire	132
8.3 Analyse des gaps de financement	133
8.4 Priorisation des ressources de l'Etat	133
8.4.1 Clés de répartition par composante	133
8.4.2 Clés de répartition par sous composante	134
8.5 Stratégie de financement et Viabilité financière.....	136
ANNEXES.....	137

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1: Différents niveaux du système de santé	7
Tableau 2 : Historique de quelques MAPE au Cameroun de 2011 à 2014	17
Tableau 3: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013	19
Tableau 4: Niveau de couverture de quelques interventions de soins de santé primaires	27
Tableau 5: Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2014.....	29
Tableau 6: Répartition des ressources humaines en santé par région.....	34
Tableau 7: Estimation des besoins en personnels par niveau de la pyramide sanitaire	34
Tableau 8: Financements alloués à la formation continue de 2010 à 2015	35
Tableau 9: Contributions totales des partenaires par programme (milliards FCFA)	39
Tableau 10 : Ventilation des enveloppes budgétaires 2013-2015 par niveau (en milliards de FCFA)	42
Tableau 11 : Taux d'exécution (base engagement) du budget MINSANTÉ 2014.	42
Tableau 12: Problèmes prioritaires relevés dans l'analyse de la situation du secteur de la santé	53
Tableau 13: Enjeux significatifs et défis majeurs du secteur santé pour la réduction de la pauvreté.	58
Tableau 14: Arrimage de la SSS à la stratégie nationale de développement (DSCE) et à la Vision 2035 ...	64
Tableau 15: Prise en compte des Objectifs de Développement Durable (ODD) dans la SSS (arrimage)...	65
Tableau 16: Cadre logique de la SSS 2016-2027 (axes stratégiques)	67
Tableau 17 : Cadre logique de la Promotion de la Santé	76
Tableau 18: Cadre logique Prévention.....	84
Tableau 19: Cadre logique prise en charge des cas	92
Tableau 20: Cadre logique Renforcement du Système de Santé	103
Tableau 21: Cadre logique Gouvernance et Pilotage stratégique du système de santé	111
Tableau 22 : Priorisation des objectifs de la SSS 2016-2027	114
Tableau 23 : Plan d'anticipation des aléas négatifs	124
Tableau 24 : Plan d'anticipation des aléas positifs	126
Tableau 25: Décomposition des coûts de la SSS par sous composante sur la période 2016-2027 ...	Erreur !
Signet non défini.	
Tableau 26 : Projections de financement (montants en millions de FCFA).....	132
Tableau 27 : Comparaison entre les besoins réels et les financements disponibles (milliers de FCFA)...	133
Tableau 28 : Clés de répartition par composante.....	134

Liste des figures

Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes.....	8
Figure 2: Évolution du poids global des maladies transmissibles et non-transmissibles au Cameroun de 1990 à 2013.....	13
Figure 3 : Charge morbide de certaines maladies infectieuses	20
Figure 4 : Organisation du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME)	31
Figure 5: Répartition du financement de la santé au Cameroun par type de source (2011)	37
Figure 6: Évolution du budget alloué au MINSANTÉ depuis 2008.....	38
Figure 7: Pourcentage de la dépense totale en santé venant directement des patients.....	38
Figure 8 : Résumé synoptique de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015	51
Figure 9: Résumé synoptique du diagnostic du secteur de la santé.....	52
Figure 10 : Cout de la SSS par année sur la période 2016-2027	128
Figure 11 : Coûts de la SSS 2016-2027 par composante (en pourcentage du coût global)	128
Figure 12: Coûts totaux par pilier du système de santé sur la période 2016-2027	129

Figure 13 : Impact de la SSS sur l'évolution de la mortalité maternelle et infanto juvénile	130
Figure 14 : Projections du nombre d'années de vie sauvées grâce au TARV et à travers la PTME sur la période 2016-2027.....	130
Figure 15: Evolution du budget santé par rapport au budget national.....	132

SIGLESET ABBREVIATIONS

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

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

RESUME EXECUTIF

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé, est arrivée à échéance en 2015. Une évaluation de son contenu et de sa mise en œuvre a guidé l'élaboration d'une nouvelle SSS qui couvrira la période 2016-2027. Cette nouvelle stratégie s'aligne sur le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et sur les Objectifs de Développement Durable (ODD). Le processus d'évaluation de la stratégie 2001-2015 échue et d'élaboration de la nouvelle stratégie a été participatif. Il a bénéficié de l'encadrement technique du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) et des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'une part, et des contributions des administrations partenaires, des représentants du secteur privé, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et de la société civile, d'autre part.

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

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

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

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

Évaluation quantitative

Le processus d'élaboration de la nouvelle stratégie a été amorcé par l'évaluation de la SSS 2001-2015. L'analyse du niveau d'atteinte des objectifs fixés de la SSS échue a révélé que les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires nationaux et internationaux ont, d'une manière générale, amélioré la santé des populations. A titre illustratif, dans le domaine de la lutte contre la maladie, le taux d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI ou DALY) qui est un indicateur évaluant le poids de la maladie a globalement baissé de 23,5% entre 2000 et 2013. Cette réduction concerne principalement les maladies transmissibles. A titre illustratif, on relève que la prévalence du VIH/SIDA est passée de 5,5% à 4,3 % entre 2004 et 2011, et le taux de mortalité spécifique du paludisme en milieu hospitalier de 43% à 22,4% entre 2008 et 2013. De même, la mortalité infanto-juvénile a connu une réduction significative de 28%, passant de 144 à 103 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes entre 2004 et 2014. Concernant la promotion de la santé, la réalisation majeure est la réduction de plus de 50% des cas de sous-alimentation sur l'ensemble du territoire national entre 2001 et 2014.

Alors que les progrès sont perceptibles pour les maladies transmissibles, il n'en est pas de même pour les maladies non-transmissibles dont la charge morbide n'a diminué que de 4,3% entre 2000 et 2010, avec une tendance à la hausse à partir de 2010. Par ailleurs, la mortalité maternelle qui devait être réduite de 2/3 a plutôt augmenté, passant de 669 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011. En outre, le pourcentage des districts viabilisés dont la cible était fixée à 80% est resté rivé autour de 7%.

Évaluation qualitative

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

POINTS FORTS

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

Offre infrastructurelle : Les points forts suivants ont été relevés : (i) l'engagement fort de l'Etat pour la construction des formations sanitaires de proximité et surtout des hôpitaux de référence dans toutes les régions ;(ii) l'existence des normes en équipements ; (ii) la disponibilité des dossiers techniques de réhabilitation des formations sanitaires faisant ressortir les possibilités séquentielles de mise en œuvre des travaux à réaliser (plan de développement architectural et technique des hôpitaux de districts sur financement interne ordinaire);(iii) la disponibilité des techniciens capables d'élaborer des plans architecturaux ainsi que des plans d'aménagement selon les normes ; (iv) l'existence d'une stratégie partenariale permettant de renforcer l'implication du privé dans l'offre de service ; (v) l'existence d'un réseau dense d'instituts de formation ; et (vi) la subvention par l'Etat des formations sanitaires privées et des établissements privés de formation des personnels de la santé.

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

Médicaments : Concernant les médicaments, les points forts relevés sont les suivants : les prix des médicaments essentiels ont été uniformisés dans le secteur public et leurs coûts sont abordables, même dans les zones reculées où l'indice de pauvreté est élevé. Par ailleurs, une politique de gratuité est appliquée pour plusieurs produits médicaux dans le cadre des programmes prioritaires, ce qui constitue un avantage pour les groupes vulnérables (enfants de moins de 5ans, femmes enceintes...).

Financement : On note comme progrès réalisés dans cette thématique, l'opérationnalité et l'effectivité de plusieurs stratégies innovantes pour améliorer le financement de la santé, notamment le Financement Basé sur les Résultats (FBR), le chèque santé, etc. Par ailleurs, le budget de l'Etat en faveur de la santé a connu un accroissement discret au cours des dix dernières années.

Recherche opérationnelle en Santé : Les points forts relevés en matière de recherche opérationnelle sont notamment : le renforcement du cadre institutionnel de la recherche opérationnelle en santé ; le renforcement de la régulation par la création d'un Comité National d'Ethique en Santé Humaine et d'un cadre de concertation en matière de recherche en santé à travers la CCSSRS (Commission Consultative Scientifique et Stratégique pour la Recherche en Santé Humaine); l'existence de structures et outils de mise à disposition et de vulgarisation des données sanitaires et résultats de la recherche en santé, notamment le CDBPS (Centre de Développement de Bonne Pratique en Santé) et le CDNSS (Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé).

POINTS FAIBLES

Les faiblesses observées portent pour l'essentiel sur les aspects suivants : législation, réglementation et politique, Budget/dépenses, Gestion (planification, direction, contrôle et suivi-

évaluation), disponibilité des infrastructures et des équipements de base, et certains aspects relatifs à la recherche opérationnelle en santé.

Législation, réglementation et engagement politique : Le nombre des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui ont travaillé dans une approche sectorielle est resté constant (deux partenaires seulement, AFD et GIZ/KfW œuvrent dans ce sens depuis 2011), dénotant ainsi d'un faible engagement politique. De plus, en raison de l'absence d'un code de santé publique et des vides juridiques constatés, il n'a pas été possible de mieux encadrer les acteurs dans le secteur santé. Enfin, l'impact des déterminants de la santé n'a pas été analysé avec la même rigueur que celui de la prévention et de la prise en charge des maladies dites prioritaires.

L'engagement politique de haut niveau est insuffisant au regard du pourcentage de financement de l'État alloué au secteur de la santé. La Déclaration d'Abuja préconise l'allocation d'une proportion de 15% du budget de l'État à ce secteur. Les outils actuels ne permettent pas de disposer de toute l'information sur les financements alloués à la santé au niveau des autres administrations œuvrant dans le secteur ; toutefois, la proportion du budget national alloué au Ministère de la santé oscillerait ces dernières années autour de 8%.

Budget/dépenses : L'existence de multiples régimes de financement de la santé (28 dénombrés en 2013) témoigne de l'absence d'une approche intégrée et d'une coordination insuffisante dans la gestion des financements. De plus, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (ceux du privé, ceux des administrations partenaires prestataires des soins et des services de santé, ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées) n'a pas contribué à prévenir le double emploi des ressources. Ceci n'a pas permis d'agir de façon cohérente pour gérer les besoins les plus cruciaux des populations cibles (équité horizontale). A ce jour, la collecte des ressources pour la santé (financements privés et publics) et leur mise en commun ne sont pas suffisamment organisées dans le secteur. Par conséquent, la faiblesse du dispositif de suivi/évaluation et les insuffisances relevées au niveau de la coordination des interventions ont eu pour conséquences, le double emploi des ressources et subséquemment le manque d'efficacité constaté. En effet, la dépense moyenne par habitant était de 63 USD en 2012, mais les résultats obtenus étaient similaires à ceux des pays dépensant entre 10 et 14 USD.

Dans le même ordre d'idées, on a relevé que la productivité financière des formations sanitaires n'est pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics ; le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population : seuls 2% sont couverts par des mécanismes y afférents. Les paiements directs qui représentent près de 95% des dépenses privées de santé demeurent la principale modalité d'acquisition des soins. De plus, la persistance de la corruption dans les services publics d'une manière générale reste une pesanteur qui rend difficile l'utilisation efficiente des ressources. Enfin, le manque d'équité observé dans l'accès aux soins a été accentué, entre autres, par l'inefficacité de la mise en œuvre de la couverture santé universelle.

Gestion (planification, direction, contrôle et suivi-évaluation) : Les points préoccupants notés en la matière sont les suivants :

- Le leadership du MINSANTE n'est pas suffisamment fort pour éviter le non alignement des différents acteurs et intervenants. Par conséquent, les interventions financées ne sont pas toujours en adéquation (alignées) avec les priorités identifiées. Par ailleurs, l'extrême verticalisation des interventions ne permet pas d'éviter les doublons, de réaliser les économies d'échelle et par conséquent d'être efficient.

- *Les manquements dans l'accomplissement des missions* du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé (impulsion et animation du secteur de la santé). Cette défaillance a limité la performance globale du secteur.
- *L'inadéquation de la planification stratégique* : les objectifs stratégiques formulés dans la SSS2001-2015 et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles, structurelles et les rythmes de progression antérieurs.
- *L'inadéquation de la planification opérationnelle au niveau régional* : les besoins exprimés par les régions sanitaires n'ont pas tenu compte des contraintes budgétaires et des ressources disponibles. L'absence d'objectifs régionaux réalistes a constitué un frein à l'affectation des ressources en fonction des besoins réels.
- *La faiblesse du système de suivi-évaluation* : les progrès dans le système de santé ont été peu documentés. L'absence d'un plan intégré de suivi-évaluation en est l'une des causes. Par ailleurs, les valeurs de départ et certaines valeurs cibles des indicateurs de suivi de la SSS échue n'ont pas été renseignées, ce qui a rendu leur suivi difficile. En outre, leur nombre était pléthorique. *Le déficit dans l'anticipation et la gestion des risques du fait de l'absence d'un plan de gestion des risques* : il n'a pas été possible d'anticiper les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie ; cela a entraîné une attitude plus réactive que proactive des acteurs de mise en œuvre de la stratégie échue.
- *Le déficit de la mise en œuvre des mécanismes de redevabilité* : peu de mécanismes de redevabilité des acteurs étaient mis en place ou étaient fonctionnels ; ce qui a constitué l'une des causes d'inefficacité.

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

Recherche opérationnelle en Santé : Les points faibles enregistrés en recherche opérationnelle en santé sont : le non-respect du cadre réglementaire légal existant régissant la pratique de la recherche en santé au Cameroun ; L'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation et le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées; La faiblesse dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de recherche en santé au MINSANTE; L'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé ; Une faible culture de la recherche, du suivi et de l'évaluation; La faiblesse en matière de diffusion des résultats de la recherche, de disponibilité des bases factuelles fiables et d'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision en santé.

ELABORATION DE LA SSS 2016-2027

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

État des lieux et diagnostic

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

Le problème majeur du système de santé est sa faible capacité à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif. Ce problème central a pour conséquences :

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

Cadre stratégique du secteur de la santé

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

La vision de la SSS 2016-2027 est la suivante:

« Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés».

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

En ce qui concerne la promotion de la santé, il s'agira, d' «Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027». À cet effet, quatre objectifs spécifiques ont été identifiés :(i) Renforcer les capacités institutionnelles, communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé ; (ii) Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé d'ici 2027 ; (iii) Renforcer les aptitudes des individus et des communautés dans au moins 75 % des DS d'ici 2027 ; (iv) Réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027, principalement chez les adolescents.

Dans le domaine de la prévention de la maladie, il sera question d'ici 2027 de réduire d'un tiers, la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies évitables au Cameroun. Pour ce faire, l'accent sera mis sur :(i) la réduction d'au moins un tiers de l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027; (ii) le renforcement de la surveillance et de la prévention des maladies à potentiel épidémique, des zoonoses et des événements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts d'ici 2027; (iii) l'amélioration de la couverture des interventions de prévention SRMNEA dans au moins 80% de districts de santé et ; (iv) la réduction d'au moins 1/5^e de l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027.

En ce qui concerne la prise en charge des cas, l'objectif stratégique est de : « Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non-transmissibles et la mortalité maternelle et infanto-juvénile ». A cet effet, il s'agira d'ici 2027 : (i) d'assurer une prise en charge curative de toutes les maladies transmissibles et non-transmissibles selon les normes ainsi que celle de leurs complications dans au moins 80% des structures sanitaires ; (ii) d'assurer une prise en charge curative des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant selon les normes dans au moins 80% des structures sanitaires; (iii) d'assurer la prise en charge curative des urgences et des événements de santé publique dans au moins 80% des structures sanitaires selon les normes, et (iv) de réduire d'au moins un tiers la proportion de la population présentant au moins un handicap.

S'agissant du renforcement du système de santé : l'objectif global de cet axe stratégique est de « Développer des capacités institutionnelles dans 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé ». Pour y parvenir, il sera nécessaire : (i) de réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ; (ii) d'assurer la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets de services selon les normes dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027 ; (iii) d'augmenter de 50% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation d'ici 2027; (iv) d'augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027; et (v) d'ici 2027, de renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le domaine de la gouvernance et du pilotage stratégique : l'objectif global ici consistera à « Augmenter d'au moins 50% la performance du système de santé à tous les niveaux ». Une échelle d'évaluation de la gestion axée sur les résultats sera développée à cet effet. Les objectifs spécifiques retenus sont : (i) Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers un renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité d'ici 2027 ; et (ii) D'ici 2027, rendre la planification, la supervision et la coordination des interventions de toutes les parties prenantes, ainsi que la veille stratégique et sanitaire fonctionnelles et systématiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ».

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

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

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

Des réformes sont nécessaires pour une mise en œuvre réussie de la SSS. Parmi elles, on peut citer : (i) la réforme de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique ; (ii) le développement d'un quatrième niveau de soins dénommé *niveau communautaire* ; (iii) le développement d'un système

d'assurance qualité ; et (iv) la réforme du financement de la santé avec le développement de la couverture santé universelle.

Financement de la stratégie : L'estimation des coûts nécessaires à la mise en œuvre des actions identifiées dans la SSS 2016-2027 a été réalisée à travers la méthode de planification par objectif. Le coût total de l'ensemble des composantes et sous-composantes est estimé à 5 192 milliards FCFA pour la période 2016 – 2027 à partir de l'outil « One Health », soit une moyenne annuelle de 433 milliards FCFA. Ce volume se répartit comme suit : pour la promotion de la santé 298 milliards FCFA, pour la prévention de la maladie 884 milliards FCFA, pour la prise en charge curative des cas, 1 165 milliards FCFA, pour le renforcement du système de santé 2 485 milliards FCFA et pour le pilotage stratégique et la gouvernance, 359 milliards FCFA. Pour ce qui est du financement de la demande, la stratégie retenue sera axée sur la recherche des financements innovants et le développement des mécanismes de partage du risque maladie. Enfin, la valorisation de la stratégie du Financement Basé sur les Résultats comme mode de financement de l'offre des services et des soins sera une des options privilégiées, car elle met un accent particulier sur les résultats.

Suivi de la mise en œuvre : Le suivi de la mise en œuvre sera effectué à tous les niveaux par les instances de pilotage et de coordination. Toutefois, au niveau central et pour une meilleure efficacité du suivi des interventions planifiées, certaines réformes structurelles et organisationnelles s'imposent *de facto*. Elles concernent notamment la création d'un comité technique de suivi pour assurer la coordination opérationnelle de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Ce comité sera présidé, au niveau central, par le Secrétaire Général du MINSANTE et co-présidé par le Secrétaire Général du MINEPAT. Les membres de droit seront, entre autres, les ministères en charge de la santé animale, de l'environnement, de la défense, de la sûreté nationale, etc. Le comité de Pilotage du secteur aura des démembrements au niveau régional. Ceux-ci seront placés sous la présidence du Gouverneur afin de renforcer la coordination des interventions et la réflexion stratégique dans l'esprit de l'approche « Une santé ». Au niveau opérationnel, les capacités institutionnelles et opérationnelles des équipes cadres des districts seront renforcées dans le cadre du processus de décentralisation en cours. Ce renforcement sera fonction du niveau de développement des districts de santé. Par ailleurs, les mécanismes de suivi des performances et de redevabilité des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions seront développés, puis mis en œuvre à tous les niveaux de la pyramide.

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

Le suivi systématique de la mise en œuvre de la SSS sera organisé sous forme de revues semestrielles, annuelles, à mi-parcours et en fin de cycle, assorties de rapports suivant un canevas défini et partagé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Compte tenu des insuffisances inhérentes au suivi de la mise en œuvre de la SSS échue, une assistance technique (de préférence nationale) est indispensable et sera envisagée pour les premières années de mise en œuvre de cette stratégie.

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

Première PARTIE : CONTEXTE GLOBAL ET NOTE METHODOLOGIQUE

Chapitre 1. CONTEXTE GLOBAL DU SECTEUR SANTÉ

1.1 Généralités sur le Cameroun

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, a une superficie de 475 650 km². Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, au Nord-Est par le Tchad. Le pays est caractérisé par une diversité géographique.

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

1.2 Organisation politique et administrative

En 2015, le Cameroun compte 10 Régions, divisées en 58 Départements et 360 Arrondissements. On dénombre également 360 Communes [1]. La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 [2] prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, le décret N° 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes, il s'agit de : la construction, l'équipement et la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI). Par ailleurs, les Maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines.

1.3 Situation économique et sociale

1.3.1 Situation macroéconomique

En 2014, le PIB (Produit Intérieur Brut) courant du Cameroun était estimé à 15 846 milliards de francs CFA avec un taux de croissance annuel de 5,9% et un taux d'inflation de 1,9% [3,4]. Les projections actuelles situent le taux de croissance annuel moyen à 6,3% entre 2015 et 2017 [5].

En décembre 2014, suite à l'initiative du Président de la République, le Gouvernement a adopté le « *Plan National d'Urgence Triennal (PLANUT) pour l'accélération de la croissance* ». L'enveloppe affectée à ce plan est de 925 milliards de Francs CFA. Le volet santé du PLANUT a deux composantes essentielles : (i) la réhabilitation de l'infrastructure et le relèvement des plateaux techniques des hôpitaux généraux de Douala, Yaoundé et du

Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (30 milliards); (ii) la construction et l'équipement des Centres Hospitaliers Régionaux (120 milliards)².

1.3.2 Situation démographique et politique de la population

En 2015, la population du Cameroun est estimée à 22 179 707 habitants [7]. Le taux d'accroissement de la population était de 2,6% entre 2005 et 2010. À ce rythme, la population devrait atteindre 36 millions d'habitants en 2035. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national : les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 20% de la population nationale. Les régions les plus peuplées sont le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,1%) et le Nord (11,0%). En 2010, 52% de la population totale vivaient en milieu urbain, 43,6% avaient moins de 15 ans et seulement 5,5% de personnes âgées de 60 ans ou plus.

Le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique, la fécondité y est encore élevée. Une telle croissance démographique entraîne un ratio de dépendance élevé (environ 95%) et une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière [8].

1.3.3 Situation sociale

En 2014, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%) [9]. En 2010, 70% de la population étaient en situation de sous-emploi global, c'est-à-dire travaillait involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale de 35 heures, ou gagnait moins que le SMIG horaire. Par ailleurs, le taux net de scolarisation au niveau primaire (personnes de 6 à 11 ans) est resté autour de 80% entre 2005 et 2010. Le taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans ou plus était estimé à 71% en 2010 (55% chez les femmes) [8].

1.3.4 Équité et justice sociale en santé

Selon les estimations du MINEPAT et du PNUD, l'espérance de vie passera de 51,7 ans en 2010 à 56,3 ans en 2020 [10]. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153^{ème} rang sur les 188 pays évalués en 2014 [11]. Mais l'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a légèrement augmenté passant de 0,156 à 0,161. Cette hausse indique qu'il y a une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus [10].

Les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux plus aisés: 14,5% pour le quintile le plus pauvre contre 25% pour le quintile le plus riche en 2007. En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait 43%, elle n'était que d'environ 3% pour les plus pauvres [12]. Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain). À titre d'exemple, seulement 46,7% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine [13].

1.3.5 Contexte humanitaire et sécuritaire

La situation de conflits/terrorisme dans le nord du Nigeria et en République Centrafricaine (RCA) a des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les Régions de l'Extrême Nord et de l'Est, entravant ainsi l'offre de services sociaux de base (services et soins de santé). Le nombre de réfugiés provenant de ces deux pays a été estimé à 309 013 au 31 Août 2015 ; par ailleurs ces conflits ont provoqué le déplacement interne de 81 693 personnes au Cameroun [14].

²Convention cadre de construction et d'équipement entre la République du Cameroun et Alliance Développement Immobilier et le Groupe Banque Atlantique du 19 décembre 2015.

1.4 Voies de communication

Le Cameroun dispose d'infrastructures de transport dense intégrant les réseaux routiers, ferroviaire et maritime. Le réseau routier s'est considérablement développé atteignant en 2012 près de 77 589 km dont 5133 seulement étaient revêtus [15]. Le réseau routier est très peu maintenu par conséquent, des efforts considérables doivent être déployés pour son entretien.

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

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

En ce qui concerne l'exposition hebdomadaire aux médias de masse, les responsables des ménages sont plus fréquemment exposés à la télévision (42 %) qu'à la radio (24 %) ou à la lecture d'un journal (11 %) [17]. Cependant, près de la moitié des responsables de ménages (51 %) n'est exposée à aucun média (radio, télévision, journal) de manière hebdomadaire.

L'exposition aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et aux médias s'accroît avec le niveau d'instruction et le niveau de revenus [16,17]. Par conséquent, l'information sanitaire n'est pas toujours accessible aux couches les plus défavorisées.

Chapitre 2. NOTE METHODOLOGIQUE

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

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

La présente note méthodologique rend compte du processus et des outils de travail utilisés dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027. Cette méthodologie s'est appuyée sur les deux documents de références que sont : (i) le Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun, édition de 2011 (MINEPAT) [18], dont toutes les étapes ont été respectées avec des ajustements lorsque cela était nécessaire ; et (2) le Guide de l'OMS pour l'Élaboration d'une Politique Nationale de Santé et d'un Plan Stratégique National de Santé [19].

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

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

2.2 Cadre institutionnel et organisationnel

Sur le plan institutionnel, le Comité de Pilotage du Secteur Santé a été réorganisé par l'arrêté N° 186/PM du 20 Décembre 2010, du Premier Ministre Chef du Gouvernement [20]. Présidé par le Ministre de la santé publique, ce Comité a pour mission d'assurer le pilotage du secteur et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé. À cet effet, il comprend en son sein un Secrétariat Technique, véritable cheville ouvrière du processus d'élaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS). Cet organe technique a en charge :

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

Le 28 novembre 2014, un Groupe technique de Travail a été mis sur pied par Décision N°1412/D/MINSANTE/SG du Ministre de la Santé publique [21]. Présidé par le Secrétaire Général du MINSANTE, ce groupe avait pour mission principale, la production des différents livrables du processus d'élaboration de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027.

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

D'autres experts ad hoc indépendants ont été mobilisés en raison de leur connaissance des problématiques de santé, de leur maîtrise du processus de planification stratégique ou encore de leur expertise avérée dans un domaine de la santé.

2.3 Implication et participation des parties prenantes

L'approche d'élaboration de la SSS 2016-2027 a été largement participative et consultative. Un effort a été déployé tout au long du processus pour impliquer l'ensemble des parties prenantes, y compris les bénéficiaires des interventions de santé. Diverses modalités de travail ont été utilisées : travaux en régie, ateliers, entretiens individuels, revues documentaires et consultations participatives, focus groups discussion auprès des acteurs majeurs de mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé et auprès des bénéficiaires, groupes de travail dirigés etc.

2.4 Étapes majeures et déroulement du processus

Le processus d'élaboration de la SSS 2016-2027 s'est articulé autour des étapes majeures suivantes :

- Evaluation interne de la SSS 2001-2015 ;
- Élaboration du document « Etat des lieux et diagnostic du secteur santé » avec pour modalités principales de travail : (i) une revue documentaire exhaustive et participative (ii) un recueil des perceptions des acteurs de mise en œuvre de la stratégie échue 2001-2015 à tous les niveaux de la pyramide; (iii) un recueil des perceptions des bénéficiaires dans les dix Régions sur les interventions de santé mises en œuvre ;
- Formulation des choix stratégiques ;
- Élaboration d'un cadre sommaire de pilotage et de suivi/évaluation de la mise en œuvre de la SSS 2016-2027.

L'évaluation interne de la SSS 2001-2015 a été faite avec l'outil JANS (*Joined Assessment of National Health Strategies, version d'Avout 2013*) [22] et la grille d'analyse intitulée « Analyse d'un document de stratégie » proposée par le Guide méthodologique de planification stratégique au Cameroun [18]. Ces outils ont permis de formuler les questions d'évaluation, d'analyser le contenu de la mise en œuvre de la stratégie échue. Ensuite, les points faibles et les points forts de cette stratégie ont été relevés, catégorisés puis, analysés suivant leur nature.

L'élaboration du document « État des lieux et diagnostic du secteur santé » quant à elle a comporté quatre temps forts : 1/ la délimitation du secteur et son positionnement par rapport aux autres secteurs de développement ; 2/ la segmentation de ce secteur en composantes et sous-composantes ; 3/ la description des besoins des bénéficiaires dans le secteur ; 4/ la description de la situation de l'offre de services institutionnelle et communautaire ; et enfin 5/ l'établissement du diagnostic sectoriel au moyen de l'analyse causale des problèmes identifiés.

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

Enfin, la méthode DELPHI, utilisée pour la consultation des acteurs du niveau central, a permis de bâtir le consensus autour des problèmes du secteur de la santé, puis de faire le point sur les principaux enjeux et défis majeurs du secteur.

Pour ce qui est de la **formulation des choix stratégiques du secteur santé**, des ateliers multisectoriels de planification ont été organisés pour passer tour à tour des arbres à problèmes aux arbres à objectifs. Ils ont également permis de formuler la vision du secteur. À l'issue de cette étape, trois options stratégiques ont été formulées puis analysées et soumises au comité de pilotage qui a validé la meilleure option stratégique pour le secteur. L'option validée a été développée en termes de but assigné au secteur, d'objectifs globaux (ou stratégiques), de spécification des stratégies, des axes d'interventions.

La budgétisation de ces interventions a été effectuée à l'aide de l'outil « *One Health Tool* » [23], l'équipe de planification stratégique ayant été préalablement formée à l'usage de cet outil.

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

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

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

Chapitre 3. ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE LA SANTE

3.1 Présentation du secteur de la santé

3.1.1 Organisation du secteur de la santé

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

Tableau 1: Différents niveaux du système de santé

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

Source : MINSANTE. Cadre conceptuel du District de Santé complété à partir de l'organigramme de 2013

3.1.2 Délimitation et segmentation du secteur

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

Selon le décret N°2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement [25], et conformément aux missions assignées au secteur de la santé, il est attendu que celui-ci définisse, mette en œuvre, coordonne et assure le suivi-évaluation de la politique nationale de santé au Cameroun.

3.1.2.2 Principaux acteurs du secteur

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

- les ministères et administrations prestataires des soins de santé: le MINDEF, la DGSN, le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP, le MINJUSTICE, le MINAS, et le MINTSS ;
- Les ministères partenaires œuvrant pour la promotion de la santé notamment ceux qui agissent sur les déterminants de la santé: le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP, le MINPROFF, le MINAS,

le MINTSS, le MINCOM, le MINADER, le MINEPIA, le MINEE, le MINEPDED, le MINDUH, le MINTP, le MINEFOP, le MINSEP, le MINJEC, et le MINAC.

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

3.1.2.3 Segmentation du secteur en composantes et sous-composantes

Le secteur de la santé a été segmenté en trois composantes verticales qui sont : i) promotion de la santé, ii) prévention de la maladie et iii) prise en charge des cas ; et en deux composantes horizontales ou transversales : (iv) renforcement du système de santé et v) gouvernance et pilotage/gestion stratégique. Cette segmentation est schématisée dans la figure ci-dessous.



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

Source : MINSANTE (ST-CP/SSS) à partir de la segmentation du secteur santé [26].

3.2 Composante promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé et de l'améliorer [27]. Le présent chapitre s'appesantira sur les aspects suivants: (1) milieu de vie des populations, (2) acquisition des aptitudes favorables à la santé, (3) actions menées par la communauté pour la prise en charge de ses problèmes de santé et (4) planification familiale.

3.2.1 Milieu de vie des populations

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

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

Au Cameroun, plus de 27% des ménages n'ont pas accès à l'eau potable. La proportion des ménages utilisant des sources d'eau améliorée est néanmoins passée de 68,9% à 72,9% entre 2011 et 2014 [13,28]. Cependant, seuls 10,9% des ménages n'ayant pas accès aux sources d'eau améliorée utilisent des techniques de traitement appropriées de l'eau. En 2011, près de 41% des ménages (67% en milieu rural et 15% en milieu urbain) ne disposaient pas de toilettes améliorées. Par ailleurs, l'utilisation de ces toilettes améliorées par les ménages a diminué ; passant de 39,9% à 34,9% entre 2011 et 2014 [13,28].

S'agissant de l'hygiène du milieu, la production moyenne annuelle des déchets ménagers solides est de 312 kg/an/personne avec plus de 23% directement jetés dans les rigoles et/ou dans la nature [29]. Des usines implantées en plein centre urbain exposent les métropoles camerounaises à une importante pollution des cours d'eau et de l'atmosphère par des résidus toxiques. En 2011, la production annuelle de déchets industriels dans la seule ville de Yaoundé était de 153 152 tonnes. Ceux issus des activités de soins étaient évalués à 55,6 tonnes par jour [29]. Leur gestion pose un problème malgré l'existence d'un Plan National de Gestion des Déchets Hospitaliers et la réouverture de l'école de formation du génie sanitaire depuis 2007. De même le traitement des produits pharmaceutiques impropres à la consommation, dans les FOSA ou ailleurs (médicaments avariés, périmés, et médicaments de la rue) est mal assuré. Ceci demeure une réelle préoccupation au vu des coûts liés aux respects des exigences environnementales à observer lorsqu'ils doivent être détruits.

La gestion des déchets en milieu urbain (chef-lieu des régions et certains départements) est assurée par la société HYSACAM (Hygiène et Salubrité du Cameroun), mais, les quartiers enclavés ne sont pas encore desservis. Cette insuffisance de desserte est à l'origine des inondations et du développement des maladies à transmission vectorielle et celles du péril fécal. Cependant, des initiatives de pré-collecte sont en cours dans ces quartiers et sont effectuées par certaines communes d'arrondissement à travers le programme PADY II (2013-2017) [29].

3.2.1.2 Qualité de l'air

En 2004, et d'après l'OMS, la pollution de l'air intérieur par la combustion du charbon de bois et du bois de chauffage et celle de l'air extérieur par les PM10 ont été respectivement à l'origine de 11 400 et de 2 200 décès au Cameroun [30]. L'INS quant à lui révèle que 49% des ménages en milieu urbain (92,5% en milieu rural) utilisent le bois comme combustible pour la cuisine [13]. Les oxydes d'azote, principaux polluants en milieu urbain, émanent surtout des véhicules ayant plus de 15 ans d'âge [31]. Ces derniers représentaient près de 92% du parc automobile en juin 2015 [32].

La portée des projets comme « *Smoke and Drinking Water* »³, où seuls 15 artisans locaux ont été formés pour la construction et la commercialisation des foyers améliorés produisant une infime quantité de fumée et de CO₂, demeure très faible [33].

3.2.1.3 Effets des changements climatiques et de la transition énergétique

Les changements climatiques et la transition énergétique constituent de nouvelles menaces pour la santé publique à l'échelle mondiale. En effet, les répercussions des transitions écologique et énergétique imposent de nouvelles stratégies permettant d'améliorer la résilience des populations et du système de santé à ces changements. Lesdits changements ont pour conséquences: l'aggravation de l'incidence des maladies liées à l'eau, aux aliments, aux vecteurs, etc. ; et l'aggravation de la pollution de l'air, de la pénurie de la nourriture et de l'eau[34].

3.2.1.4 Rayonnements non-ionisants

Environ 41,6% des logements des personnes âgées sont construits à proximité des lignes de haute tension qui génèrent des champs magnétiques de très basse fréquence [35]. Ces derniers sont associés à la survenue de la leucémie infantile [36].

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

Les efforts consentis dans le cadre du développement des infrastructures de proximité pour la pratique des activités physiques et sportives (APS) restent insuffisants. On peut néanmoins citer la construction de 10 plates-formes sportives de proximité, de 03 parcours Vita (Yaoundé, Douala, Bamenda) et de complexes sportifs dans certaines villes (Bertoua, Bafoussam, Maroua, Ebolowa, etc.), ainsi que leur réhabilitation pour l'organisation des jeux scolaires et universitaires. Cependant, ces derniers ne sont pas convenablement entretenus [37]. Il existe également un Programme National de Développement des Infrastructures Sportives (PNDIS) qui vise à doter toutes les régions et villes d'infrastructures sportives adaptées à la pratique du sport en général et du sport d'élite en particulier [38].

3.2.1.6 Habitat

D'après l'INS, 85% de la population urbaine vivait dans des logements précaires en 2011 [13] ; et 70% de l'espace urbain était occupé par les quartiers d'habitat spontané, anarchique et indécents [39].

3.2.1.7 Milieu scolaire

En 2012, seules 19,5% d'écoles primaires disposaient d'électricité et 42,3% avaient de l'eau potable [40]. En outre, près de la moitié possédaient des toilettes mal entretenues pour la plupart, et environ un tiers d'entre elles disposait d'une boîte à pharmacie. Par ailleurs, très peu d'écoles possédaient une cantine scolaire et un espace de jeu.

3.2.1.8 Milieu carcéral

Au 31 août 2015, dans l'ensemble des prisons du Cameroun, on dénombrait environ 27000 détenus pour une capacité globale d'accueil de 16 000 places. Ces détenus étaient répartis dans 78 prisons avec une proportion de 94,6% d'hommes, 2% de femmes et 3,4% de mineurs [41]. Les facteurs de risque auxquels étaient exposés ces détenus sont : la sédentarité, le stress, la promiscuité et l'aération insuffisante des cellules qui favorise la survenue de la Tuberculose pulmonaire [42]. Les maladies les plus fréquentes par ordre d'importance dans ce milieu sont : le paludisme, les dermatoses, les diarrhées, l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose [43]. En ce qui concerne les ressources humaines en santé, le réseau de l'administration pénitentiaire dispose de 23 médecins; 36 Infirmiers Diplômés d'État, 113 Aides-soignants, et 34 Agents Techniques Médico-Sanitaires. Il convient de signaler que ces personnels ne s'occupent principalement que des activités curatives.

³Projet exécuté par la GIZ, avec l'appui financier de l'OMS, de septembre 2008 à novembre 2009.

3.2.2 Acquisition des aptitudes favorables à la santé

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

3.2.2.1 Alimentation et nutrition

Etat nutritionnel des enfants de moins de cinq ans : La prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) est restée stable, autour de 31% de 2011 à 2014. La malnutrition modérée et sévère a quant à elle régressé de 5,6% à 5,2%, pendant la même période, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord étant les plus affectées avec des prévalences respectives de 12% et 10,2%. En 2014, la prévalence nationale de l'insuffisance pondérale était de 14,8% tandis que celle de l'obésité était de 6,7% [13,28].

Le taux d'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois était de 28,2% en 2014 [13,28]. En ce qui concerne les micronutriments, la prévalence en 2011 de la carence en fer chez les enfants de moins de cinq ans était de 60 %, celle en vitamine A de 34,4% et celle en zinc de 69,1%. La consommation de sel iodé a diminué, passant de 90,9% à 86% de 2011 à 2014 alors que l'Arrêté N° 0113/A/MSP/SG/DSFM du 29 mai 1991 institue l'iodation obligatoire du sel sur toute l'étendue du territoire national.

État nutritionnel des adultes y compris les femmes en âge de procréer : Environ un tiers (32%) de femmes présentait un surpoids ou était obèse en 2011, mais cette proportion était plus élevée dans les grandes villes que sont Yaoundé et Douala, où elle atteignait 46% [13]. La prévalence de l'anémie était de 40% chez les femmes de 15 à 45 ans et de 50% chez les femmes enceintes [13,28]. Chez les femmes de 15 à 49 ans, la prévalence de la carence en vitamine A était de 21,4% en 2011, celles en zinc et en acide folique étaient respectivement de 76,9% et 8,4% [44].

3.2.2.2 Sécurité routière en milieux urbain et interurbain

En valeur absolue, le nombre de victimes d'accident sur la voie publique (AVP) a diminué, passant de 3552 à 3071 blessés entre 2011 et 2013. Cette réduction a été obtenue grâce aux actions conjointes de prévention et de sécurité routière du MINTRANS et du MINDEF sous la coordination du Comité National de la Route (CONAROUTE). Les décès sont quant à eux passés de 1588 à 1170 au cours de la même période [45]. Le taux de létalité reste encore élevé (près de 40%), ce qui témoigne soit d'une faible promptitude/efficacité dans la prise en charge des victimes des AVP, soit de la gravité des cas. En effet, les Services d'Assistance Médicale d'Urgence ont été créés à cet effet mais restent peu fonctionnels.

3.2.2.3 Pratique des activités physiques et sportives

La place et l'importance des activités physiques et sportives pour l'entretien de la santé ne sont pas suffisamment ancrées dans les mœurs, ce qui pourrait s'expliquer par : la pénurie et la vétusté des infrastructures sportives, l'absence d'une plateforme de collaboration entre le MINSANTE et les ministères partenaires, le fonctionnement anarchique des centres de remise en forme dans les régions, l'insuffisance de personnels qualifiés et la faible diffusion de messages d'information et de sensibilisation du grand public [46].

Toutefois, l'on peut relever : (i) la formation de 2194 enseignants d'EPS en 2012-2013, lesquels ont été majoritairement mis à la disposition des différentes administrations utilisatrices (MINESEC, MINEDUB, MINEFOP, MINESUP, etc.) ; (ii) l'existence de nombreuses organisations et structures d'encadrement du sport de masse (Fédération Camerounaise du Sport pour Tous, Fédération Camerounaise du Sport du Travail, Parcours Vita, et d'autres associations de promotion de la pratique du sport de maintien, etc.) et ; (iii) l'institutionnalisation depuis 2005 par les pouvoirs publics de la célébration de la Journée Nationale de l'Éducation Physique [37,47].

3.2.2.4 Attitudes favorables à la santé en milieu familial (vie sociale et familiale)

Le MINPROFF a formé plus de 27 000 personnes (chefs et mères de familles) sur diverses thématiques telles que la santé de la reproduction, l'éducation pré-nuptiale, l'infection à VIH/SIDA et les IST [48]. Cependant ces performances ne permettent pas de couvrir tous les besoins du fait de l'insuffisance des ressources humaines et financières, et de la persistance des pesanteurs socioculturelles. Sur les 11 794 postes prévus par l'organigramme du MINPROFF, seuls 823 sont pourvus, ce qui ne représente que 7% [49]. De plus, seulement 10,33% des personnels sont spécialisés dans le travail social. Sur le plan financier, 85 millions de FCFA (1.9% du budget du MINPROFF) sont alloués aux activités de promotion de la famille.

Le MINAS, qui a pour mission l'encadrement social des individus, dispose de 32 services d'action sociale auprès des formations sanitaires sur l'ensemble du territoire national. Toutefois, au regard des besoins, le nombre de travailleurs sociaux y exerçant reste qualitativement et quantitativement insuffisant [50].

3.2.2.5 Usage abusif des substances illicites ou nocives

D'après l'INS, dans le rapport de l'enquête GATS, environ 1,1 million de camerounais consomment du tabac soit 13,9% des hommes, et 4,3% des femmes au sein de la population générale [51]. L'âge moyen d'initiation au tabagisme quotidien est d'environ 18,5 ans. Par ailleurs, 15% d'adultes ayant déjà fumé quotidiennement avaient commencé la pratique avant l'âge de 15 ans en milieu urbain, contre 5,3% en milieu rural. La consommation abusive des substances illicites, de psychotropes antidouleur (tramadol et cannabis) est observée dans toutes les régions du pays [52]. Pour y remédier, plusieurs interventions de sensibilisation et de plaidoyer sont menées dans le cadre du Comité National de Lutte contre la Drogue créé en 1992. Cependant, il n'existe pas de structures de lutte contre les addictions pour accompagner le sevrage chez les personnes désireuses.

La consommation d'alcool est estimée à 8,4 litres d'alcool pur par personne et par an chez les plus de 15 ans [53]. La prévalence de l'alcoolisme est de 4% chez les hommes contre 0,9% chez les femmes. Celle des maladies liées à l'alcool est estimée à 9,5% chez les hommes et 1,9% chez les femmes [54].

3.2.3 Actions de la communauté pour la promotion de la santé

Le Cameroun a adopté en 1993, la politique de réorientation des soins de santé primaires issue de l'Initiative de Bamako. Cette politique se caractérise par le développement des « structures de dialogue ». L'action communautaire à ce jour s'exprime à travers [55]:

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

En ce qui concerne la société civile, environ 160 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle aux activités du Ministère de la Santé Publique (Lettres d'Accord de Collaboration, Convention-cadres et Contrats d'Exécution). Plusieurs administrations publiques œuvrent pour le renforcement de l'action communautaire (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINEPIA etc.). Un guide des interventions sous directives communautaires est disponible depuis 2012. Le document de politique de santé communautaire quant à lui est en cours de finalisation. La santé communautaire n'est pas suffisamment développée dans le système de santé et les agents de santé communautaires opèrent sans cadre juridique. Ce qui pourrait expliquer les faibles performances observées et suggère la nécessité du développement d'un quatrième niveau de soins et services de santé.

Le budget de la promotion de la santé représentait 0,3% du budget du CDMT 2007-2009 ; et 1% de la programmation budgétaire dans le PNDS 2011-2015 du Ministère de la Santé Publique [56,57].

3.2.4 Planification familiale et promotion de la santé de l'adolescent

En 2014, la prévalence contraceptive était de 34,4% avec une proportion de 21% pour la contraception moderne (avec une grande disparité entre les régions). Cette dernière se situait à 16% en 2011 ; malgré la progression observée, elle reste faible. Les besoins non-couverts étaient de 18% en 2014 [13,28]. Le taux d'avortement chez les femmes de 15 à 35 ans se situe entre 30 à 40 % et près d'un quart de ces avortements sont provoqués [58]. Environ 20% des formations sanitaires ont au moins un prestataire formé à l'offre de la technologie contraceptive, (14,2% sont dans le sous-secteur-public, 4,4% dans le sous-secteur privé à but lucratif et 1,4% dans le sous-secteur privé à but non lucratif) [59]. On note que 71,3% des formations sanitaires offrent les méthodes de courte durée et 19,4% offriraient en plus de ces méthodes, des implants[59].

Les problèmes relatifs à la Planification Familiale sont de plusieurs types : engagement politique insuffisant, ressources humaines insuffisamment qualifiées, manque d'intrants et faible mise en œuvre des stratégies de communication visant à lever les barrières socioculturelles [59].

3.3 Composante prévention de la maladie

La survenue de la crise économique mondiale après 1970 a créé des inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des pays. Celle-ci a eu pour conséquence au Cameroun une hausse globale de la morbidité pendant cette période. À partir des années 2010, le pays a connu une baisse globale de la morbidité et une amorce de la transition épidémiologique caractérisée par une baisse de la prévalence des maladies transmissibles et une augmentation de celle des maladies non transmissibles. La réduction des maladies transmissibles est liée à l'amélioration des facteurs de risque majeurs tels que l'accessibilité à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement de l'environnement immédiat.

Malgré cette transition épidémiologique, le fardeau et les prévalences des maladies transmissibles demeurent nettement plus élevés que celles des maladies non transmissibles.

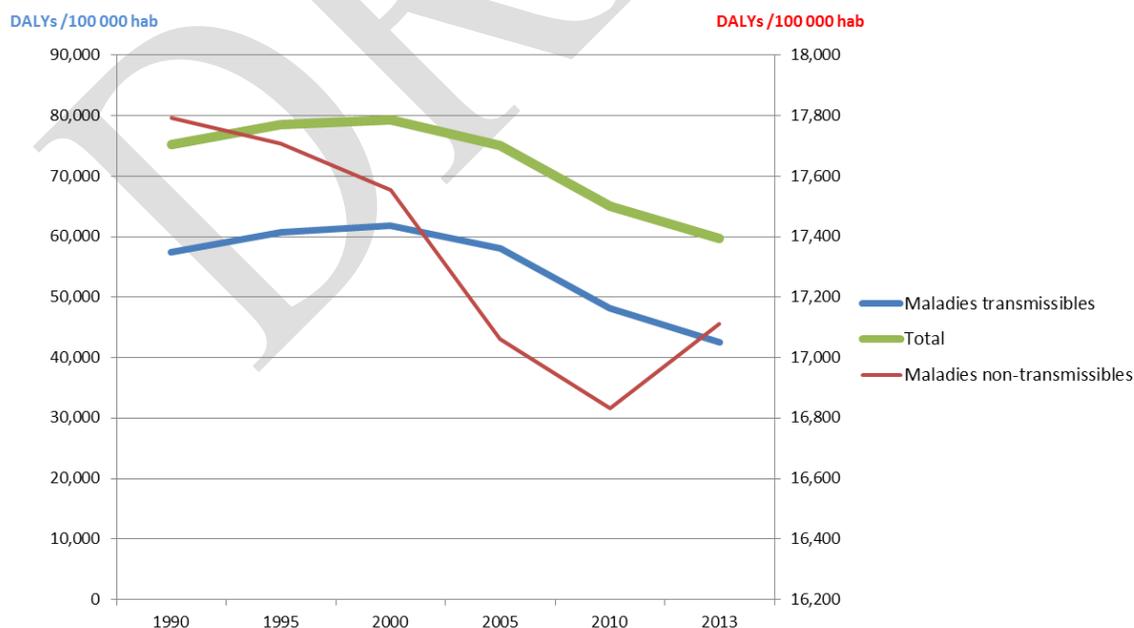


Figure 2 : Évolution du poids global des maladies transmissibles et non-transmissibles au Cameroun de 1990 à 2013.
Source: Adapté des données du Global Burden of Diseases of 2015 [60]

Entre 2007 et 2015, les financements alloués à la prévention de la maladie et à la prise en charge des cas représentaient respectivement 29,7% et 30% du budget du MINSANTE [57]. Mais, d'après les comptes nationaux de la santé, les dépenses totales relatives à la prévention de la maladie s'élevaient à 13,6 milliards de FCFA en 2011, soit 2,9% des dépenses totales de santé [61].

3.3.1 Maladies Transmissibles

3.3.1.1 VIH/Sida, IST, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales

VIH/Sida et IST : La prévalence moyenne du VIH est de 4,3% dans la population des 15-49 ans et avec un pic de 8,1% dans la tranche de 35 à 39 ans [13]. Le nombre de nouvelles infections liées au VIH était quant à lui estimé à 58 757 en 2014[62]. Les populations clés du VIH sont constituées de : travailleurs du sexe (36%), homosexuels (24-44%), camionneurs (16%). Les autres populations vulnérables sont : les détenus, les adolescents et jeunes, les réfugiés, et les travailleurs des pôles économiques. Par ailleurs, la prévalence du VIH est très élevée parmi les veuves (17,9%), les divorcées/séparées (15,7%), et les veufs (10,6%) [13]. De plus, l'épidémie s'est féminisée : dans les tranches d'âge 15-19 ans et 20-24 ans, il y a entre 5 et 6 fois plus de filles que de garçons atteints. En outre, la distribution épidémiologique montre également une disparité entre les zones urbaines (4,8%) et les zones rurales (3,8%) ainsi qu'entre la région de l'Extrême-Nord à 1,2% et la région du Sud à 7,2%.

Les déterminants les plus importants qui entretiennent l'épidémie au Cameroun sont : la multiplicité des partenaires sexuels au cours de la vie, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, l'activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés, la prostitution importante et très mobile, la réticence à l'utilisation des préservatifs, la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les actes de transfusion sanguine [62].

Tuberculose [63] : Dans son rapport 2014, l'OMS a estimé entre 47 000 et 49 000 le nombre de cas incidents, soit un taux compris entre 210 et 265 pour 100 000 habitants. Au cours de la même année, le nombre de nouveaux cas de rechutes notifiés était de 26 517, soit 117 cas pour 100 000 habitants (49 % de la cible OMS). Le regroupement des cas de TPB+ est plus important dans les quartiers à faible niveau socio-économique. La région de l'Est a connu une augmentation des cas de l'ordre de 35% entre 2013 et 2014 à cause de l'afflux de populations réfugiées en provenance de République Centrafricaine.

Paludisme : En 2013, le paludisme (fièvre) représentait la première cause de consultation (28.6%) et d'hospitalisation (46%) [64]. Ces chiffres mériteraient d'être relativisés car de nombreux autres pathogènes sont responsables de la fièvre au Cameroun. A titre illustratif, la Dengue maladie fébrile a une séroprévalence de 61% à Douala, 24% à Garoua et 10% à Yaoundé [65]. L'introduction des tests de dépistage rapide du paludisme pourrait à terme réduire ces erreurs de diagnostic et par conséquent contribuer à la réduction de la consommation abusive des antipaludiques et des antibiotiques.

Le taux de morbidité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (enfants avec un test de dépistage positif) est passé de 56% en 2008 à 30% en 2014 [66]. Les anémies sévères de suite de paludisme représentent une proportion importante des décès chez les enfants de moins de 5 ans. En 2014, 37,4% des ménages possédaient une moustiquaire imprégnée aux insecticides pour deux personnes [28]. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée aux insecticides était de 47,5% dans la population générale et de 54,8% chez les enfants de 0 à 59 mois. En ce qui concerne le traitement préventif intermittent (TPI), 26% des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins trois doses. La chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les moins de 5 ans, retenue comme stratégie de prévention, n'est pas encore mise œuvre.

Hépatites virales : La séroprévalence moyenne de l'hépatite virale B est de 12% avec un pic de 17% dans la région de l'Extrême-Nord. La prévalence moyenne de l'hépatite virale D est de 10%. Celle de l'hépatite virale

C est de 1.03% et est plus élevée chez les 50 ans et plus. La comorbidité VIH-hépatites virales B est faible de l'ordre de 1.5% [67]. Une proportion importante des hépatites virales est due aux actes de transfusion sanguine.

3.3.1.2 Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Au Cameroun, les principales Maladies Tropicales Négligées sont : l'Onchocercose, la Schistosomiase, les Géo helminthiases, la Filariose Lymphatique (FL), la Lèpre, le Pian, le Trachome, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), l'ulcère de Buruli, la Leishmaniose et la rage [68].

Onchocercose et filariose lymphatique: En 2013, près de 32 000 personnes infectées à l'Onchocercose étaient atteintes de cécité et plus de 1,5 million de personnes infectées présentaient des lésions graves de la peau [69]. La prévalence de la filariose lymphatique, varie de 6% au Nord-Ouest à 1,1% à l'Ouest [70]. En 2006, 111 et 158 districts étaient respectivement hyper et ou méso-endémiques à l'onchocercose et à la filariose lymphatique [71]. Le recours au traitement préventif à l'Ivermectinesous Directives Communautaires (TIDC) continue d'être l'approche de prévention privilégiée de ces dernières années. Le volet de la lutte antivectorielle est encore insuffisant.

Schistosomiasés : La schistosomiase ou bilharziose touche actuellement 2 millions de camerounais, avec plus de 5 millions de personnes à risque d'infestation. Les enfants d'âge scolaire de 5 à 14 ans constituent le groupe vulnérable le plus atteint par cette maladie [72]. La lutte contre ces maladies est axée sur un déparasitage régulier et systématique des populations à risque, en s'appuyant sur la participation communautaire, le partenariat et la multi-sectorialité.

Helminthiases intestinales: Les géo-helminthiases ou vers intestinaux (ascaris, trichocéphale, ankylostome) touchent plus de 10 millions de camerounais. Comme pour la schistosomiase. L'ascaris et le trichocéphale infestent plus de 6 millions d'individus et l'ankylostome environ 2 millions. Les enfants en âge scolaire (6-15 ans) constituent le groupe le plus vulnérable (50% pour les schistosomiasés et 38 à 47% pour les helminthiases intestinales) [73].

Lèpre : Parmi les 719 cas enregistrés en 2014, 315 nouveaux cas étaient localisés dans l'Adamaoua, l'Est, le Nord et le Sud-ouest. À ce jour, une quinzaine de districts de santé reste hyper-endémique [74].

Ulcère de Buruli : Il sévit principalement dans la vallée du Nyong (région du Centre), la cuvette de Bankim dans l'Adamaoua, et la zone de Mbonge dans le Sud-Ouest. La maladie touche surtout les enfants de 2 à 15 ans issus des milieux socio-économiques défavorisés. Un total de 3 700 cas cumulés a été enregistré depuis 2002 dans 64 districts de santé, et 126 cas ont été diagnostiqués et traités dans les Centres de Diagnostic de la Tuberculose (CDT) en 2014 [74].

Trachome : le trachome est la première cause de cécité infectieuse. Des enquêtes épidémiologiques réalisées en 2010, 2011 et 2012 respectivement dans les régions de l'Extrême-Nord, Nord et Adamaoua ont révélé qu'il est endémique dans 14 districts de Santé de la région de l'Extrême-Nord et dans 3 district de santé du Nord. La distribution de masse de l'Azythromicine et la prise en charge du trichiasis sont en cours dans ces régions [68].

Trypanosomiase humaine africaine : Il existe actuellement cinq foyers actifs sur le territoire national : Campo et Bipindi (Région du Sud), Fontem et Mamfé (région du Sud-Ouest); et Doumé (région de l'Est). Des activités ponctuelles de sensibilisation et de mobilisation des communautés sont organisées dans les foyers suscités [75].

3.3.2 Maladies à potentiel épidémique (MAPE)

3.3.2.1 Situation épidémiologique

Au cours des cinq dernières années, le paysage épidémiologique (voir Tableau 2) a été en particulier marqué par des épidémies de choléra (en 2011, 23152 cas ont été suspectés et des mesures de prévention ont permis de réduire la survenue de ces épidémies), de méningite bactérienne (les sérogroupes les plus fréquents étaient le A et le NmW135 dont les épidémies se sont estompées avec l'introduction du vaccin anti-méningococcique), de Grippe, de Rougeole, de Fièvre Jaune, et de Poliomyélite (5 cas de Polio virus sauvage en 2013, 4 cas en 2014 et 0 cas en 2015).

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

3.3.2.2 Programme élargi de vaccination

À ce jour, 12 MAPE sont ciblées par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) de routine : tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, Hépatite B, infection à *Hemophilus*, infection à pneumocoque, diarrhée à Rotavirus, fièvre jaune, rougeole et rubéole [89]. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce programme sont de plusieurs ordres :

- La couverture des besoins en matériel roulant est de 36% pour les motos au niveau des aires de santé, 54% pour les véhicules dans les districts de santé et de 40% pour les hors bords [90]. La couverture des formations sanitaires en matériel de chaîne de froid est de 75% (norme nationale = 80%) [91].
- On note une faible appropriation de l'approche centrée sur l'enfant et les stratégies avancées/mobiles sont encore faiblement menées dans plusieurs districts de santé.
- Le Cameroun ne sera plus éligible aux financements extérieurs (Alliance GAVI) lorsque son PIB dépassera \$1580 par habitant [92], ce qui pourrait vraisemblablement arriver en 2020 selon les projections de l'évolution du PIB.

3.3.2.3 Système de surveillance des MAPE

En dépit du dispositif de surveillance mis en place (outils de gestion, flotte téléphonique, internet, circuit de notification, etc.), la collaboration et la coordination multidisciplinaire et multisectorielle de la surveillance intégrée des maladies ne sont pas optimales. Actuellement, il n'existe pas de plan global, multisectoriel qui pourrait garantir à travers des stratégies dédiées, la riposte ponctuelle et efficace devant toute épidémie déclarée sur l'ensemble du territoire. Le fonctionnement de la flotte est jusqu'à ce jour financièrement supporté par les partenaires au développement dont le désengagement est à envisager. Le réseau national des laboratoires n'est pas fonctionnel. Le Centre Pasteur du Cameroun à Yaoundé et son annexe de Garoua, le laboratoire *Global Viral Cameroon* et le Laboratoire National Vétérinaire (LANAVET) sont actuellement les laboratoires de référence. Cependant, l'acheminement des prélèvements vers ceux-ci n'est pas optimal.

Le tableau 2 ci-dessous récapitule l'historique de quelques MAPE de 2011 à 2014.

Tableau 2 : Historique de quelques MAPE au Cameroun de 2011 à 2014

MAPE	2011			2012			2013			2014		
	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	1 366	2	0,1	21 877	60	0,3	46 017	63	0,1	53 477	80	0,1
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

Sources : Historique de quelque MAPE, 2011-2014. (DLMEP, non publié)[88]

3.3.2.4 Préparation de la gestion des épidémies et des zoonoses

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

Par ailleurs, un programme national de prévention et de lutte contre les Zoonoses émergentes et ré-émergentes a été créé et organisé en avril 2014 et son plan d'action élaboré en décembre 2015.

3.3.2.5 Prise en charge des maladies à potentiel épidémique

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

3.3.2.6 Pathologies à transmission verticale

Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) : Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant varie entre 15 et 30% pendant la grossesse et l'accouchement et entre 10 et 20% durant l'allaitement [93]. La Transmission Mère-Enfant est la source d'infection VIH, la plus importante chez les enfants âgés de moins de 15 ans.

En 2013, seuls 13 244 enfants exposés (34,7%) ont bénéficié d'une prophylaxie ARV à la naissance [94].

En 2014, le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes était de 59.67% avec un taux de séropositivité de 6.3%. La couverture en ARV était quant à elle de 53.5% parmi les femmes enceintes dépistées VIH+ [96].

Prévention de la transmission de l'hépatite virale B (VHB) de la mère à l'enfant : On ne dispose pas de données sur la transmission du VHB de la mère à l'enfant. La vaccination à la naissance des nouveau-nés exposés à l'Hépatite virale B n'est pas systématique.

3.3.3 Maladies Non Transmissibles (MNT)

Dans un souci d'intégration, les MNT ont été regroupées au Cameroun selon les facteurs de risques communs en cinq groupes [76]. Mais leur situation épidémiologique est faiblement documentée.

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

La prévalence nationale de l'HTA est de 29,7% et celle du Diabète de 6,6% en 2015 [77]. La prévalence de la maladie rénale chronique est estimée à 14,2% dans la ville de Douala [78] et à 14,1% dans la ville de Dschang [79]. D'après l'INS (rapport GATS 2013), le tabagisme est un facteur de risque de plus en plus préoccupant (voir promotion de la santé) [51]. A ce facteur se joignent le surpoids, l'obésité et la sédentarité.

L'analyse des capacités de lutte contre les maladies cardiovasculaires révèle des insuffisances dans le domaine des ressources humaines, des infrastructures et des équipements malgré les efforts consentis par le Gouvernement et les acteurs du sous-secteur privé (centres d'imagerie dans chaque région, centres de chirurgie cardiaque, etc.). Pour ce qui est de la prévention proprement dite, les activités (sensibilisation, éducation et dépistage) sont surtout menées par les sociétés savantes (Société Camerounaise de Cardiologie, Société Camerounaise de diabétologie) et les organisations de la société civile (CAMHEF, ACADIA). Ces associations développent également des partenariats avec des entreprises du secteur privé pour la mise en œuvre des activités suscitées. Toutefois, les interventions de ces acteurs sont faiblement suivies et coordonnées.

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

En 2012, 14 000 nouveaux cas de cancers ont été dépistés et près de 25 000 personnes vivaient avec le cancer. Plus de 80% des personnes atteintes se font dépister à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent leur diagnostic. Les cancers les plus fréquents sont ceux du sein (18,5%), du col de l'utérus (13,8%), de la prostate (7,3%) et du foie (3%) [80]. La prévalence nationale de l'asthme n'est pas connue ; elle était de 2,3% dans la ville de Yaoundé en 2014 [81]. Les taux de mortalité liés aux affections respiratoires chroniques s'élèvent à 131 pour 100 000 hommes contre 85 pour 100 000 femmes [76].

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

Les prévalences nationales des affections bucco-dentaires et visuelles ne sont pas connues. Néanmoins, certaines études font état des prévalences des caries dentaires de 73,3% chez les 9-12 ans, de 92,3% chez les 13-17 ans en 1999 dans les zones rurales de la Région du Nord-Ouest [82]. Pour ce qui concerne les troubles visuels chez les sujets âgés, l'opacification partielle ou totale du cristallin (cataracte) est fréquente et est responsable de 50% des cas de cécité et le glaucome représente 2 à 6% des cas [83]. En ce qui concerne la cécité infantile, une enquête de prévalence a été réalisée dans le district de santé de la Briqueterie à Yaoundé en mai 2015 par le PNLCE a montré dans ces résultats préliminaires une prévalence de la malvoyance sévère/cécité de 12,93 pour mille (réf : étude non publiée) Pour ce qui est de la prévalence des déficiences auditives, elle est de 1,2% au Cameroun [13]. Dans la Région du Nord-Ouest, elle varie en fonction des tranches d'âge, atteignant 15% chez les sujets de 50 ans et plus contre 1,1% chez les moins de 17 ans [84].

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

La prévalence de l'épilepsie au Cameroun était estimée à 5,8% en 2008 en milieu hospitalier [86]. Les localités les plus touchées sont le Mbam (6%) et 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%) [76].

Selon l'OMS, la prévalence du trait drépanocytaire au Cameroun varie entre 20 et 30% soit une population d'environ 3,5 millions de personnes avec près de 2% d'homozygotes [86]. Très peu de données existent sur plan national en ce qui concerne les maladies rhumatismales. La prévalence de la schizophrénie est

estimée à 1% au Cameroun, soit environ 211 430 cas. Selon l'OMS, le poids des affections mentales, neurologiques et d'abus des substances illicites étaient estimée à 225 000 Années de Vie Corrigées par l'Incapacité (AVCI), soit 1432 AVCI pour 100 000 habitants [87].

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

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

3.4 Composante prise en charge des cas

Au Cameroun en 2013, les principales maladies transmissibles représentaient environ 24% du poids global de la maladie (Tableau 3). À titre illustratif le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose représentaient respectivement 11.48%, 10.77% et 1.41% (Tableau 3). Les maladies sus évoquées constituent environ 41% du poids de la maladie et 42% des décès lorsqu'elles sont associées aux infections respiratoires basses (10.12%), aux maladies diarrhéiques (5.57%), et aux IST (1.31%). Pour ce qui est des maladies non-transmissibles, elles sont dominées par les affections cardiovasculaires, les cancers, les accidents et traumatismes qui représentent environ 14% du poids de la maladie et 23,3% de la mortalité globale. Chez les enfants de zéro à cinq ans, le paludisme, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques constituent à elles seules près de 43% de la morbidité et de la mortalité globale [60].

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

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

Source: ST-CP/SSS (MINSANTE) à partir des données du Global Burden of Diseases 2013 [60]

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

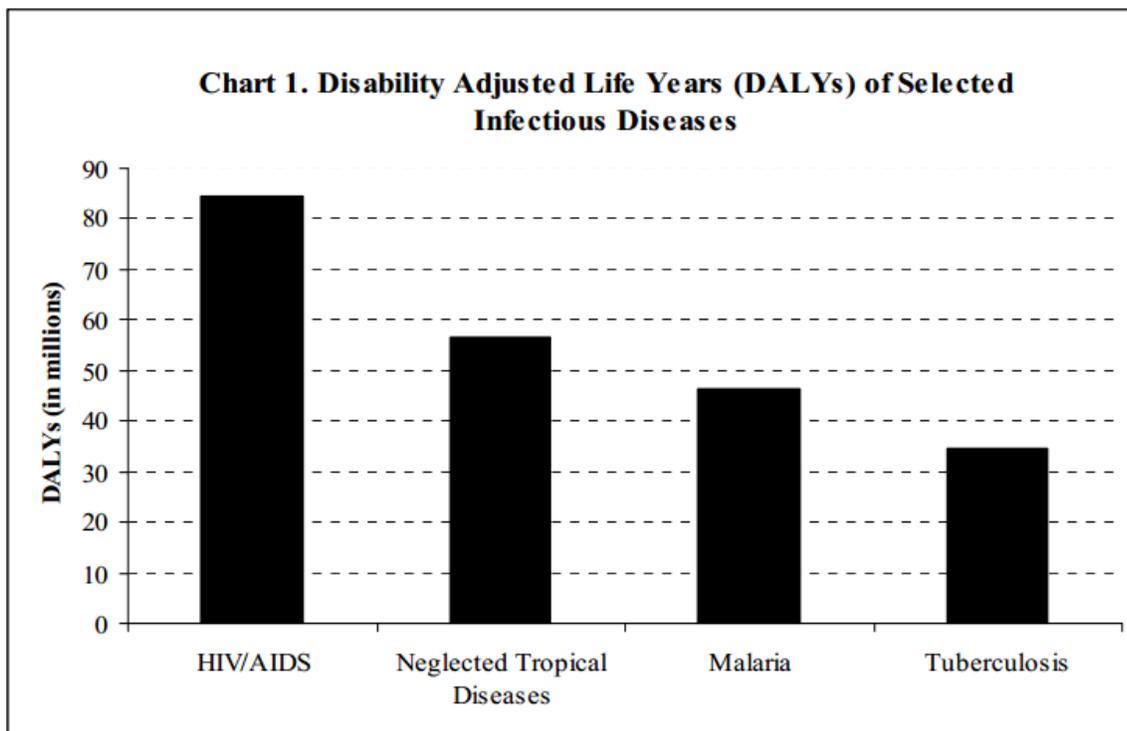


Figure 3 : Charge morbide de certaines maladies infectieuses

Source : Norris J. et al. (2012) In Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A et al. Control of Neglected Tropical Diseases. N Engl J Med 2007; 357:1018-1027. (<http://www.globalnetwork.org/sites/default/files/....pdf>)

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

3.4.1 Maladies Transmissibles

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

VIH/SIDA et IST : Selon l'INS (EDS 2011), 4,7% de femmes et 5% d'hommes sexuellement actifs ont déclaré avoir eu des symptômes d'IST au cours de l'année précédente [13]. Parmi les IST recensées, la gonococcie avait la prévalence la plus élevée (32%), suivie de la syphilis (30%), de la trichomonase (26%), de l'infection au chlamydiae (8%) et du chancre mou (4%).L'augmentation de la prévalence des résistances des microorganismes aux antibiotiques est l'une des principales causes d'échecs thérapeutiques rencontrés.

Depuis le 1^{er} mai 2007, les ARV sont gratuits pour les patients suivis dans toutes les Unités de Prise En Charge (UPEC) et les Centres de Traitement Agréés (CTA). Le nombre de personnes sous traitement ARV était de 145 038 en 2014, soit 42,6% des personnes éligibles [63]. La rétention à 12 mois sous TARV de 1^{ère} ligne était de 60,4% en 2014. Seuls 10% des patients sous ARV ont régulièrement fait leur bilan biologique en 2012. En 2013, plus de la moitié des fonds dépensés (69,3%) dans la lutte contre le VIH provenaient des FINEX, 23,5%des fonds publics et 7% des fonds privés [63].

Parmi les défis qu'il faudra relever, on peut entre-autres citer : la prévalence croissante de la résistance aux ARV des virus au moment du diagnostic d'une part (jusqu'à 18% dans le Nord-Ouest [97]) et l'accroissement du nombre de PVVIH nécessitant des transfusions sanguines d'autre part.

Tuberculose [63] : En 2013, selon l'OMS le nombre de décès dus à la tuberculose au Cameroun était estimé à 7 800 cas soit un ratio de 35 décès pour 100 000 habitants. En 2014, 91 des 126 cas de TB-MR dépistés ont été soumis au traitement. Pour ce qui concerne la co-infection TB/VIH, la séroprévalence du VIH observée était de 37% chez les tuberculeux à bacilloscopie positive (TPM+). La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux varie d'une région à l'autre : de 18% dans l'Extrême-Nord à 60% dans le Nord-Ouest.

En 2013, 238 CDT étaient fonctionnels soit un ratio d'un CDT pour 87886 habitants (la norme OMS étant comprise entre 50000 – 150000 habitants). Le taux de guérison oscille entre 45% à Yaoundé et 84% dans la région du Nord. Certains CDT (Hôpital Jamot de Yaoundé, CMA catholique de la Dibamba dans la région du Littoral, Hôpital régional de Bamenda, CMA catholique de Djarengol Kodeck dans la région de l'Extrême-Nord, CMA de Baleng à Bafoussam) sont des centres de référence pour la prise en charge de la tuberculose multi-résistante [98].

Paludisme : D'une manière générale, sur 19 727 décès enregistrés dans les formations sanitaires en 2013, 22,04% (soit 4349 cas) étaient liés au paludisme [64]. Ce taux était de 29% en 2009 [99]. Les taux d'incidence et de mortalité liée au Paludisme sont en nette régression depuis environ dix ans. En effet, on note d'une part une baisse de 15,61% du nombre des cas de paludisme entre 2009 et 2012, et d'autre part, une baisse de 34% de la mortalité hospitalière entre 2008 et 2012 [66]. En 2011, les dépenses par habitant liées au paludisme étaient de 6752 FCFA [61]. Le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte est gratuit depuis 2006. Il en est de même pour le traitement du paludisme simple et grave chez les enfants de moins de 5 ans depuis 2011 et en 2014 respectivement [100].

Hépatites virales : Face à l'ampleur des hépatites virales B, Delta et C, (Cf. page 14) la réponse institutionnelle s'organise progressivement. En effet, leur prise en charge est désormais subventionnée dans trois formations sanitaires des régions du Centre et du Littoral. Bien plus, l'évolution se fait vers plus de décentralisation de cette prise en charge. Dans les autres structures, le traitement est encore peu accessible en dépit de la réduction du coût des médicaments. Les cas de co-infection aux virus de l'hépatite virale B et du VIH sont pris en charge gratuitement aux niveaux des UPEC et des CTA. Pour la prise en charge de l'hépatite virale C, des efforts seront consentis pour rendre disponible de nouveaux antiviraux à moindre coût [101].

3.4.1.2 Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Ce paragraphe présente la réponse du système de santé aux différentes maladies tropicales négligées. La situation épidémiologique a été décrite dans le chapitre prévention (cf- page 14-15).

Onchocercose et Filariose Lymphatique : La prise en charge de ces affections fait appel à la polychimiothérapie de masse comme principale stratégie de lutte. En 2014, le taux de couverture thérapeutique par le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) était de 79,84 % et le taux de couverture géographique s'élevait à 98,98% [102]. En ce qui concerne la filariose Lymphatique, la stratégie de lutte est basée sur le traitement de masse à l'Ivermectine et à l'Albendazole dans les zones endémiques [68].

Schistosomiasis et helminthiases intestinales : Face à la grande ampleur de ces affections, l'Etat organise chaque année en guise de réponse, des campagnes de déparasitage systématique dans la communauté et les écoles. Le diagnostic et le traitement de ces infections sont aussi effectifs dans toutes les formations sanitaires [68].

Lèpre et Ulcère de Buruli : La lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli est organisée depuis 2009, au sein du Programme National de Lutte contre le Pian, la Leishmaniose, la Lèpre et l'ulcère de Buruli [103]. La prise en charge des cas est gratuite mais les coûts indirects constituent un fardeau important pour les malades et les

familles affectées [104]. En 2014, la polychimiothérapie des cas de lèpre était disponible dans 189 districts de santé [74].

Trypanosomiase humaine africaine (THA) : Le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) a été mis en place en 1990. Toutefois, la mise en œuvre des activités planifiées est insuffisante. Au cours des cinq dernières années, plus de 100 828 personnes ont été consultées et 51 cas ont été dépistés et traités [68].

Trachome : Le traitement du trachome fait appel à la stratégie « CHANCE » (CHANCE = Chirurgie du trichiasis, Antibiothérapie (Tétracycline, Azythromycine), Nettoyage du visage, Changement de l'Environnement). La prise en charge des cas se fait notamment à travers les distributions de masse de l'Azythromycine et de la Tétracycline. Lesdites distributions ont débuté en 2011. En 2014, 1 156 483 patients ont été traités, et 3 889 cas de trichiasis ont été opérés [105]. Selon des enquêtes d'impact réalisées en 2014 dans sept districts de santé de l'Extrême Nord affectés par le trachome, trois années de traitement de masse ont permis l'élimination de cette affection dans cinq des sept districts.

3.4.2 Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents

La description des interventions concernant la cible mère-enfant et adolescents portera sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC): les soins prénataux, les conditions d'accouchement, les soins postnataux.

3.4.2.1 Situation des bénéficiaires

- Santé de la mère et du nouveau-né :

Soins prénataux et conditions d'accouchement : La mortalité maternelle est passée de 430 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011 [13]. Ceci est dû en partie : au faible taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (64,7% en 2014)[28], à la faible accessibilité financière et géographique aux services de soins, à la faible disponibilité des médicaments essentiels et produits sanguins pour sauver la vie des mères (exemple sulfate de magnésium) et des enfants, à la faible prévalence contraceptive moderne estimée en 2011 à 16,1%, ainsi qu'à la forte prévalence du VIH chez la femme (5,6% contre 2,9% chez les hommes).

Les $\frac{3}{4}$ des décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes telles que les hémorragies (45,5%), la dystocie (22,3%), la pré-éclampsie/l'éclampsie (10,6%) et les infections du post-partum (8,9%) [118].

Soins postnataux : En 2011, les taux de consultation postnatale de la mère et de l'enfant étaient respectivement de 65% et de 68,5% [13].

Planification familiale : (voir promotion de la santé).

Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) : (voir prévention de la maladie)

- Santé de l'enfant

Le taux de mortalité néonatale est passé de 31‰ à 28‰ naissances vivantes entre 2011 et 2014, et ce taux représente près de la moitié de la mortalité infantile [28]. Le taux de mortalité infantile est quant à lui passé de 74‰ à 60‰ ; les régions du Nord et de l'Extrême-Nord étant les plus touchées. Enfin, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 122‰ à 103‰ naissances vivantes au cours de la même période. Chez les enfants de 2 mois à 5 ans, le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/SIDA (7%) constituent les principales causes de mortalité [119]. La malnutrition chronique est cause de 14,7% des décès chez les enfants de moins de cinq ans [120].

- Santé des adolescents et des jeunes

La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans était de 1,7% en 2011 [13]. Elle était cinq fois plus élevée chez les filles (2,6%) que chez les garçons (0,5%). La région du Sud avait la plus forte prévalence au VIH (8,5% des filles infectées). Le taux de fécondité des filles de 15 à 19 ans est passé de 127‰ à 119‰ entre 2011 et 2014 [13,28]. A l'âge de 15 ans, 8,3% des femmes avaient déjà eu au moins une naissance et 50% un bébé à l'âge de 19 ans et demi [13]. Quant à la planification familiale, 91% des filles et 100% des garçons de 15 à 19 ans connaissaient au moins une méthode contraceptive [13].

3.4.2.2 Réponse du système de santé

Plusieurs plans d'action ont été élaborés en vue de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, mais les résultats obtenus jusqu'ici restent très marginaux. Le Programme National multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile (PLMI) ambitionne d'apporter une réponse globale et intégrée aux problèmes de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent [121]. Concernant particulièrement l'autosuffisance en produits sanguins de qualité, principale cause de mortalité chez les femmes en voie d'accouchement et les enfants atteints d'anémie, le Programme National de Transfusion Sanguine créé en mars 2013, est également l'une des réponses institutionnelles à l'amélioration des indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Afin de combler l'énorme gap en ressources humaines qualifiées pour les prestations de services de santé de la mère et du nouveau-né, 10 écoles de sages-femmes ont été créées dans 6 régions du pays, en 2011 et 2012. Par ailleurs il est prévu de renforcer la formation initiale et d'assurer la formation continue des prestataires de soins en SONEU.

La CPNR (consultation prénatale recentrée) et l'accouchement assisté par un personnel qualifié sont les principaux piliers de la réduction de la mortalité maternelle. Afin d'améliorer l'accès des bénéficiaires aux soins obstétricaux, le pré-positionnement des **kits obstétricaux** dans les formations sanitaires a été initié en 2011 [122]. En 2014, il était effectif dans neuf régions. Il est prévu dans le cadre du **projet chèque-santé**, que cette stratégie évolue vers la forfaitisation des soins obstétricaux, avec un coût unique pour tout le paquet des services obstétricaux (accouchement, césarienne, transfusion sanguine et autres complications, transport des urgences, etc.). Malgré la mise en œuvre de ces stratégies, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, le taux d'accouchement dans un centre de santé et le taux de césarienne ont stagné, passant respectivement de 63,6 à 64,7%, de 61,2 à 61,3% et de 3,8 à 2,4% entre 2011 et 2014 [28]. Le taux de césarienne rapporté (2,4%) est en-dessous des 5% retenus par l'OMS comme limite inférieure acceptable). Cette faible performance révèle les insuffisances de la prise en charge des complications obstétricales qui sont pourtant les principales causes de la mortalité maternelle. Ce faible taux indique également que le système de référence et de contre référence ainsi que celui de transfert/évacuation des urgences sont peu performants.

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

Par rapport à la planification familiale, environ 20% des formations sanitaires ont au moins un prestataire formé en technologie contraceptive. Par ailleurs, 71,3% des formations sanitaires offrent les méthodes de courte durée ; 19,4% des formations sanitaires disposent d'implants ; 18,8% ont le DIU et 4,5% offrent la Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) [59].

La pratique de la **PCIME Clinique** n'est pas généralisée dans tous les districts. On estime qu'un peu plus de la moitié (52,6%) des districts de santé ont un personnel formé, et moins de 60% des prestataires de ces formations sanitaires sont formés en PCIME (données administratives). Le seuil recommandé par l'OMS pour que l'impact de la PCIME soit perceptible sur la réduction de la mortalité et de la morbidité chez l'enfant est de 60% de personnels formés. La PCIME communautaire quant à elle est implémentée dans seulement 26,3% des districts de santé. L'enseignement de la PCIME (PCIME pré-emploi) n'est pas encore effectif dans les curricula des établissements de formation de base.

Le système de référence-contre référence reste encore largement défaillant. On dénombre 3 établissements SONUC pour 500 000 habitants, au lieu de 5/500 000 habitants [118]. L'étude SONU en 2010 montre que sur les 15% des complications de grossesses attendues, seulement 8,7% sont reçues dans les formations sanitaires. La référence communautaire n'est pas encore effective du fait du non passage à l'échelle des interventions sous-directives communautaires.

3.4.3 Maladies Non Transmissibles (MNT)

En 2013, ces maladies représentaient près de 40% du poids global de la maladie au Cameroun (cf. Figure 2, Page 13). Au cours de la même année, elles ont été responsables de 882 et 862 décès pour 100 000 chez les hommes et les femmes respectivement [106]. La situation épidémiologique des MNT au Cameroun a été abordée dans la composante « prévention de la maladie » (pages20 -21).

La prise en charge communautaire reste encore embryonnaire. Quelques ONG ou Associations ont bénéficié d'une Lettre d'Accord de Collaboration délivrée par le MINSANTE et travaillent dans le domaine de la lutte contre les MNT [76]. Leurs activités sont principalement focalisées sur le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la sensibilisation.

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

Avec près de 11,56% des décès totaux, les maladies cardiovasculaires [60], représentaient la deuxième cause de mortalité au Cameroun en 2013 (Tableau 3). En 2010, l'épidémie avait touché plus de femmes avec près de 523 décès pour 100 000 contre 472 décès pour 100 000 chez les hommes [106]. Pour ce qui est de l'hypertension artérielle, la prévalence nationale de l'HTA est de 29,7% [77].

La prise en charge des affections cardiovasculaires et du diabète se fait dans les formations sanitaires de la 1^e à la 4^e catégorie. En outre, le pays dispose de trois centres spécifiques de prise en charge du diabète (Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital Régional de Garoua, et Hôpital Régional de Bamenda) et de 9 centres spécialisés pour la prise en charge du diabète chez l'enfant. Une cinquantaine d'hôpitaux de districts abrite des cliniques diabétiques et mène des activités d'éducation à la prévention de l'hypertension, du diabète et d'autres affections cardiovasculaires. Au niveau opérationnel (district de santé), la qualité de la prise en charge des affections cardiovasculaires est très souvent limitée du fait de l'indisponibilité des guides nationaux de prise en charge. A cela s'ajoute l'insuffisance des plateaux techniques adéquats.

La prise en charge de la maladie rénale et de ses complications est effective dans les 10 régions du Cameroun (dans certains hôpitaux de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégories). Le coût d'une session d'hémodialyse est subventionné par l'Etat à hauteur de 105 000 FCFA et le patient contribue pour 5000 FCFA/ séance depuis l'année 2002. Malgré cette subvention, les dépenses supportées par les malades restent élevées et peuvent parfois atteindre un million de FCFA par mois en phase d'initiation [107]. La disponibilité des tests recommandés par l'OMS pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires et du diabète n'est pas connue à l'échelle nationale ; toutefois, elle varie de 58,3% à 100% dans des centres de soins de la région de l'Ouest. La disponibilité des électrocardiogrammes est quant à elle estimée à 10% [108].

Groupe 2 : Cancers, asthme et autres affections respiratoires chroniques

Le Programme National de Lutte contre le Cancer a été créé en 2002 [109], suivi en 2003 par l'ouverture de registres des cancers à Yaoundé et à Douala. Le pays dispose de deux centres de radiothérapie, dont le fonctionnement n'est pas optimal. La prise en charge des cancers reste très coûteuse pour les malades et leurs familles malgré les subventions accordées par l'Etat et par certaines ONG. Les hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie ont généralement des services spécialisés pour la prise en charge des maladies respiratoires chroniques. Cependant, les équipements et/ou les médicaments et intrants nécessaires à leur prise en charge sont bien souvent absents ou insuffisants. Des centres régionaux d'imagerie médicale ont été créés dans huit régions [110]. Ces centres sont parfois à l'arrêt, du fait de l'absence d'une politique de maintenance structurée.

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

La surdité et la malvoyance représentent les premier et quatrième handicaps au Cameroun avec respectivement 38,8% et 10,9% des infirmités [111]. Le diagnostic et la prise en charge de la cataracte, du glaucome et des déficiences auditives restent encore limités aux hôpitaux de 1^{ère}, 2^{ me} et 3^{ me} catégories. Il existe un plan stratégique national de santé oculaire, mais la lutte contre les affections oculaires n'est pas organisée et se fait sans coordination...

Les services de prise en charge des maladies buccodentaires sont disponibles dans toutes les formations sanitaires du niveau central et régional, mais ils sont insuffisamment équipés et/ou mal entretenus. On dénombre un chirurgien-dentiste pour 87500 habitants [88]. Ce chiffre est largement inférieur aux normes de l'OMS qui recommande 1 pour 2 000 habitants. L'inexistence d'une politique nationale de santé bucco-dentaire au Cameroun ne permet pas d'organiser et de coordonner de manière efficace les soins.

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

La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre l'épilepsie n'est pas optimale ; toutefois le pays dispose d'un guide national de prise en charge à l'usage du personnel médical et d'un guide de prise en charge communautaire [112].

Des unités de prise en charge de la drépanocytose ont été cr e s   Yaoundé et Douala (Centre Mère-Enfant de Yaoundé et Hôpital Laquintinie de Douala) ; cependant, le pays ne dispose que de cinq médecins hématologues qui de surcroît n'exercent que dans ces deux grandes villes.

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

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

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

La protection civile : Le Cameroun a connu plusieurs catastrophes naturelles [113], à l'exemple des inondations de 2010, 2011 et 2012 qui ont causé près de 60 000 sinistrés dans le septentrion, mais aussi plusieurs flambées et résurgences de diverses maladies à potentiel épidémique. D'autres catastrophes ont également été enregistrées au cours des dernières années : (i) le crash de Kenya Airways en 2007, (114 décès), (ii) le naufrage d'un navire à Campo (26 décès), (iii) les multiples incendies récurrents dans les marchés des grandes villes, (iv) les accidents de la voie publique (AVP) et (v) les guerres et actes terroristes. Un plan national de contingence a été élaboré en 2011 pour la gestion des urgences et des catastrophes [113]. Le système de secours et d'assistance aux victimes d'accidents est multisectoriel, le leadership étant assuré par le MINATD. Le secteur santé assure la réponse santé.

Les grands fléaux tels que la résurgence des épidémies, l'insécurité transfrontalière et le terrorisme, exigent désormais une pro-activité de tout système de santé. Au Cameroun, un plan multi risques est en cours de préparation dans le cadre du *Global Health Security Agenda* (GHSA) pour répondre de façon plus efficace aux multiples urgences et  v nements majeurs de santé publique [114].

Les urgences médico-chirurgicales : leurs statistiques au niveau national ne sont pas connues ; toutefois celles enregistrées à l'Hôpital Central de Yaoundé sont de deux types : (i) les urgences médicales constituées

majoritairement par la pathologie infectieuse (50%) avec comme socle l'infection à VIH, les affections cardiovasculaires (10%), les anémies sévères (6%), et (ii) les urgences traumatologiques dominées par les AVP (60%), les violences et les accidents domestiques [115]. De plus, la rage et les envenimations sont des fléaux de plus en plus préoccupants avec près d'une trentaine de décès cumulés enregistrés à la fin du 3^e trimestre 2015 [88].

La couverture des besoins en transfusion sanguine est faible. En 2014, alors que les besoins annuels en sang au Cameroun étaient estimés à environ 400 000 poches, seulement 10% étaient couverts [117]. Les services de réanimation/soins intensifs ne sont disponibles que dans les hôpitaux de première et deuxième catégories. Peu d'hôpitaux disposent de salles de déchoquage. Aucune filière de prise en charge des maladies à haute mortalité n'est disponible : coronarographie pour infarctus, choc septique ou thrombolyse pour accidents vasculaires cérébraux dont le nombre est important (voir tableau 3).

Un Service d'Aide Médicale et des Urgences (SAMU) a été créé pour la prise en charge des urgences extra hospitalières, cependant il est très peu fonctionnel. Le Centre des Urgences de Yaoundé (CURY) et les Services d'Accueil et des Urgences (SAU) des hôpitaux sont des structures dévolues à la prise en charge des urgences. Cependant, la prise en charge des cas y est souvent conditionnée par le paiement des soins à recevoir. Par ailleurs, les ressources humaines affectées dans ces services sont encore insuffisantes. Le taux de satisfaction des usagers des Services d'Accueil et des Urgences de la ville de Yaoundé était de 51,5% en 2011. Cette insatisfaction était en grande partie due à de longs délais d'attente avant la prise en charge proprement dite, à des coûts directs et indirects de prise en charge élevés, à la survenue de nombreuses complications et séquelles, ainsi qu'à une forte mortalité [117]. Au Centre national des Urgences de Yaoundé, le paiement des soins n'est pas exigible avant tout acte de prise en charge des malades ; mais, la plupart de ces derniers ne s'acquittent pas de leur dette après leur guérison, ce qui pose le problème de viabilité financière des services d'urgence en général. Il urge donc de mettre rapidement sur pied un système de mutualisation du risque maladie.

3.4.4 Handicaps

Plus de 5% de la population souffre d'au moins un handicap sensoriel et/ou moteur. Les déficiences sensorielles (3,5%) sont les plus fréquentes suivies des déficiences motrices (1,5%) [13]. La prévalence des handicaps varie en fonction des régions à travers le triangle national et fait ressortir trois grands groupes à savoir : prévalence élevée au Sud et Littoral (10 à 11%) ; prévalence moyenne au Centre, Nord-Ouest, Ouest et Extrême Nord (6 à 7%) ; prévalence faible au Sud-Ouest, Est, Nord et Adamaoua (3 à 5%). À ce jour, seul le département ministériel en charge des affaires sociales dispose d'une formation sanitaire spécialisée dans la réhabilitation des handicapés moteurs. Toutefois, quelques services de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle dans certaines formations sanitaires relevant du Ministère de la santé publique sont opérationnels. Certaines initiatives sont en outre menées dans les régions pour réhabiliter les handicapés moteurs et sensoriels.

Sur le plan institutionnel, une loi a été promulguée en 2010 pour le renforcement de la prévention médicale des handicaps à travers entre autres des bilans prénuptiaux et des examens de dépistage en milieu scolaire et professionnel. En effet, la loi N° 2010/002 du 13 Avril 2010, qui distingue trois types de handicaps à savoir : les handicaps physiques, les handicaps mentaux et les poly handicaps, encadre juridiquement les actions visant leur prévention, et leur prise en charge tant sur le plan clinique que communautaire.

3.5 Composante renforcement du système de santé

Classé 164^e parmi les 191 pays évalués par l'OMS en 2001, le système de santé camerounais est faible. Par conséquent, il ne répond pas efficacement aux besoins des populations [123]. L'analyse du système de santé sera effectuée suivant ses six piliers, qui sont : i) offre de services, ii) ressources humaines en santé, iii) information sanitaire et recherche opérationnelle, iv) pharmacie et médicaments, v) financement de la santé et vi) gouvernance et leadership. Cependant ce dernier pilier sera analysé séparément dans une deuxième composante transversale intitulée « Gouvernance et pilotage stratégique ».

3.5.1 Offre de services et de soins

Dans ce document, la description de l'état des lieux relatif à l'offre de services et des soins concernera les aspects suivants:

- Description des types d'offre de services et des soins
 - Soins de Santé Primaires (paquets d'activités (PMA, PCA) ;
 - Soins spécialisés ;
 - Autres types de soins (médecine traditionnelle et médecine parallèle/médecine alternative) ;
 - Recours informel des populations aux soins de santé (soins à domicile, automédication, pharmacie de la rue).
- Infrastructures et équipements ;
- Modalités d'offres (stratégie fixe, stratégie avancée, système de référence et de contre référence, télémédecine)
- Qualité et sécurité des services offerts et sécurité des bénéficiaires/clients.

3.5.1.1 Types d'offres de services et de soins

i. Soins de santé primaires (SSP)

Conformément à l'orientation stratégique validée par les parties prenantes, les Soins de Santé Primaires constituent la stratégie préconisée pour la satisfaction des besoins de santé de la majorité de la population. Les principes retenus à cet effet sont : une participation communautaire renforcée, une action intersectorielle plus efficace, la disponibilité des technologies appropriées, l'équité et la justice sociale. L'état des lieux des SSP et le niveau d'atteinte des OMD sont présentés dans le tableau ci-dessous:

Tableau 4: Niveau de couverture de quelques interventions de soins de santé primaires

Composantes	Indicateur	Valeur	Année	Référence
Conditions alimentaire et nutritionnelle	Taux d'insécurité alimentaire (%)	8,1	2011	[124]
	Prévalence de l'allaitement (%)	28,2	2011	[23]
	Anémie chez les femmes (%)	40	2011	[13]
	Anémie chez les enfants (%)	60	2011	
	Obésité chez la femme (%)	32	2011	
WASH	Accès à l'eau potable (%)	72,9	2014	[28]
	Accès aux latrines améliorées (%)	34,9	2014	
	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	782	2011	[13]
	Mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances)	103	2014	[28]
	Prévalence contraceptive moderne (%)	21	2014	[28]

Composantes	Indicateur	Valeur	Année	Référence
Vaccination	Enfants vaccinés par l'antigène de référence DTC3 (%)	79,6	2014	[28]
Prévention et contrôle des endémies	Morbidité hospitalière due au paludisme (%)	20,7	2014	[66]
Traitement des maladies et lésions courantes	Taux de morbidité subjective (%)	25	2007	[125]
	Recours aux soins de santé (%)	52,6	2007	
Fourniture des médicaments essentiels	Disponibilité des médicaments essentiels (%)	86	2015	[126]
	Rupture de stock moyenne par an (jour)	18,1	2015	[127]
	Consommation de médicaments essentiels de mauvaise qualité (%)	61,4	2012	[12]
Éducation pour la Santé	Taux de littératie en santé	n.d.	n.d.	

Source: Tableau conçu par le ST-CP/SSS à partir des données du document « État des lieux et Diagnostic du Secteur santé »

A l'analyse, le niveau de couverture de certaines interventions est acceptable mais les populations ne bénéficient pas encore de l'ensemble des prestations. Elles éprouvent encore des difficultés d'accès à l'ensemble des interventions du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et des SSP délivrés par les formations sanitaires de premier échelon. La prestation des services et soins au niveau communautaire reste faible et limitée à certains programmes prioritaires de santé. Toutefois, une expérience avec les Agents de Santé communautaire polyvalents pour la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires est menée dans sept districts de santé des régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

ii. Soins et services de santé spécialisés

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

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

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

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

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

3.5.1.2 Infrastructures et équipements

En 2014, on dénombrait 4034 formations sanitaires publiques et privées (Tableau 5). Le secteur privé (à but lucratif ou non) disposait de 27,9% des formations sanitaires répertoriées [57]. En valeur absolue, le nombre de formations sanitaires au niveau opérationnel est satisfaisant, mais leur répartition géographique dans le pays est inéquitable. En effet il existe un déséquilibre infrastructurel entre les différentes régions et même entre les districts de santé où l'on trouve encore les populations vivant à plus de 20 km d'une formation sanitaire. Cette situation est aggravée par l'insuffisance qualitative et quantitative des plateaux techniques qui limite l'utilisation de ces formations sanitaires [12]. Par ailleurs certaines structures ne sont pas fonctionnelles du fait des faiblesses dans le suivi des travaux de réhabilitation/construction d'une part, et de la dotation insuffisante en équipements et RHS d'autre part. La diversité des marques d'équipements médicaux associée à leur état de vétusté ne facilitent pas la mise en œuvre d'une stratégie de maintenance préventive et curative, d'une part, et de réaliser des économies d'échelle, d'autre part.

Le tableau 5 ci-dessous présente la répartition des formations sanitaires par région.

Tableau 5: Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2014

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

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

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

Par ailleurs, les demandes adressées au MINSANTE, l'existence de « prête-noms ». De plus, les délais réglementaires de traitement ne sont pas respectés par le MINSANTE. Enfin, le contrôle des agréments octroyés par le MINSANTE n'est pas effectif.

Les normes relatives aux équipements des formations sanitaires du niveau opérationnel ont été élaborées en 2009, mais ne sont pas souvent respectées. En effet, une étude réalisée en 2012 a relevé une absence de boîte d'accouchement (24,5%) ; de système de stérilisation à sec (39,5%) ; de boîte de césarienne (67,5%) et de microscopes fonctionnels (11,6%) dans les formations sanitaires [12].

Les plateaux techniques des hôpitaux de 1^e, 2^e et 3^e catégorie sont pour la plupart en état de dégradation faute de maintenance. Ces hôpitaux offrent des soins spécialisés sans différenciation et dans la concurrence, mais ne sont pas régulièrement évalués. Par ailleurs, le rôle de structures d'appui et de référence qu'ils sont censés jouer pour les autres formations sanitaires de catégories inférieures n'est que faiblement assuré. Enfin,

les laboratoires de référence sont insuffisants et leurs modalités d'accréditation ne sont pas définies. Toutes les 10 Régions ont été dotées de centres d'hémodialyse et d'imagerie médicale en 2015.

3.5.1.3 Modalités d'offres de services

i. Stratégies fixes et stratégies avancées

Les paquets minimum et complémentaire d'activités (PMA et PCA) sont le plus souvent délivrés en stratégie fixe. Les stratégies avancées ou mobiles destinées aux populations éloignées des formations sanitaires ou dans les cas de catastrophes et urgences non épidémiques ne sont que faiblement mises en œuvre. Or, en 2007, une étude démontrait que le village le plus éloigné se situait à 80 km d'un centre de santé. En outre, les populations les plus pauvres mettaient deux fois plus de temps pour accéder au Centre de Santé Intégré le plus proche (43,2 mn pour le quintile le plus pauvre contre 19,4 mn pour le quintile le plus riche) [125]. Toutefois, une étude d'envergure mériterait d'être menée pour déterminer la proportion des populations non desservie par les CSI.

ii. Le système de référence-contre référence

Il existe peu d'études spécifiques sur la fonctionnalité du système de référence et de contre-référence au Cameroun, mais il a été plusieurs fois décrit comme peu performant [128, 129, 130].

3.5.1.4 Initiatives d'amélioration de l'offre de services et des soins

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

3.5.1.5 Stratégies de stimulation de la demande

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

3.5.2 Pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques

3.5.2.1 Pharmacie, médicaments et autres produits pharmaceutiques

▪ Approvisionnement et distribution

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

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

L'approvisionnement en médicaments est organisé autour de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME), principal fournisseur des CAPR/FRPS. Toutefois, ces derniers peuvent être autorisés à recourir à d'autres fournisseurs en cas de carence de la CENAME. En 2015, 9 des 10 CAPR ont été transformés en Groupement d'Intérêt Public (GIP) dénommés Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé en application de la loi N° 2010/023 du 21 décembre 2010 [131].

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

Les dons en médicaments constituent une source d'approvisionnement, qui selon les directives en matière de don, doit être intégrée dans le système. Cette organisation de l'approvisionnement est parfois mise à mal par des approvisionnements dont les sources ne sont pas maîtrisées. En effet, de nombreux intervenants de la filière médicament échappent au contrôle du MINSANTE/DPML.

De plus, certains projets sont conduits dans le pays avec des mécanismes spécifiques d'approvisionnement et de financement tels que le Financement Basé sur les Résultats (FBR), *Value for Results*, et Chèque santé. Par ailleurs, en cas de rupture de stock au niveau des CAPR/FRPS, les formations sanitaires mettant en œuvre le FBR s'adressent à d'autres fournisseurs. Outre les difficultés de maîtrise et d'harmonisation des prix des médicaments, cette nouvelle option impose une vigilance encore plus accrue quant à la qualité desdits médicaments. Il n'existe pas de statistiques fiables sur la gestion des médicaments et consommables pharmaceutiques. Ce dysfonctionnement ne permet pas d'effectuer une gestion efficace des stocks de médicaments et consommables. La figure 4 ci-après représente les flux et principaux acteurs du SYNAME.

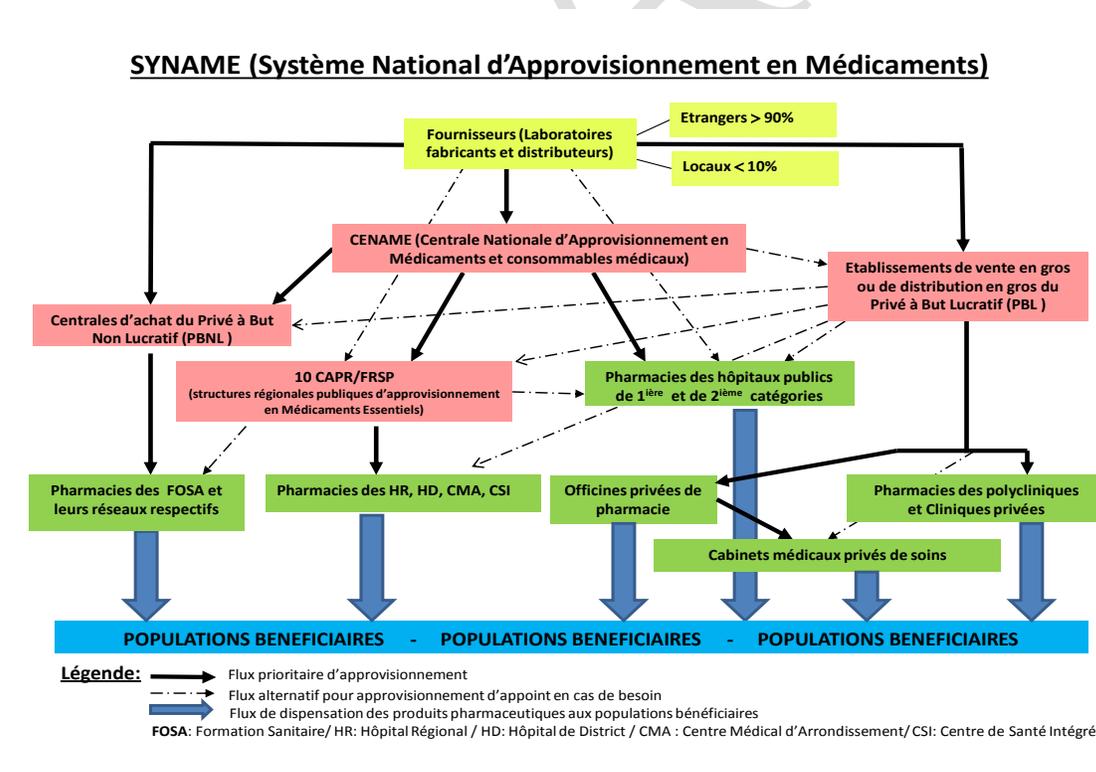


Figure 4 : Organisation du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME)

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

Le ratio pharmacien par habitant varie de 01 pour 6920 à 01 pour 177051 habitants avec une répartition inégale entre les milieux rural et urbain. Il en est de même de la répartition des professionnels du médicament à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En général l'achat des médicaments et consommables médicaux représente près de 40% des dépenses courantes de santé [61].

- Accessibilité géographique et financière

En 2003, l'accès géographique aux médicaments a été évalué à 66% [132] et le niveau de disponibilité des médicaments traceurs était estimé à 86% en 2008. Le nombre moyen de jours de rupture de stock en 2015 était de **PRENDRE CHIFFRE FDR** jours [126]. Les difficultés d'approvisionnement, la mauvaise gestion et l'insuffisance des stocks de roulement à tous les niveaux du SYNAME sont, entre autres, à l'origine de ces ruptures de stocks (**réf = rapports d'inspection et de supervision**).

Grâce aux appuis des différents partenaires et aux subventions de l'État, certaines classes thérapeutiques sont délivrées gratuitement (antituberculeux, antirétroviraux de 1^{ère} et 2^{nde} lignes, combinaisons antipaludiques ACT, dérivés de l'artémisinine injectables pour les enfants de 0 à 5 ans, anti-lépromateux, etc.). D'autres classes sont disponibles à un moindre coût (kits obstétricaux, contraceptifs, insulines, antipaludiques etc.). Toutefois, ces appuis ont un caractère limité dans le temps. La disponibilité des produits pharmaceutiques n'appartenant pas à la liste des médicaments essentiels reste faible.

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

Les médicaments bénéficient d'une exonération des droits de douane, de la TVA et de la taxe informatique. Cependant, la taxe SGS qui est de l'ordre de 1% reste appliquée. La production locale des médicaments est faible [134]. En dépit de ces efforts, une frange non-négligeable de la population s'approvisionne en produits pharmaceutiques dans la rue.

- Régulation des médicaments et autres produits pharmaceutiques

Il n'existe pas de cadre de concertation entre les différentes structures de l'ANRP (IGSPL, DPML, DROS et LANACOME) d'une part et l'ensemble des intervenants du secteur pharmaceutique d'autre part pour le partage des informations et une meilleure application des orientations en matière de régulation du secteur pharmaceutique.

La tarification des médicaments dans le sous-secteur public est harmonisée sur l'ensemble du territoire national. Dans le sous-secteur privé non lucratif, chacune des structures dispose de son propre système de tarification et a accès à l'ensemble des produits de la CENAME.

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

- Contrôle qualité des médicaments et autres produits pharmaceutiques

Le système d'assurance qualité des médicaments repose au Cameroun sur plusieurs piliers à savoir : le contrôle qualité en laboratoire, l'inspection pharmaceutique et la surveillance du marché, l'homologation, la pharmacovigilance, le contrôle à l'importation, la sélection rigoureuse au cours du processus d'acquisition, le bon stockage des médicaments, la lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des produits pharmaceutiques. L'ensemble de ces activités est faiblement mis en œuvre au Cameroun.

Le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) est la structure en charge du contrôle de qualité. Cette activité n'est cependant pas systématique pour les

médicaments importés et seule une faible proportion des lots circulants est contrôlée en post marketing (après obtention de l'AMM). La contrefaçon s'est développée et le secteur illicite du médicament représenterait environ 30% du marché pharmaceutique dans les pays africains [135]. L'inspection des établissements pharmaceutiques reste très irrégulière faute de moyens logistiques et financiers.

3.5.2.2 Laboratoires d'analyse médicales et transfusion sanguine

Le MINSANTE a élaboré et adopté en 2009 un document de politique nationale de technologie sanitaire qui définit les équipements de laboratoires par niveau. L'exercice de la biologie médicale, les modalités de création et de fonctionnement des laboratoires d'analyses médicales privés sont réglementées par le décret n 1465 du 09 novembre 1990. Il existe un Guide de Bonne Exécution des Analyses de Biologie Médicales. Sur le plan institutionnel, l'organigramme du Ministère de la Santé Publique de 2013 prévoit une Sous-direction en charge des Laboratoires d'analyses de biologie médicale et de la transfusion sanguine. L'inspection des laboratoires d'analyses de biologie médicale est assurée par l'Inspection Générale des Services Pharmaceutiques. La réglementation en vigueur (le Décret n 450/ PM du 22 octobre 1998 fixant les modalités d'homologation des produits pharmaceutiques) prévoit l'homologation des réactifs de laboratoire après évaluation par une commission spécialisée de la Commission Nationale du Médicament. Quelques laboratoires du niveau central participent à titre individuel à des programmes externes d'évaluation de la Qualité (EEQ/OMS, CDC et CPC). Un Laboratoire National de Santé Publique a été créé en 2013. Des services chargés des prestations d'analyses de biologie médicale existent généralement dans la plupart des formations sanitaires publiques ou privées, surtout en zones urbaines. Des biologistes, des Ingénieurs, et des techniciens médico-sanitaires, option laboratoire sont formés au Cameroun, dans des institutions publiques et privées. Cependant, les nomenclatures de ces personnels et les curricula de formation ne sont pas harmonisés. Par ailleurs, il existe quelques petites unités de fabrication de compresses, coton etc.

Pour ce qui est de la transfusion sanguine, il existe une loi, (loi n°2003/014 du 23 décembre 2003) qui régit la transfusion sanguine au Cameroun, avec certains textes d'application élaborés. Un service du Ministère de la Santé Publique est spécialement dédié à la Transfusion sanguine et un Programme y relatif a été créé en 2013. La plupart des hôpitaux centraux, généraux et régionaux disposent de services chargés de la collecte, de la qualification et de la conservation du sang. L'Etat, les partenaires au développement, quelques promoteurs privés et les contributions des malades assurent le financement des activités des laboratoires et de la transfusion sanguine.

Les textes qui régissent l'exercice de la biologie médicale et la pratique de la Transfusion Sanguine sont insuffisants et pour la plupart obsolètes. Les structures administratives chargées de l'organisation et de la régulation des activités de laboratoire et de transfusion sanguine ne sont pas suffisamment outillées en termes de ressources humaines, matérielles et financières pour remplir leurs missions de façon optimale. Il n'existe pas encore un organisme d'accréditation des laboratoires d'analyses de biologie médicale. Il n'existe pas de réseau national des laboratoires, ni un système de référence contre référence pour les laboratoires. La politique d'assurance et de contrôle de qualité du diagnostic biologique n'a pas encore été définie au Cameroun. Il n'existe pas de manuel de procédures, ni des procédures opératoires standardisées validées au niveau national. Le circuit de distribution des intrants de laboratoires et de transfusion sanguine n'est pas assez maîtrisé et très peu des réactifs de laboratoires utilisés sont homologués. Le Centre National de Transfusion Sanguine prévu dans la loi sur la transfusion sanguine n'est toujours pas créé.

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

système performant de maintenance de leurs équipements qui du reste sont pour la plupart vétustes. Il n'existe pas un dispositif national de gestion des données des laboratoires.

3.5.3 Ressources humaines en santé

3.5.3.1 Situation et besoins du secteur (normes et besoins)

Les besoins globaux en personnels ont été identifiés au terme du Recensement Général des Personnels de la Santé (RGPS) de 2011 et décrits dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) [24]. L'effectif des personnels en 2011 a été évalué à 38 207 personnels dont 25 183 dans le public (66%) et 13 024 (34%) dans le privé [136] (tableau 6). Sur la base des données du 3^{ème} RGPH, le Ratio personnel/population était alors de 1,07 (médecin, sage-femme, infirmier) pour 1000habitants. Ce ratio est inférieur à la norme de l'OMS qui est de 2,3 pour 1000 habitants.

Tableau 6: Répartition des ressources humaines en santé par région

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

Source: MINSANTE, RGPS, 2011.

De ces chiffres se dégagent les ratios suivants: 01 infirmier pour 3157 habitants et 01 médecin pour 11335 habitants au niveau national dans le sous-secteur public. Cependant, ces moyennes masquent certaines disparités régionales. En effet, la comparaison entre les régions fait état d'un ratio de 01 médecin pour 3.657 habitants et 01 infirmier pour 2253 habitants pour le Centre. Pour ce qui est de la répartition des personnels par région, le Centre, le Littoral et l'Ouest, à travers les grandes villes de Yaoundé, Douala et Bafoussam, regorgent de plus de 55% des personnels contre 10% seulement pour les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Sud. Le tableau 7 ressort le gap entre l'existant et les normes révisées en personnels (toutes catégories confondues) en 2011 par le MINSANTE. Les informations sur les types de spécialisation par niveau de la pyramide ne sont pas disponibles.

Tableau 7: Estimation des besoins en personnels par niveau de la pyramide sanitaire

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

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

3.5.3.2 Orientations stratégiques du PDRH

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

3.5.3.3 Production des ressources humaines

Formation initiale : Le niveau de production ciblé dans le DSCE est de:500 **médecins/an**, 150 **pharmaciens** par an, et 150 **chirurgiens-dentistes/an**. Au regard du nombre d'établissements publics et privés de formation actuellement fonctionnels, les cibles du DSCE seront probablement atteintes à court terme. Cependant, on note un important déficit en médecins spécialistes. Un plan stratégique de développement des spécialités médico-chirurgicales a été mis sur pied en 2010. Le début d'exécution de ce plan a abouti à la production en 2014 des premières promotions de spécialistes en néphrologie, neurologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, etc. À cela, il faut ajouter les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes désormais formés localement. A ce jour, le nombre de spécialistes est passé de 422 à 626 de 2010 dont 5 psychiatres et 09 néphrologues [138]. De nombreuses autres spécialités restent sous-représentées. C'est le cas de : la gériatrie, la radiologie interventionnelle, l'hématologie, la biologie médicale, infectiologie, etc. (voir annexe 1). En 2014, l'on dénombrait 92 écoles publiques et privées de formation des **personnels médico- sanitaires**. Le rythme actuel de production des personnels médicaux et paramédicaux est largement supérieur aux capacités d'absorption du sous-secteur public. En fonction des besoins du système, de nouvelles filières ont vu le jour : sages-femmes/maïeuticiens (238 + 183 formées depuis 2011 avec un rythme de production annuel de 250), techniciens médico-sanitaires en optique et réfraction, aides-soignants option santé communautaire, agents techniques médico-sanitaires, préposés de morgue (40 étudiants en cours de formation). Il est envisagé en 2016 l'ouverture d'un cycle d'agents techniques médico-sanitaires assistants de pharmacie pour remplacer progressivement les actuels commis de pharmacie. Il s'agira de transférer des compétences aux personnels de santé sur l'approche « une santé » tout en tenant compte de la gestion des zoonoses.

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

Tableau 8: Financements alloués à la formation continue de 2010 à 2015

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

Source : Budget MINSANTE, 2010 - 2015.

3.5.3.4 Recrutement et gestion des RHS

Sur le plan quantitatif, les effectifs minimums requis en 2005 étaient de 49 074 dans le sous-secteur public. En 2010, seulement 19 709 étaient disponibles [24], ce chiffre a atteint 21 567 en 2015 selon les données administratives de l'Observatoire National des RHS. La crise économique de 1986 et les programmes d'ajustement structurel ont entraîné une forte émigration des professionnels de la santé [137,140]. Au déficit quantitatif et qualitatif subséquent, s'est ajoutée une gestion non optimale du personnel caractérisée par : la non-maitrise des effectifs, leur sous-utilisation, l'inadéquation entre les profils et les postes de travail, le non-respect du profil de carrière, et un fort taux d'absentéisme dans les formations sanitaires publiques variant entre 2 et 37% [141]. Il est à noter que cet absentéisme est dû entre autres à la recherche de revenus alternatifs [139] et à l'insuffisance des mécanismes de fidélisation des personnels, notamment dans les zones difficiles (infrastructures de base, primes spécifiques, distinctions honorifiques, assurance maladie...). Par ailleurs, les affectations sont centralisées et ne répondent pas souvent aux besoins des structures utilisatrices. Dans le sous-secteur public, on note un taux d'attrition élevé faiblement compensé par les recrutements qui dépendent de la compétence exclusive du MINFOPRA.

3.5.4 Information Sanitaire et Recherche Opérationnelle

3.5.4.1 Situation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Au Cameroun, le cadre institutionnel et organisationnel du SNIS reste faible, se traduisant par l'absence d'un manuel de procédures de gestion et d'un tableau de bord de suivi des activités. Un plan stratégique de renforcement du SNIS pour la période 2009-2015 a été élaboré en 2008, mais sa mise en œuvre n'a pas été effective.

On note une multiplicité de sous-systèmes d'information et d'outils de collecte des données dans un environnement très faiblement informatisé à tous les niveaux. En outre, il existe plus de trois cent indicateurs de santé à collecter et plusieurs outils de collecte de données. Par ailleurs, on observe une faible coordination /harmonisation dans la gestion de l'information sanitaire [142]. De plus, l'analyse des données pour la prise de décisions ainsi que le feedback restent insuffisants à tous les niveaux.

3.5.4.2 Situation de la recherche opérationnelle en santé

Au Cameroun, la recherche opérationnelle a été identifiée comme une intervention transversale. Celle-ci devrait contribuer efficacement à la viabilisation du District de Santé. Le MINSANTE dispose d'une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) depuis le Décret N°2013/093 DU 03 AVRIL 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique. Ces interventions sont développées dans le plan stratégique de la recherche opérationnelle en santé 2014-2018. La recherche en santé reste un secteur d'activités dont les compétences sont réparties entre plusieurs départements ministériels (le MINSANTE, le MINRESI et le MINESUP etc.). Les principaux problèmes rencontrés dans le domaine de la recherche opérationnelle sont :

- La régulation insuffisante :
 - Cadre juridique : s'agissant de la régulation, on a relevé un cadre juridique insuffisant du fait de l'absence de textes spécifiques et du non-respect des textes existants ;
 - Encadrement éthique : Le Cameroun ne dispose pas d'un code éthique en matière de recherche en santé, ni de textes législatifs ou réglementaires satisfaisants. En 2012, le MINSANTE a mis en place un système de revue éthique des protocoles de recherche en santé humaine.⁴

⁴ Arrêté N°0977/A/MINSANTE/SESP/SG/DROS du 18 avril 2012 portant Création, Organisation et Fonctionnement des Comités d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine au sein des Structures relevant du Ministère en charge de la Santé Publique

- La coordination insuffisante :
 - La recherche sur la maladie est le domaine de prédilection des travaux de recherche en santé au détriment des autres domaines (système de santé et promotion de la santé). En effet, la grande majorité des projets de recherche soumis à la DROS en demande de l'AAR (Autorisation Administrative de Recherche) par exemple, portent sur des thématiques liées aux IST/VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, l'Onchocercose, la Grippe ou encore les zoonoses. La résistance aux molécules notamment aux antibiotiques, la coïnfection VIH/TB, l'épidémiologie de différentes maladies sont les principales thématiques abordées.
- Le financement insuffisant : Les recommandations internationales prescrivent qu'au moins 2% des budgets des ministères en charge de la santé et au moins 5% des fonds d'aide au développement soient affectés à la recherche en santé.
- La faible vulgarisation et de l'exploitation des résultats : Le processus de prise de décisions sur des bases factuelles au Cameroun est encore en cours de maturation. Cette situation se justifie par la faible capacité nationale dans la réalisation des projets de recherche. Par ailleurs, les résultats des travaux de recherche sont faiblement diffusés et les recommandations formulées sont faiblement prises en compte dans la prise de décision. Des initiatives telles que le Centre de Développement des Bonnes Pratiques produisent des bases factuelles à partir des travaux de recherche en santé.

3.5.5 Financement de la santé

Le Cameroun ne dispose pas d'un plan stratégique national de financement de la santé. Les différentes fonctions du financement (collecte des ressources, mécanismes de partage des risques, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national. Cependant, de nombreux programmes et projets ont élaboré des stratégies de financement. C'est le cas notamment du PPAC (Plan PluriAnnuel Complet), du PEV et de la stratégie de financement du VIH/SIDA. Le financement de la santé sera présenté à travers ses trois fonctions citées plus haut.

3.5.5.1 Collecte des ressources

Selon les Comptes Nationaux de la Santé de l'année 2011, le volume total du financement de la santé est de 504 milliards FCFA, soit 4% du PIB [61]. Les principales sources de financement (figure 3) sont: les ménages (52%), le Gouvernement (33%), les bailleurs de fonds (14%) et le secteur privé (1%). Les mécanismes de mobilisation des ressources auprès des sources tant nationales qu'internationales sont : le budget de l'Etat, les prêts et dons directs, les emprunts obligataires, les emprunts auprès des banques commerciales et les mécanismes de financement innovant (différentes taxes spécifiques destinées à la santé).

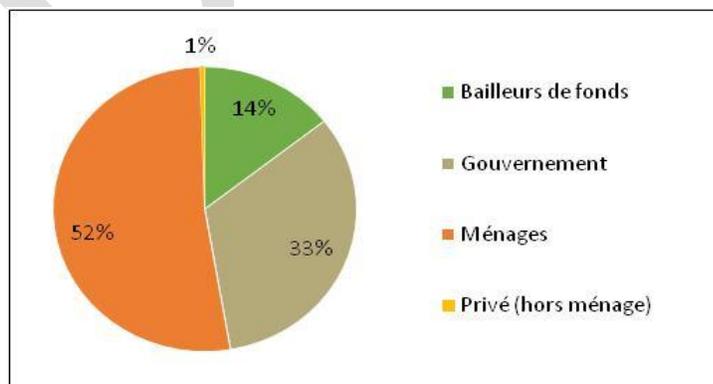


Figure 5: Répartition du financement de la santé au Cameroun par type de source (2011)

Source : Comptes Nationaux de la Santé 2011

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

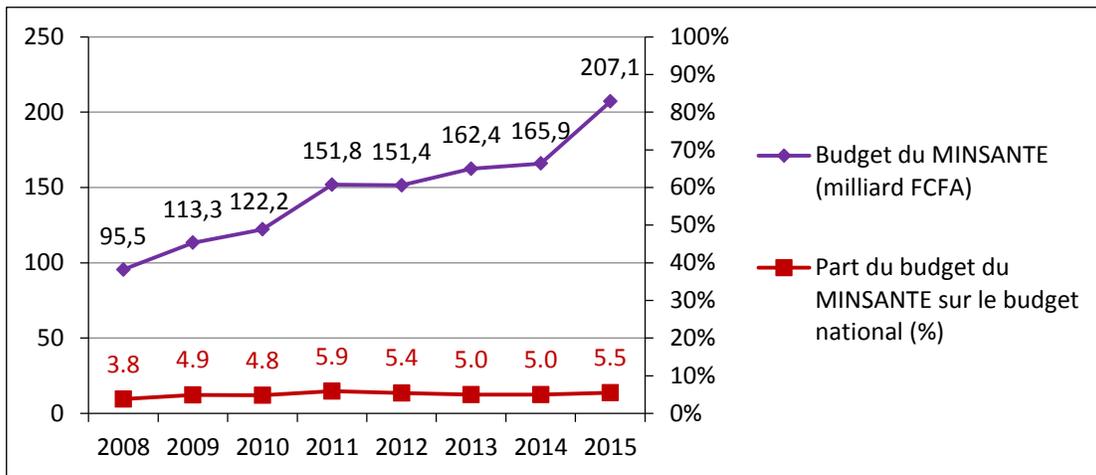


Figure 6: Évolution du budget alloué au MINSANTÉ depuis 2008.

Source : Lois de finances 2008-2015

La part du budget de l'Etat allouée à la fonction santé oscille entre 6 et 8% depuis 2011. Cette proportion est en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en Avril 2001. Celui-ci préconisait d'allouer 15% du budget national au domaine de la santé [127].

- **Financement venant des ménages** : La contribution des ménages représentait près de 61% des dépenses totales de santé en 2013, soit la 3^{ème} plus importante contribution en Afrique Sub-saharienne derrière le Soudan et le Nigeria (Figure 5).

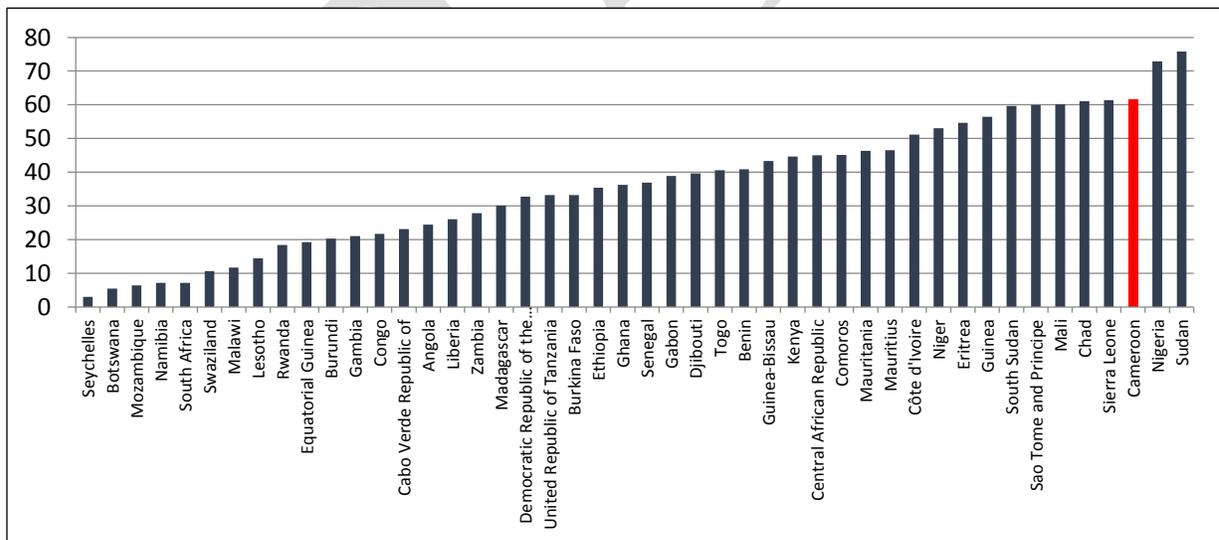


Figure 7: Pourcentage de la dépense totale en santé venant directement des patients.

Source : Base de données des Comptes Nationaux de la Santé, WHO, 2013

- **Financements extérieurs (FINEX)** : Il convient de noter que le MINSANTE mobilise de nombreux partenaires techniques et financiers internationaux. Les FINEX (prêts et dons confondus) représentent chaque année une part importante du financement total du secteur (14% – Figure 3). Par ailleurs, les politiques de santé

publique basées sur la gratuité ou les intrants et prestations subventionnées reposent essentiellement sur les FINEX. Les FINEX représentaient 65.0 milliards en 2015, soit 31,4% du budget du MINSANTE (Tableau 9).

Tableau 9: Contributions totales des partenaires par programme (milliards FCFA)

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

Source : MINSANTE (Division de la Coopération, non publié)

Les ressources financières publiques allouées à la santé sont insuffisantes, ce qui favorise une dépendance aux financements extérieurs. Cependant, les FINEX sont empreints d'un manque de visibilité dans leur prévision à moyen terme (3-5 ans). Par ailleurs, il est actuellement prévu une diminution significative de la contribution des partenaires dans les années à venir. En effet, les principaux partenaires multilatéraux conditionnent désormais leurs appuis dans la perspective d'un retrait progressif. C'est ainsi que l'échéance d'inéligibilité du Cameroun aux financements de l'Alliance GAVI est projetée à 2020. Selon les estimations, cette échéance correspond à l'année où le pays aura atteint un niveau de revenu par habitant de 1580 USD. De plus, certains partenaires à l'instar du Fonds Mondial développent des conditions de co-financement qui exigent une contrepartie progressivement croissante de l'Etat.

La multiplicité des procédures et des instances de coordination, la fragmentation du financement de la santé et la faible mise en commun des FINEX entraînent une perte d'efficacité et d'efficience lors de leur utilisation. En conséquence, ils contribuent peu au renforcement du système de santé et à la satisfaction des besoins cruciaux de la population (équité horizontale). Plus précisément, en 2014, 63% des FINEX couvraient essentiellement la lutte contre les maladies transmissibles (Paludisme 51%, VIH/SIDA 12% et Tuberculose 0,3%), 27% étaient alloués à la santé de la mère et de l'enfant, et seulement 5% étaient affectés au renforcement du système [146].

- **Ressources nationales hors budget de l'État :** En marge du budget de l'État, de nombreux acteurs nationaux s'investissent, à titre caritatif et humanitaire, pour soutenir des actions de santé. Ces actions se traduisent notamment par des campagnes de santé, s'inscrivant ou non dans le cadre des instruments de la stratégie partenariale. En l'absence d'un mécanisme intégré de suivi, l'incidence financière de ces interventions ne peut être évaluée.
- **Financements innovants :** Le MINSANTÉ et ses partenaires techniques et financiers sont engagés dans les stratégies innovantes de mobilisation des ressources additionnelles. On peut citer à titre illustratif :
 - La participation à l'initiative mondiale UNITAID à travers les fonds issus d'une quotité de 10% de la taxe aéroportuaire prélevée sur les billets d'avion des vols internationaux ;
 - La réflexion en cours pour la mise en place d'un Fonds de Soutien à la Santé, destiné à soutenir les opérations de vaccination et de dispensation des antirétroviraux.

3.5.5.2 Mise en commun des ressources

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

- les mécanismes de collecte des FINEX ne sont pas harmonisés entre les différents partenaires financiers. Certains FINEX sont pris en compte dans le budget de l'Etat tandis que d'autres ne le sont pas;
- les paiements directs des patients sont captés et l'essentiel des recettes financières (90% environ) est réinvesti dans les activités des formations sanitaires. Les 10% restants alimentent le fonds de solidarité constitué au niveau national
- les systèmes de prépaiement sont peu développés et fragmentés, limitant également la mise en commun des revenus.

Tout ce qui précède met en relief le besoin de collecter et de centraliser les informations sur les financements venant des partenaires extérieurs, des formations sanitaires, et des sources domestiques hors budget afin d'orienter un futur choix de stratégie de mise en commun de ces ressources.

3.5.5.3 Mécanismes de partage des risques

Les dépenses de santé des ménages sont constituées à près de 97% des paiements directs au point de contact avec l'offre de soins ; seulement 3% de ces dépenses passent par des mécanismes de mutualisation du risque ou de tiers [61].

En 2010, il existait 158 **mutuelles de santé** qui ne couvraient que 1,3 % de la population nationale. En 2014, il ne restait plus que 43 mutuelles actives couvrant 63 000 personnes, soit 0.2% de la population nationale [148]. L'affiliation à une mutuelle se fait sur la base du volontariat pour une contribution annuelle de 3 000 à 5 000 FCFA par personne. Une contribution de 10 à 50% des frais des services de santé est à la charge du patient, le reste étant supporté par la mutuelle.

D'autres **initiatives privées non-lucratives** assurent la protection financière des patients. C'est le cas de BEPHA (*Bamenda Ecclesiastical Province Health Assistance*) dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest. L'adhésion n'est pas individuelle et la contribution est volontaire par famille pour éviter la sélection inverse (le fait que les personnes saines ont tendance à moins souscrire aux mutuelles que les personnes qui sont plus souvent malades, ce qui tend à rendre la mutuelle financièrement non viable). En 2013, BEPHA comptait 30 000 membres et projette d'atteindre 80 000 d'ici 2017 [149].

En 2014, on dénombrait 16 **compagnies d'assurance** offrant une couverture du risque maladie pour une souscription moyenne de 155 000 FCFA par adulte et par an [148].

Le Cameroun a alloué seulement 0,2 % de son PIB aux filets de protection sociale⁵ en 2013 [150]. Cependant, les recommandations de la Conférence Interministérielle d'Examen des Programmes (CIEP) 2015 préconisent le développement d'une stratégie pour l'implémentation de la couverture santé universelle (CSU) au Cameroun [151]. Un groupe technique intersectoriel national chargé de la mise en place de la CSU a été mis en place. La formation de cinquante acteurs nationaux a été faite et l'évaluation organisationnelle et institutionnelle pour le renforcement et l'amélioration du financement de la santé au Cameroun est en cours. Il reste à définir le panier de soins et en évaluer le coût pour une cible de départ à l'effet de proposer une stratégie de développement de la CSU.

3.5.5.4 Achat des services de santé

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

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

⁵ Les filets de protection sociale se regroupent en six grandes catégories: transferts monétaires inconditionnels, programmes de travaux sociaux à haute intensité de main d'œuvre, interventions d'urgence, programmes de cantine scolaire, programmes de nutrition, et exonération de paiement pour les services essentiels.

La majorité des mutuelles sont en faillite et n'arrivent pas à payer les formations sanitaires pour les services offerts à leurs membres. Les raisons de cette faillite sont liées à : (i) une insuffisance dans la conception des mutuelles basée sur le volontariat (une telle approche limite le partage de risque entre les riches et les pauvres et entre les personnes malades et celles en bonne santé) ; (ii) la modicité de la prime non compensée par un apport extérieur et une mauvaise gestion des ressources [148].

▪ **Subvention de la gratuité de certains soins décidée par le Gouvernement:**

Depuis plusieurs années certains services et soins sont offerts gratuitement aux populations. Parmi ceux-ci, on peut citer : la prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et la dispensation des antirétroviraux pour les PVVIH, etc. Or, les lois économiques montrent qu'une gratuité généralisée sans mécanisme de compensation financière adéquate pour les formations sanitaires n'est pas soutenable et viable à long terme. Les conséquences en sont : la mauvaise qualité des soins, les ruptures de stocks et le développement d'un marché noir. Ces politiques de gratuité n'ont pas été précédées par des études économiques de faisabilité et de soutenabilité fiables avant leur mise en place.

▪ **Expérimentation du Financement basé sur les résultats (FBR):**

Le Financement Basé sur les Résultats a pour objectifs : d'améliorer l'accessibilité aux services et soins de qualité, avec pour résultats l'efficacité et l'équité du système. Cette approche est mise en œuvre au Cameroun depuis 2006 dans la région de l'Est par le diocèse de Batouri avec l'appui technique et financier de l'ONG Hollandaise *CORDAID*. En 2011, avec le soutien de la Banque Mondiale, elle a été étendue à 400 formations sanitaires de 26 districts de santé réparties dans les régions de l'Est, du Littoral, du Nord-ouest et du Sud-ouest.

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

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

▪ **Paiement direct des soins par les ménages :**

La majorité des coûts des soins (52%) sont supportés par les ménages qui payent directement ces prestations au niveau des structures sanitaires [148]. Le système de paiement direct est source d'inéquité aussi bien dans l'utilisation des services de santé que dans la mobilisation des ressources privées et publiques pour la santé. Il expose les ménages à des dépenses très élevées et constitue une barrière pour l'accès aux services de santé [148]. Ceci s'explique d'un côté par l'insuffisance du financement venant de l'État et de l'autre par le faible développement des mécanismes de partage du risque maladie.

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

Allocation des ressources : Il existe très peu de données pouvant permettre de mesurer la performance de l'allocation budgétaire en matière de santé au Cameroun. Cependant, on note que celle-ci est cadrée par le CBMT (Cadre Budgétaire à Moyen Terme) basé sur la conjoncture économique, alors que les besoins réels en financement de la santé exprimés dans le CDMT (Cadre des Dépenses à Moyen Terme) ne sont pas satisfaits.

Toutefois, la mise en application du budget-programme depuis 2013 vise à améliorer la gestion des ressources financières de l'État et l'efficacité des interventions de santé.

Malgré la politique de décentralisation en cours, il existe encore une importante centralisation de l'allocation budgétaire, les fonds décentralisés représentaient moins de 3% (6 milliards) du budget du MINSANTÉ en 2015. La déconcentration, quant à elle, a connu une amélioration ces dernières années avec une ventilation des enveloppes budgétaires ciblant de plus en plus le niveau périphérique. En effet, l'allocation des ressources doit être suffisante au niveau opérationnel pour permettre aux structures sanitaires de délivrer un paquet de soins complet et de qualité aux populations (Tableau 10).

Tableau 10 : Ventilation des enveloppes budgétaires 2013-2015 par niveau (en milliards de FCFA)

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

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

La formulation budgétaire se fait verticalement en suivant les plans stratégiques et opérationnels des différents programmes de santé. Ces plans sont budgétisés suivant des méthodologies différentes, souvent basées sur une planification centralisée des intrants et non sur les besoins réels des populations couvertes par les structures sanitaires. La formulation budgétaire au niveau périphérique est quasi-inexistante, alors qu'elle devrait être le pilier de la budgétisation nationale, dans une logique *bottom-up*.

Il est par conséquent essentiel de former les acteurs du niveau opérationnel et de conduire des études permettant d'évaluer les ressources nécessaires pour la délivrance d'un paquet de soins de qualité par une formation sanitaire à une population donnée.

Exécution budgétaire : Le taux d'exécution budgétaire (base engagement) a été estimé à 88% en 2014 (tableau 11). Cependant, du fait des tensions de trésorerie au niveau du Ministère des Finances, il est parfois difficile de connaître le niveau réel de dépense effectué par le Ministère de la Santé Publique.

Par ailleurs, le calcul du taux d'exécution est rendu difficile par l'absence d'un système de collecte et d'analyse de l'information financière. De plus, la lourdeur des procédures de la dépense publique ne garantit pas la visibilité et la prévisibilité de la chaîne de dépense.

Tableau 11 : Taux d'exécution (base engagement) du budget MINSANTÉ 2014.

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

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

Suivi et évaluation de l'exécution budgétaire : Il n'existe pas, pour l'instant, de système d'information et de suivi global en temps réel de l'exécution budgétaire. En effet, le logiciel utilisé pour la budgétisation (PROBMIS⁶) ne permet pas le suivi de l'utilisation des ressources au niveau décentralisé.

Un autre défi majeur lié au contexte d'utilisation des ressources est l'absence d'un corpus de procédures consolidées qui gouverne la gestion des ressources (budget national et financement extérieur) du secteur. Cette situation se traduit sur le terrain par des problèmes récurrents de gouvernance et une faible remontée des pièces justificatives.

En guise de conclusion sur le financement de la santé, il apparaît que le niveau d'efficacité des dépenses en santé est faible. À titre illustratif, en 2012, le Cameroun a dépensé \$61 par habitant et a eu des résultats comparables à ceux des pays dépensant entre \$10 et \$15 par habitant [125].

DRAFT

⁶ Définir

3.6 Composante gouvernance et pilotage stratégique

3.6.1 Pilotage stratégique

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

3.6.1.1 La veille stratégique

Dans le secteur de la santé, le dispositif de veille stratégique est organisé autour de l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) créé en 2010. Toutefois ses missions ne sont pas efficacement mises en œuvre du fait de l'instabilité des ressources humaines, l'insuffisance des ressources financières et technologiques, et des dysfonctionnements dans la collecte, le traitement, l'analyse, l'exploitation et la transmission des données collectées au niveau du SNIS.

3.6.1.2 La planification et la coordination stratégique de la SSS

La planification stratégique au Cameroun a pour cadres de référence : la Vision Cameroun 2035 et le DSCE. La SSS 2001-2015 a été insuffisamment mise en œuvre du fait de sa faible vulgarisation et appropriation, et de sa faible utilisation comme cadre de référence pour la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Malgré l'existence d'un Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé [153], le secteur santé reste caractérisé par une multiplicité et une diversité d'autres instances de coordination. Une insuffisance de concertation entre ces multiples instances entrave l'efficacité et l'efficience des interventions de santé. En effet, la plupart des programmes et projets de santé disposent d'une instance de pilotage et d'orientation à caractère intersectoriel ou interministériel (Instance de Coordination Nationale pour les financements du Fonds Mondial de lutte contre la TB, le VIH et le Paludisme ; le CCIA, le PLMI). Ces instances de coordination de programmes verticaux n'ont souvent pas de lien direct avec le comité de pilotage de la SSS. Cette fragmentation de la coordination et du pilotage stratégique se répercute également au niveau régional.

Pour le MINSANTE, un comité interne de gestion de la chaîne Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-Évaluation (PPBS) a été mis en place en 2009 mais son fonctionnement n'est pas harmonieux. Par ailleurs, les capacités des responsables de ce comité n'ont pas été renforcées. Par conséquent, ce comité n'a développé ni un plan d'action avec des objectifs précis, ni des indicateurs de mesure de sa performance.

3.6.1.3 Le suivi - évaluation

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

3.6.1.4 Le partenariat pour la santé

Le secteur santé du Cameroun a développé une véritable dynamique partenariale. Grâce à cette stratégie partenariale, il a élargi son réseau de partenaires, tant sur le plan national qu'international.

Au plan international, le Cameroun est membre des partenariats globaux pour la santé, à l'instar de la *International Health Partnership* (IHP+). Il coopère également avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui soutiennent la santé à l'échelle internationale.

Au plan national, le portefeuille du partenariat compte plusieurs centaines d'acteurs : les départements ministériels et les administrations sous tutelle, les entreprises publiques et privées, les collectivités territoriales

décentralisées, les ONG et les associations. Cependant, les capacités institutionnelles et techniques de coordination actuelles ne sont pas suffisantes pour animer et rentabiliser ce patrimoine partenarial.

L'arrêté n° 1433/A/MSP/SG/DCOOP/CPNAT a fixé le cadre réglementaire pour une mise en œuvre efficace du partenariat. Pour ce faire, un Groupe Thématique sur le partenariat, placé sous l'autorité du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la SSS, a été créé en 2013.

3.6.2 Gouvernance

3.6.2.1 Cadre législatif et règlementaire

En l'absence d'un code de santé publique intégré, de nombreux textes juridiques encadrent les principales fonctions et interventions de santé. Plusieurs domaines de la santé publique ne disposent pas encore d'un encadrement juridique approprié : la bioéthique (notamment l'assistance médicale à la procréation, le don d'organes, les transplantations, la gestion de la fin de vie et [l'euthanasie]) ; l'exercice de la médecine traditionnelle et le développement des médecines alternatives ; la prestation des soins de santé ambulatoires, etc.

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

Le dispositif organisationnel et structurel mis en place pour gérer les problématiques juridiques dans le secteur de santé est disponible au niveau central (Division des Affaires Juridiques et du Contentieux). Le cadre juridique des interventions est aussi caractérisé par une multitude d'actes réglementaires aux dispositions parfois concurrentes, discordantes et obsolètes. Ceci s'explique par :

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

3.6.2.2 Audits et contrôles internes

A l'échelon central, la nécessité d'une mise en œuvre effective des missions de régulation, d'audit et de contrôle statutairement dévolues aux inspections générales couvrant tous les aspects de la gestion du secteur s'impose. Les actions d'audit et de contrôle sont limitées par l'insuffisance de moyens logistiques et financiers, ainsi que par l'absence de la mise en œuvre des recommandations issues des missions d'inspection à tous les niveaux [154]. 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 [155].

3.6.2.3 Redevabilité

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

Dans le même ordre d'idée, les comités locaux de lutte contre la corruption ont été mis en place dans les hôpitaux publics. Des supports de transparence et dénonciation (boîtes à plaintes et à suggestion, ...) l'ont été également. Les Initiatives à Résultats Rapides (IRR) de lutte contre la corruption ont été mises en œuvre avec l'appui de la CONAC, dans les hôpitaux. Les jalons desdites IRR ont été traduits en mesures de renforcement de la gouvernance et de sécurisation des recettes et des biens des hôpitaux.

Par ailleurs, des réformes ont été conduites, notamment l'élaboration d'un Code de passation des marchés 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, et plus récemment la création d'un Ministère chargé de la passation des marchés [125], le programme national de bonne gouvernance.

3.6.2.4 Contrôle social

Le contrôle social des interventions de santé qui est l'une des modalités de la participation communautaire aux activités du système de santé demeure « *assez faible* » [156]. Les structures de dialogue existent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces structures devraient participer aux interventions de co-financement et de cogestion des structures de santé. Or, elles sont peu fonctionnelles pour la plupart.

Chapitre 4. DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTE

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

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

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

En effet, la SSS 2001-2015 [157] avait entre autres objectifs majeurs la décentralisation du système de santé. Les districts de santé devaient s'autonomiser tandis que le niveau central devait d'avantage s'occuper du suivi, du contrôle, de la régulation et des normes. Le nombre de programmes verticaux devait progressivement diminuer et les districts de santé quant à eux devaient être viabilisés progressivement pour être à même d'offrir des paquets d'interventions intégrés et globaux aux populations.

- A ce jour moins de 10 districts de santé sur 191 ont atteint la phase d'autonomisation [159].
- Les résultats attendus et projetés dans la stratégie échue n'ont pas toujours tenu compte des capacités institutionnelles.

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

4.1.1 Points forts

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

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

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

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

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

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

4.1.2 Points faibles

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

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

Législation, réglementation : Il n'existe pas de code de santé publique au Cameroun. Par ailleurs, le cadre juridique des interventions en matière de santé, est caractérisé par l'éparpillement, la prolifération

d'actes réglementaires aux dispositions parfois concurrentes et discordantes, de même que l'obsolescence de nombreux instruments juridiques encore en vigueur. Très souvent, les pratiques précèdent l'encadrement juridique et les vides juridiques persistent dans plusieurs domaines.

Gestion (planification, direction, contrôle et suivi évaluation) : A ce niveau, les points préoccupants identifiés sont les suivants : l'insuffisance dans l'accomplissement de son mandat (impulsion et animation du secteur de la santé) par le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé. Cette défaillance a limité la performance globale de ce dernier. Les caractéristiques de cette insuffisance managériale au niveau du ST-CP/SSS sont :

- L'inadéquation de la planification stratégique : les objectifs stratégiques formulés dans la SSS2001-2015 et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles, structurelles et les rythmes de progression antérieurs.
- L'inadéquation de la planification opérationnelle au niveau régional : les besoins exprimés par les régions sanitaires n'ont pas tenu compte des contraintes budgétaires et des ressources disponibles. L'absence d'objectifs régionaux réalistes a constitué un frein à l'affectation des ressources en fonction des besoins réels. Aussi la mobilisation locale des ressources est restée faible.
- L'absence d'un plan intégré de suivi-évaluation: les valeurs de départ et les valeurs cibles des indicateurs de suivi de la SSS échue n'ont pas été renseignées, ce qui a rendu leur suivi difficile. En outre, leur nombre était pléthorique.
- Le déficit de l'anticipation et de la gestion des risques : du fait de l'absence d'un plan de gestion des risques, il n'a pas été possible d'anticiper les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie. Cela a entraîné une attitude plus réactive que proactive des acteurs de mise en œuvre de la stratégie échue.
- Une affectation irrationnelle des ressources aux régions consécutive à l'irréalisme des objectifs opérationnels fixés par ces dernières.
- Le déficit de la mise en œuvre de la redevabilité : peu de mécanismes de redevabilité des acteurs étaient mis en place ou étaient fonctionnels. Ceci a contribué à une incoordination des acteurs, des ressources et des actions, favorisant les doublons, les omissions dans les pratiques ; toutes choses qui compromettent l'efficacité.
- Certains ministères apparentés prestataires des soins curatifs, préventifs et promotionnels n'ont pas été identifiés et leurs responsabilités n'ont pas formellement été clarifiées dans les cadres de mise en œuvre de la SSS et du PNDS 2011-2015.

Budget/dépenses : En matière de budget et dépenses, l'existence au Cameroun de multiples régimes de financement de la santé (27 dénombrés en 2013) provient de l'absence d'une approche intégrée de financement de la santé. En sus, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (ceux du privé, ceux des Ministères partenaires prestataires des soins et des services de santé, ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées) n'a pas contribué à la prévention du double emploi des ressources. Ceci n'a pas permis d'agir de façon cohérente pour gérer les besoins les plus cruciaux des populations cibles (équité horizontale). A ce jour, la collecte des ressources pour la santé (financements privés, financements publics) et leur mise en commun ne sont pas assez bien organisés dans le secteur.

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

Dans le même ordre d'idées, on a relevé que la productivité financière des formations sanitaires n'est pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics ; le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population : seuls 3% est couverte par

des mécanismes y afférents. Les paiements directs qui représentent près de 95% des dépenses privées de santé demeurent la principale modalité d'acquisition des soins. De plus, la persistance des mauvaises pratiques de gouvernance dans les services publics d'une manière générale reste une pesanteur qui rend difficile l'utilisation efficiente des ressources.

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

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

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

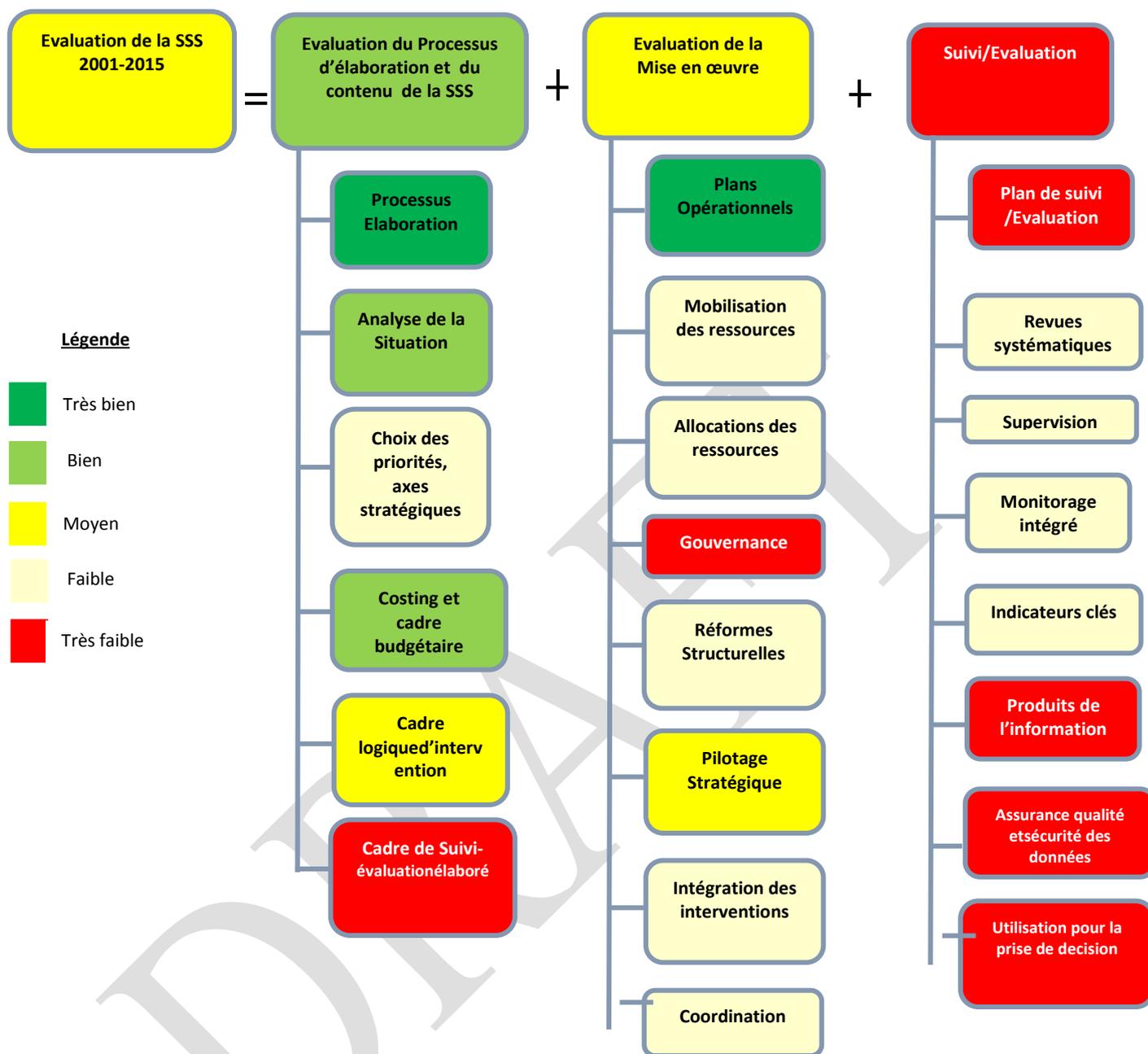


Figure 8 : Résumé synoptique de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015
 Source : MINSANTE (ST-CP/SSS) Graphique inspiré du rapport d'évaluation de la SSS 2001-2015

4.2 Principaux problèmes du secteur de la santé par composante

Le diagnostic du secteur de la santé a permis d'identifier comme problème majeur «faible capacité du système de santé à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif». En effet, confronté à la faiblesse de ses six piliers (leadership et gouvernance⁷, ressources humaines, offre de soins, infrastructures, médicament et technologies sanitaires, financement et système d'information sanitaire), le système de santé actuel ne permet pas de prévenir de façon adéquate les événements qui influencent négativement la santé. Il ne parvient pas à assurer suffisamment et de manière efficace, la promotion de la santé des populations, ou encore à assurer une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie. En pratique, la faible capacité du système de santé à répondre efficacement aux besoins de bien-être de la population se traduit par des indicateurs sanitaires peu satisfaisants avec notamment une morbi-mortalité élevée, un accroissement des dépenses de santé et une diminution de la force de travail. Ce diagnostic global est résumé sous forme schématique dans l'image ci-dessus.

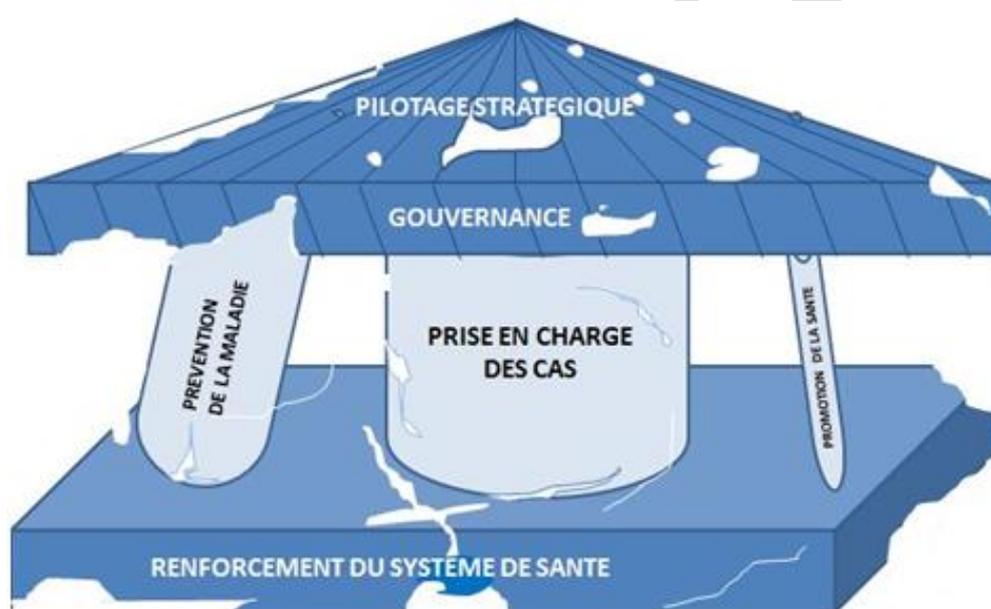


Figure 9: Résumé synoptique du diagnostic du secteur de la santé

Source : MINSANTE (ST-CP/SSS)– Graphique inspiré du document *Diagnostic du secteur santé* (2015)

⁷ Les nombreux défis majeurs liés au pilotage stratégique et à la gouvernance du secteur santé, de même qu'au développement d'une stratégie nationale sur la thématique de la gouvernance ont motivé le choix de l'institution de ce pilier du système de santé en composante transversale entière, pour une meilleure analyse.

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

COMPOSANTE	PROBLEMES PRIORITAIRES (issus de l'analyse causale ou arbres à problèmes)
COMPOSANTE PROMOTION DE LA SANTE	
<p>Problème central de la Promotion de la santé :</p> <p>Faibles aptitudes des populations à résoudre leurs problèmes de santé et à adopter des comportements favorables à la santé</p>	<p>Causes immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible prise en compte des déterminants sociaux dans les politiques publiques et dans les plans stratégiques élaborés; - Faible participation de la communauté aux interventions de santé. - Faible collaboration intersectorielle dans la résolution des problèmes de santé ; - Promotion insuffisante de bonnes habitudes alimentaires, nutritionnelles et d'hygiène individuelle ; et sur l'importance des APS ; <p>Causes profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible développement de la santé communautaire ; - Faibles capacités institutionnelles en matière de promotion de la santé ; - Insuffisance d'infrastructures de proximité et d'encadreurs pour la pratique du sport de masse ; - Déficit d'encadreurs dédiés au sport-santé ; - Absence d'une approche intégrée de communication pour le changement de comportement ; - Faible exploitation des opportunités existantes en matière de promotion de la santé.
COMPOSANTE PREVENTION DE LA MALADIE	
<p>Problème central de la Prévention de la maladie :</p> <p>l'incidence et la prévalence des maladies évitables sont élevées</p>	<p>Causes immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des maladies évitables insuffisante ; - Dépistage précoce faiblement exécuté ; - Système de surveillance intégré peu fonctionnel ; - Faible coordination des activités de prévention de tous les secteurs. - Sensibilisation des populations insuffisante ; - Persistance des comportements à risque des populations. <p>Causes profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventions de prévention faiblement planifiées dans les plans stratégiques et les documents de politique de lutte contre la maladie ; - Faible capacité institutionnelle dans le domaine de la prévention des maladies transmissibles et non-transmissibles ; - Absence de plans stratégiques intégrés qui adressent les problèmes de prévention à tous les niveaux de la pyramide ; - Faible intégration de la surveillance dans la formation de base et la formation continue des acteurs de la surveillance ; - Faible implication de la communauté dans les axes stratégiques de prévention des maladies transmissibles et non-transmissibles ; - Faible implication des hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie dans le dispositif de surveillance des maladies à potentiel épidémique et de riposte.
COMPOSANTE PRISE EN CHARGE DES CAS	
<p>Problème central de la Prise en charge des cas :</p> <p>la prise en charge curative des cas est peu satisfaisante</p>	<p>Causes immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic et traitement des cas des maladies transmissibles et non transmissibles, mal assuré ; - Faible mise en œuvre de certaines modalités d'offre de service (stratégies avancées, télémédecine) ; - Réhabilitation des personnes présentant au moins un handicap est insuffisamment assuré ; - Faible mise en œuvre des stratégies avancées dans les zones d'accès difficiles ou éloignées ; - Éducation thérapeutique et accompagnement psychosocial des patients faiblement assuré ; - Faible complétude des interventions relevant du PMA et du P A ; - Faible intégration des interventions visant le couple mère-enfant ; - Faible accessibilité et utilisation des services offrant des interventions à haut niveau d'impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent (PF, CPN-R, SONEU, SEN, CPON, PCIME,

	<ul style="list-style-type: none"> - prise en charge des fistules obstétricales ; - Prise en charge des urgences sanitaires (y compris transfusionnelles), des urgences non épidémiques et des évènements majeurs de santé publique faiblement coordonnée et non subventionnée. <p>Causes profondes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un cadre institutionnel pour la mise en œuvre des interventions sous-directives communautaires ; <p>charge de travail importante pour les prestataires du niveau opérationnel du fait de la multiplicité des programmes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un plan national de réhabilitation et d'extension de la couverture sanitaire (plan stratégique de couverture sanitaire) ; - Faible disponibilité des services pour soins spécialisés (santé mentale, soins palliatifs et d'accompagnement, grands brûlés, etc.) ; - Faible disponibilité des normes et standards de prise en charge des cas dans les formations sanitaires; Absence d'une stratégie nationale de prise en charge des infections nosocomiales et de promotion de la sécurité des patients ; - Structures de prise en charge des situations à haute mortalité insuffisantes (salle de déchoquage, soins intensifs, radiologie interventionnelle) ; - Offre de service en matière de réhabilitation/rééducation insuffisante ; - Système de référence et de contre référence peu fonctionnel ; - médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité insuffisante ; - Services conviviaux pour adolescents insuffisants ; - Faible disponibilité de l'offre de services de qualité en SONU et SONUC.
COMPOSANTE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	
<p>Problème central du Médicaments :</p> <p>Faibles disponibilité, accessibilité des médicaments et produits pharmaceutiques de qualité et de leur usage rationnel</p>	<p>Causes immédiates</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise sélection au cours des acquisitions ; - Mauvaise gestion des stocks de médicaments ; - Expansion du trafic illicite et des faux médicaments ; - Précarité et insuffisance des financements accordées aux médicaments et aux vaccins ; - Faible production pharmaceutique locale et de consommables médicaux ; - Faible disponibilité et accessibilité des services d'analyses de biologie médicale fiables ; - Faiblesse du système de sécurité transfusionnelle. <p>Causes profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régulation du secteur pharmaceutique et de la biologie médicale insuffisante ; - Régulation de la transfusion sanguine insuffisante ; - Faible performances des structures du SYNAME ; - Capacités managériales des responsables en charge du médicament limitées ; - Absence d'une politique de promotion de l'usage rationnel du médicament ; - Nombre de laboratoires de référence insuffisant et modalités de leur accréditation non définies ; - Système d'informations sur la gestion des médicaments et dispositifs médicaux peu performant ; - Faible pouvoir d'achat des ménages ; - Faiblesse du système d'assurance qualité (contrôle qualité, inspection, homologation, pharmacovigilance, surveillance du marché pharmaceutique) des médicaments et des réactifs de biologie médicale; - Faible prise en compte du médicament essentiel générique par les prescripteurs.
<p>Problème Central de l'Offre de services:</p> <p>Faible disponibilité des infrastructures</p>	<p>Causes immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prolifération des formations sanitaires dans les grandes agglomérations ; - Répartition inadéquate des infrastructures et absence de différenciation dans les spécialisations des formations sanitaires de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie ; - Maintenance insuffisante des infrastructures et équipements ;

<p>et des équipements de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible mise en œuvre de la politique nationale de la technologie sanitaire. <p>Causes sous profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible maîtrise de la carte sanitaire (carte sanitaire non actualisée) ; - Absence d'un système d'assurance qualité en matière d'infrastructures et d'équipements ; - Absence d'une politique nationale de santé communautaire ; - Cadre réglementaire de participation communautaire non actualisé; - Absence d'un plan de développement des formations sanitaires ; - Ressources financières allouées à la maintenance des équipements et des infrastructures insuffisantes.
<p>Problème central des Ressources Humaines :</p> <p>Faible disponibilité des ressources humaines en santé en quantité et en qualité</p>	<p>Causes immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible capacité d'absorption des RHS formées ; - Utilisation sous-optimale du personnel existant ; - Formation initiale de qualité insuffisante ; - Formation continue faiblement organisée et de qualité insuffisante. <p>Causes profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnels insuffisamment motivés et rémunérés ; - Mécanismes de fidélisation au poste dans les zones d'accès difficiles faiblement mis en œuvre ; - Répartition géographique inéquitable des ressources humaines ; - Absence de mécanismes d'incitation à l'auto emploi des RHS.
<p>Problème central du Financement de la santé :</p> <p>Accessibilité financière aux soins et services de santé de qualité limitée pour les populations, en particulier les plus vulnérables</p>	<p>Causes immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible développement des mécanismes de partage du risque maladie ; - Budget alloué à la santé insuffisant ; - Niveaux opérationnel et intermédiaire insuffisamment financés; - Faible coordination des multiples mécanismes de financement de la santé ; - Insuffisante prise en compte des priorités nationales dans l'orientation des FINEX; - Verticalité des financements des programmes de santé; - Forte contribution financière des ménages via paiement direct aux formations sanitaires. <p>Causes profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'une stratégie formelle de financement du secteur santé ; - Inefficience dans l'allocation et l'utilisation des ressources (ex: faible capacité de reddition de compte) ; - Acteurs locaux insuffisamment formés pour le développement et la mise en place des mécanismes de mutualisation du risque maladie.
<p>Problème central de l'Informations sanitaires et Recherche Opérationnelle :</p> <p>Prise de décision non basée sur les données probantes</p>	<p>Causes immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragmentation du système de gestion des informations sanitaires ; - La faiblesse dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de recherche en santé au MINSANTE ; - Faible production et utilisation des données de routine pour la prise de décision ; - Faible aptitudes des gestionnaires à utiliser l'information sanitaire pour la prise de décision ; - Faible informatisation du SNIS à tous les niveaux. <p>Causes profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible organisation, coordination et régulation de la recherche opérationnelle en santé ; - Cadre institutionnel et organisationnel du SNIS insuffisant; - Ressources financières allouées au SNIS insuffisantes ; - Absence d'un manuel de procédures de gestion et d'un tableau de bord de suivi des activités ; - Plan stratégique de renforcement du SNIS faiblement mis en œuvre; - Mauvais archivage des données ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Faible implication du personnel de santé dans la collecte des données ; - Multiplicité des outils de collecte ; - Moyens de mise en œuvre de la recherche opérationnelle insuffisants ; - Vulgarisation insuffisante de l'information sanitaire et des produits de la recherche à tous les niveaux ; - Le choix des thématiques des protocoles de recherche en santé orienté vers les priorités et conditionnalités des sponsors plutôt que sur les besoins identifiés au niveau national.
COMPOSANTE GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE	
<p>Gouvernance et pilotage stratégique</p> <p>Problème central : Faible performance du système de santé</p>	<p>Causes immédiates</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalisation et régulation insuffisantes ; - Faible coordination intra et intersectorielle des interventions de santé ; - Textes réglementaires et lois visant à améliorer la performance dans le secteur non disponibles ou pas actualisés (textes sur la participation communautaire, réformes pharmaceutiques, textes réglementant l'exercice de la médecine traditionnelle et l'encadrement des tradi-praticiens, harmonisation de la réglementation des Ordres professionnels et de leurs modalités d'exercice, réglementation sur la transplantation d'organes humains et procréation médicalement assistée, etc.) ; - Capacités managériales des responsables des équipes des districts de santé, des responsables de délégations régionales et des membres des structures de dialogue insuffisantes ; - Contrôles insuffisants ; - Redevabilité insuffisante dans le secteur de la santé. <p>Causes profondes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leadership insuffisant ; - Ressources financières pour l'appui logistique aux réunions de coordination des groupes de travail thématiques insuffisantes ; - Faible utilisation des résultats de recherche dans le processus de prise de décision ; - Développement insuffisant des partenariats notamment public-privé (faible contractualisation) ; - Dispositif institutionnel de pilotage et de veille stratégique dans le secteur peu performant (nombreux sous- comités de pilotage non coordonnés).

4.3 Facteurs externes significatifs

Le développement du système de santé camerounais est fortement influencé par de nombreux facteurs nationaux et internationaux. Ces derniers ont été classés en deux grands groupes : les facteurs contraignants et les facteurs porteurs d'avenir [18].

4.3.1 Facteurs contraignants

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

- L'insécurité aux frontières dues aux guerres dans les pays voisins entraîne un afflux de réfugiés/déplacés internes et des épidémies ;

La pression sur les services de santé des populations déplacées qui en découle fragilise les systèmes de santé et accroît la vulnérabilité des populations au niveau local ;

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

4.3.2 Facteurs porteurs d'avenir

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

- Le Plan d'Urgence pour l'Accélération de la Croissance Economique 2015-2017 qui prévoit la construction et la réhabilitation des hôpitaux de référence dans toutes les régions du pays, ainsi que le développement des infrastructures sociales de base [160];
- Le fort taux de pénétration des TIC qui peut faciliter la gestion de l'information et l'utilisation des technologies à moindre coûts sous réserve d'une bonne politique d'implémentation de l'informatique médicale et de la télémédecine;
- Les grands projets structurants qui, si les risques environnementaux sont contenus, vont améliorer le bien-être des populations par les infrastructures et les emplois nouveaux ;
- Les engagements internationaux ratifiés par le Cameroun, tels que les OMD/ODD, qui créent un contexte favorable à l'amélioration des politiques sociales en général [161] ;
- L'évolution vers la décentralisation des politiques sociales en général qui va davantage promouvoir l'appropriation par les communautés de leurs propres problèmes de santé ;
- Le taux d'alphabétisation élevé favorise une compréhension des messages de santé et une adoption de comportements favorables à la santé ;
- Le nouveau régime financier de l'État consacrant le budget programme comme modalité de cadrage budgétaire garantit plus de visibilité à moyen terme.

4.4 Enjeux et défis majeurs de la stratégie

En se basant sur le DSCE [162], quatre enjeux majeurs ont été identifiés pour la SSS 2016-2027. Ils portent essentiellement sur la contribution du secteur santé à l'éradication de la pauvreté [163]. Les défis correspondants sont présentés dans le tableau 13 ci-dessous.

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

ENJEUX	DEFIS
Réduction de la morbidité et de la mortalité de la population pour une augmentation de l'espérance de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la fonctionnalité des structures sanitaires et des cadres référentiels de concertation et de coordination ; ▪ Extension des interventions à base et sous directive communautaires ; ▪ Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation du MEG de qualité ; ▪ Renforcement du cadre de concertation intersectoriel en matière de promotion et de prévention ; ▪ Prise de décision basée sur l'évidence.
Amélioration de l'accès universel aux soins et services de santé de qualité.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition du mécanisme de partage du risque maladie soutenable ; ▪ Mobilisation de financements suffisant pour la mise en place d'un système national de partage des risques ; ▪ Couverture des populations vulnérables ; ▪ Définition des modalités de participation des travailleurs du secteur informel ; ▪ Renforcement de la disponibilité des soins et services de qualité ; ▪ Coordination des efforts entre le Ministère de la Santé Publique et les ministères partenaires en charge de la CSU.
Renforcement du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du cadre institutionnel et des capacités gestionnaires des responsables des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; ▪ Contractualisation avec le secteur privé ; ▪ Opérationnalisation de la décentralisation en matière de santé ; ▪ Mise en œuvre de la démarche qualité à tous les niveaux du système de santé ; ▪ Amélioration de la régulation du secteur ; ▪ Développement des ressources humaines dans le domaine de la santé, des sciences et techniques connexes⁸ à travers l'accroissement des effectifs, leur répartition optimale sur le territoire national et l'amélioration des conditions de travail ; ▪ Adéquation de la carte sanitaire avec la demande de soins ; ▪ Renforcement du système d'information sanitaire, notamment le suivi /évaluation ; ▪ Développement d'une stratégie du financement de la santé ; ▪ Développement d'un mécanisme d'assurance qualité.
Renforcement du partenariat dans le secteur santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la décentralisation ; ▪ Renforcement de la coordination intra et inter sectorielle ; ▪ Renforcement de la participation communautaire dans la réponse à leurs besoins de santé.

Troisième PARTIE:

CADRE STRATEGIQUE DU SECTEUR SANTÉ

Chapitre 5. GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

Les choix stratégiques retenus sont alignés sur les orientations nationales et les engagements internationaux ratifiés par le Cameroun. Orientations stratégiques dans le domaine de la santé.

5.1 Orientations nationales

5.1.1 La loi cadre dans le domaine de la santé

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

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

5.1.2 La Vision Cameroun 2035

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

La réalisation de cet objectif, nécessitera dans le domaine de la santé, d'améliorer l'offre de services et de soins et de garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité [163]. Ceci permettra de relever l'enjeu du développement du capital humain qui consiste à doter la population camerounaise d'un bon état de santé, d'éducation, de connaissances et d'aptitude professionnelle. Par ailleurs, la vision 2035 dans sa deuxième phase (2020-2027) prévoit sur le plan social, les objectifs suivants: (i) la densification des infrastructures sociales ; (ii) l'élargissement du système de sécurité sociale ; et (iii) le renforcement des dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale.

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

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi DSCE (2010-2019), document de mise en œuvre de la première phase de cette vision, a identifié [162] 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.

5.2 Orientations internationales

Sur le plan sanitaire, le Cameroun a ratifié de nombreux engagements au niveau international. Parmi ceux-ci, on peut citer :

- *Déclaration d'Abuja sur le VIH/Sida, Tuberculose et autres maladies infectieuses (2001)*. Celle-ci est une résolution par les pays africains d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur santé d'ici 2015. Ceci a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo (2003).
- *Déclaration d'Addis-Abeba sur la Santé Communautaire (2006)*. Elle recommande de:
 - rendre les communautés autonomes et de renforcer les structures de gestion communautaires, les activités des consommateurs et les liens avec les systèmes de prestation des services de santé ;
 - assurer l'engagement et la participation des communautaires dans les interventions en soins de santé (planification, prestation, auto surveillance) ;
 - renforcer les interactions entre les services de santé et les communautés desservies ;
 - mettre en place des mécanismes de partage mutuel d'informations ;
 - renforcer les partenariats.
- *Déclaration de Kampala 2006* relative à la disponibilité des ressources humaines en vue du renforcement du système de santé.
- *Déclaration d'Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (2008)* sur l'intégration de l'approche SSP dans les politiques et les stratégies sectorielles en vue de renforcer leurs systèmes de santé pour l'atteinte des OMD.
- *Déclaration d'Alger 2008* sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique.
- *Feuille de route africaine sur la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique (CARMMA)*, (Addis-Ababa, 2009).
- *Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011)*. Elle a permis l'identification de domaines critiques pour agir contre les iniquités en santé:
- *Déclaration sur la couverture sanitaire universelle*, Mexico-City (2012). L'objectif central étant d'assurer un accès égal aux soins et services nécessaires y compris les médicaments qui sont acceptables, abordables accessibles et de qualité et de toujours tenir compte du principe d'inclusion sociale pour les groupes vulnérables.
- *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*. Ce plan vise l'extension des avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés.
- *Adhésion à la International HealthPartnership (IHP+)* en 2011 qui montre l'engagement du Cameroun à améliorer la gestion de son aide publique au développement en matière de santé.
- *Ending Preventable Child and Maternal Deaths: A Promise Renewed (APR)*. Il s'agit d'un engagement pris en 2012 par 176 pays membres de l'Organisation des Nations Unies à tenir la promesse des OMD 4 et 5 et de soutenir les progrès vers ces OMD au-delà de 2015. jusqu'à ce que la mère et l'enfant ne meurent plus de causes évitables.
- *Les Objectifs du Développement Durable 2015 (ODD)* : l'objectif N° 3 est spécifiquement lié à la santé. Cet objectif cible en 2030 la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non-transmissibles à travers un accès universel aux soins et services de santé et la promotion de comportements sains et le développement de milieux de vie favorables à la santé. Le tableau 15 présente de manière détaillée l'arrimage de la SSS 2016-2027 aux Objectifs Développement Durable.

5.3 Vision du secteur

5.3.1 Énoncé de la vision

Cette vision, qui se fonde sur les résultats de l'analyse situationnelle et du diagnostic sectoriel a été formulée de la manière suivante :

Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés».

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

5.3.2 Principes directeurs

La vision est guidée par des principes directeurs qui constituent des règles majeures devant encadrer ou inspirer les «choix de politique à priori» [18]. Il s'agit de :

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

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

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

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

PD3. Participation communautaire :

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

PD4. Gouvernance :

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

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

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

PD6. Partenariat pour la santé :

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

PD7. Déconcentration et décentralisation:

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

La décentralisation, inscrite dans la constitution de 1996 [1] et la loi d'orientation de 2004 [2], confèrent aux CTD des responsabilités en matière de développement social et plus particulièrement dans le secteur santé.

PD8. Participation et responsabilisation :

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

PD9. Gestion optimale des informations sanitaires :

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

En d'autres termes, le Cameroun est un pays où l'espérance de vie à la naissance sera portée à 71 ans en 2035 [163] grâce à la maîtrise des causes de morbidité et de mortalité évitables (maladies transmissibles, maladies non transmissibles, conditions infantiles, maternelles et mentales). Un pays dont les services de santé sont dotés des plateaux techniques (infrastructures, ressources humaines, équipements) de qualité, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

5.4 Choix stratégique du secteur de la santé

5.4.1 Critères de formulation du choix stratégique

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

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

5.4.2 Énoncé du choix stratégique

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

« Garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs apparentés ».

5.4.3 Description du choix stratégique

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

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

a. Services et soins de santé essentiels de base : les interventions majeures dans cette option seront orientées vers les soins de santé primaires (promotion de la santé, prévention de la maladie, prise en charge curative des maladies courantes de la communauté). Il s'agit ici d'offrir des paquets de services et soins essentiels et complémentaires (PMA et PCA) pour lutter contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles ou faire face aux événements de santé publique.

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

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

Chapitre 6. CADRE LOGIQUE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027

6.1 ALIGNEMENT STRATEGIQUE

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

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

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

Mission principale du secteur santé ⁹	Objectif global de la Stratégie	Impact de la stratégie	Indicateurs	Baseline	Cibles (2027)	Sources de vérification
Amélioration de l'état de santé des populations	Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable	Accélération de la transition démographique	Espérance de vie à la naissance	55 ans (2015)	62 ans en 2025 (Vision 2035)	BUCREP/INS
			Ratio de dépendance démographique	85,1% (2014)	70% en 2027	RGPH/INS
		Augmentation de la productivité	Années de vie en bonne santé	48 ans en 2013 (OMS 2015)	51ans	OMS BUCREP/INS
		Amélioration du niveau de vie des ménages	Part des ménages dans les dépenses totales de santé consacré à la santé	52% en 2011 (CNS)	40%	CNS
Incidence des dépenses catastrophiques en santé	10,1% (ECAM4)		5%	CNS, ECAM		

6.1.2 Arrimage aux Objectifs de Développement Durable (ODD)

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

⁹ Principale mission assignée au secteur santé par le DSCE

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

ODD LIEES À LA SANTE	OBJECTIFS SSS 2016-2027
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.1 : d'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes. ▪ ODD n°3.2 : d'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non-transmissibles, la mortalité maternelle et infanto-juvénile
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.3 : d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles. 	<p>Réduire d'au moins un tiers l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.4 : d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire d'au moins 1/3 l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027 ▪ Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non-transmissibles, la mortalité maternelle et infanto-juvénile
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives, notamment de stupéfiants et d'alcool. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.6 : d'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.7 : d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027 principalement chez les adolescents
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.8: Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.10 : Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'ici 2027, renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.11 : Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter de 50% la disponibilité et l'utilisation optimales des RHS de qualité dans au moins 50% des formations sanitaires d'ici 2027.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.12 : Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques nationaux et mondiaux et de gestion des risques sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'ici 2027, renforcer la surveillance et la prévention des maladies à potentiel épidémique, des zoonoses et des événements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts

ODD LIEES À LA SANTE	OBJECTIFS SSS 2016-2027
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°3.9 :d'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°: 6.2 d'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°: 6.3 D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution, en éliminant l'immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matières dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant considérablement à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l'eau. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODD n°: 13. Prendre des mesures urgentes pour combattre le changement climatique et ses effets 	

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

OBJECTIF GLOBAL DE LA STRATEGIE : Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable RESULTATS ATTENDUS : - Le système de santé est performant ; - les populations ont accès aux soins et services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité répondant à leurs besoins. INDICATEURS D'IMPACT : - Espérance de vie en en bonne santé (DALY) SOURCES DE VERIFICATION : EDS-MICS, rapports annuels OMS					
Axe stratégique	Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Baseline (2015)	Cibles (2027)	Sources de vérification
Promotion de la santé	Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027	% de ménages utilisant les toilettes améliorées	10.2%	75%	EDS, MICS, ECAM, études
		Prévalence de l'obésité en milieu urbain	23,5% Kingue et al. 2014	20%	STEPS
		Taux de consommation du Tabac	8,9% en 2013(GATS)	6,9%	Enquête GATS
Prévention de la maladie	Réduire d'un tiers, d'ici 2027 la proportion des personnes présentant les facteurs de risque de maladies évitables au Cameroun	Taux de prévalence de l'HTA en milieu urbain	29.7%	27%	STEPS
		% d'enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA	9% (2014)	85%	EDS-MICS
		% des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un TARV	59.3%	95%	SNIS FDR
Prise en charge curative des cas	« Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non-transmissibles, ainsi que la mortalité maternelle et infantile-juvénile	Ratio de mortalité maternelle (/100 000 naissances vivantes)	782	375	EDS, MICS
		Taux de mortalité infantile-juvénile (/1000 naissances vivantes)	103	75	EDS, MICS
Renforcement du Système de santé	Développer des capacités institutionnelles dans 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé	Indice Global de disponibilité des soins et services de santé	ND ¹⁰	50%	Enquête SARA
		Nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes/maïeuticiens) pour 1000 habitants	1,02 ¹¹	Données administratives RAP 2014	Observatoire RHS, Enquêtes
Gouvernance et pilotage	Augmenter d'au moins 50% la performance du	Taux de réalisation des objectifs de la SSS	AD	95%	Rapports COPIL

¹⁰ Pour cet indicateur qui n'a pas de valeurs de référence, des études seront réalisées pour les déterminer et les cibles projetées seront conséquemment affinées

¹¹ Norme OMS = 2,3

OBJECTIF GLOBAL DE LA STRATEGIE : Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable

RESULTATS ATTENDUS :

- Le système de santé est performant ;
- les populations ont accès aux soins et services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité répondant à leurs besoins.

INDICATEURS D'IMPACT:

- Espérance de vie en en bonne santé (DALY)

SOURCES DE VERIFICATION : EDS-MICS, rapports annuels OMS

Axe stratégique	Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Baseline (2015)	Cibles (2027)	Sources de vérification
stratégique	système de santé à tous les niveaux	Productivité des Districts de santé	ND	Augmentation de 50 %	RAP-MINSANTE 6.1.3 (Rapport d'audit des DS)

DRAFT

6.2 Objectifs spécifiques et stratégies de mise en œuvre

6.2.1 Axe stratégique promotion de la santé

Rappel de la problématique de la composante : Les interventions de promotion de la santé sont faiblement mises en œuvre au Cameroun à cause de la faible prise en compte des déterminants sociaux dans la résolution des problèmes de santé. Pourtant, ces interventions revêtent une importance capitale dans un pays où l'espérance de vie à la naissance n'est que de 54,6ans¹². À l'analyse, on constate que le milieu de vie des populations est peu favorable à la santé et le secteur a du mal à leur faire acquérir les aptitudes et comportements sains favorables à leur santé. En outre, les populations participent peu à la résolution des problèmes de santé.

Objectif stratégique : « Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027 ».

Objectifs spécifiques : sur le plan spécifique, les quatre objectifs suivants ont été formulés :

- Renforcer les capacités institutionnelles, communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé ;
- Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé d'ici 2027 ;
- Renforcer les aptitudes des individus et des communautés dans au moins 75 % des DS d'ici 2027 ;
- Réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027, principalement chez les adolescents.

6.2.1.1 Objectif spécifique No 1 : « Renforcer les capacités institutionnelles et communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé »

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

Stratégie de mise en œuvre 1.1 : Renforcement des capacités des administrations du secteur pour une mise en œuvre efficace des actions de promotion de la santé

La faible prise en compte de la promotion de la santé dans les politiques publiques est tributaire entre autres de l'insuffisance des capacités institutionnelles des administrations publiques et d'une faible coordination intersectorielle des intervenants du secteur santé. Pour une meilleure performance du secteur, il sera question de (i) renforcer les capacités des parties prenantes pour qu'elles soient en mesure d'intégrer significativement, dans tous les documents stratégiques, les aspects liés à la promotion de la santé. Il s'agira aussi (ii) d'élaborer des programmes intégrés intersectoriels de promotion de la santé, à tous les niveaux, pour agir efficacement sur les déterminants de la santé. Ceci se fera à travers une mise à disposition dans ces administrations de l'expertise technique en la matière.

¹² Unicef (2012)

Il sera donc nécessaire de renforcer l'offre de formation initiale et continue en santé communautaire à tous les niveaux du système pour disposer d'un pool de formateur significatif d'absorber ces personnels dans le secteur, afin d'améliorer l'organisation et la mise en œuvre des interventions de santé communautaires.

Stratégie de mise en œuvre 1.2 :Renforcement des capacités des acteurs communautaires et de l'action communautaire (participation communautaire)

Le secteur de la santé en général et le MINSANTE en particulier connaissent un grave déficit de ressources humaines en quantité et en qualité. La planification et la mise en œuvre des interventions de santé communautaire demeurent faibles. L'implication de la communauté dans la résolution des problèmes de santé est donc limitée principalement à cause d'un déficit de personnel qualifié dans ce domaine, tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel. Il s'agira donc de renforcer l'offre de formation initiale en santé communautaire (Aide-soignant option santé communautaire, Agent de santé communautaire, médecins spécialisés en santé communautaire...) et d'absorber ce personnel dans ledit secteur, afin d'améliorer l'organisation et la mise en œuvre des interventions de santé communautaires et de restructurer la participation communautaire nécessaire pour la résilience. Le renforcement de l'action communautaire permettra de stimuler l'auto-assistance et le soutien social au sein de la communauté. Le Guide National des Interventions Sous Directives Communautaires au Cameroun sera le document de référence pour la mise en œuvre des activités au niveau communautaire. Les domaines d'interventions des acteurs communautaires seront clairement définis en fonction des besoins identifiés dans le district (mobilisation sociale, recherche des perdus de vue, distribution de metizan, auto monitoring etc.). La cartographie des ONG et des OSC sera effectuée et en fonction de leur type d'expertise et de leurs capacités, ces ONG et OSC interviendront, au niveau opérationnel, dans les prestations des services ou joueront le rôle d'interface entre les services de santé et la communauté. Des réunions de concertations intersectorielles sous la présidence des autorités administratives seront fortement encouragées.

Il s'agira aussi dans cette stratégie de sensibiliser toutes les tranches des populations pour qu'elles adoptent des modes de vie sains et participent davantage aux activités liées à la santé.

Stratégie de mise en œuvre 1.3 :Renforcement du cadre juridique pour une meilleure participation communautaire

Les instruments juridiques (législatif et réglementaire) régissant la participation communautaire sont insuffisants dans le secteur. Bien que des efforts aient été déployés afin de doter les fonds régionaux de promotion de la santé d'un statut juridique clair, les structures de dialogue des districts et des aires de santé continuent d'évoluer de manière informelle. Les activités de nombreuses organisations de la société civile ne sont pas elles aussi suffisamment encadrées.

Il s'agira donc de renforcer le cadre juridique en actualisant les textes y relatifs et de recenser et combler les vides juridiques qui entravent l'implication de la communauté.

Stratégie de mise en œuvre 1.4 : Renforcement des capacités des CTD et des organisations à base communautaire dans le domaine de la promotion de la santé (Structures de dialogue, ONG/OSC/OBC)

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

capacités d'intervention en promotion de la santé. Par ailleurs, le niveau de connaissances des populations en matière de santé est faible, ce qui réduit la participation communautaire.

Durant la période de validité de la présente SSS, les actions suivantes seront menées : (i) élaboration des plans pour le renforcement des capacités et le transfert de compétences en santé communautaire à la fois aux acteurs des CTD et aux populations; (ii) renforcement de la contractualisation avec les structures à base communautaire ; et (iii) amélioration de l'accompagnement technique des CTD ainsi que des organisations communautaires.

Stratégie de mise en œuvre 1.5 : Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé

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

(i) la mise en place d'une plateforme multisectorielle pour la coordination des interventions de promotion afin de suivre les progrès réalisés dans l'amélioration des indicateurs de promotion de santé;

(ii) l'élaboration et la mise en œuvre participative d'un plan stratégique intégré de promotion de la santé, qui sera le cadre de référence consensuel de toutes les parties prenantes pour obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la promotion ;

(iii) le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique intégré de promotion de la santé pour éviter la fragmentation.

Stratégie de mise en œuvre 1.6: Actualisation des curricula de formation pour une meilleure prise en compte de l'approche socio environnementale dans les programmes d'enseignements.

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

Le renforcement des curricula de formation en vue d'une meilleure prise en compte de la communication en faveur de la santé humaine et animale sera également envisagé.

Stratégie de mise en œuvre 1.7 : Amélioration de l'offre de services de promotion de la santé répondant aux besoins de l'individu dans sa globalité.

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

Il sera également question de mener des études qui permettront d'identifier les besoins réels des populations sur le plan institutionnel, communautaire, individuel, etc. Ces études doivent également permettre de regrouper les populations en segments homogènes afin que des paquets d'offres de services adaptés à leur besoins leurs soient délivrés.

6.2.1.2 Objectif spécifique No 2 : « Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé d'ici 2027 »

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

Stratégie de mise en œuvre 2.1 : Amélioration de l'hygiène du milieu (Eau, hygiène, et assainissement)

L'amélioration de l'hygiène du milieu vise la réduction des risques de maladies dues à l'insalubrité du cadre de vie. Ainsi, cette stratégie reposera sur les six piliers suivants : (i) l'amélioration de la gestion des déchets collectifs liquides, solides et gazeux (ménagers, industriels et hospitaliers) pour réduire l'incidence des maladies vectorielles ; (ii) l'éducation des populations sur l'hygiène et l'assainissement du milieu ; (iii) le renforcement des ressources humaines qualifiées en génie sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (iv) l'amélioration de la disponibilité des commodités (points d'eau, toilettes) en milieu scolaire, carcéral, professionnel, dans les lieux publics et dans les ménages ; (v) le Plaidoyer pour l'augmentation des ressources financières allouées à la santé environnementale ; et (vi) l'assainissement des lieux de vente et de consommation des aliments.

Stratégie de mise en œuvre 2.2 : Promotion de l'urbanisation structurée des villes et aménagement des bidonvilles

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

Stratégie de mise en œuvre 2.3 : Renforcement des actions de prévention contre la pollution des sols, de l'eau et de l'air

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

Stratégie de mise en œuvre 2.4 : Développement de bonnes pratiques de résilience et de gestion des risques et catastrophes liés au changement climatique

Les effets nocifs du changement climatique se font de plus en plus ressentir au Cameroun. Afin de limiter leurs répercussions sur la santé des populations, cette stratégie sera implémentée à travers :

(i) le plaidoyer pour : la réduction des effets de la déforestation sur la santé, la promotion du reboisement ; la promotion de l'utilisation des foyers améliorés ; l'instauration d'une taxe « santé » sur l'importation et l'utilisation des engins à forte émission de CO₂ et la vulgarisation des sources alternatives d'énergie non polluantes ;

(ii) le renforcement de la sensibilisation sur les méfaits des changements climatiques sur l'environnement et la santé.

6.2.1.3 Objectif spécifique No 3 : « Renforcer les aptitudes des individus et des communautés dans au moins 75 % des DS d'ici 2027 ».

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

Stratégie de mise en œuvre 3.1 : Promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles

Les interventions découlant de cette stratégie auront pour but de réduire l'exposition des populations aux maladies dues à la mauvaise alimentation. Il s'agira de : (i) faire un plaidoyer pour l'augmentation des ressources financières et humaines allouées à la promotion d'une alimentation saine et équilibrée ; (ii) améliorer la sécurité sanitaire des aliments mis sur le marché et ceux consommés par les populations ; (iii) concevoir et mettre en œuvre les programmes d'éducation nutritionnelle adaptés à notre contexte socio culturel et économique et combattre les mauvaises pratiques alimentaires dans chaque région ; (iv) améliorer l'accessibilité des populations à un régime alimentaire équilibré et (v) améliorer l'étiquetage alimentaire.

Stratégie de mise en œuvre 3.2 : Lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool et la consommation des substances illicites

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

Stratégie de mise en œuvre 3.3 : Renforcement de la sécurité routière

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

Stratégie de mise en œuvre 3.4 : Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives

La pratique régulière de l'activité physique et sportive permet de prévenir entre autres l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le stress. Afin de promouvoir l'adoption de ces pratiques au quotidien par les populations, cette stratégie sera préférentiellement orientée vers le plaidoyer

politique. Ce plaidoyer visera à obtenir des décisions en faveur de : (a) la construction et la réhabilitation des infrastructures sportives de proximité pour la pratique de l'exercice physique; (b) la formation et le recrutement des ressources humaines en APS et; (c) l'augmentation des ressources financières destinées au développement des infrastructures en milieux carcéral, scolaire et professionnel.

Stratégie de mise en œuvre 3.5 : Renforcement de la communication intégrée pour le développement (C4D) et marketing social

Le but de cette stratégie est de permettre aux populations d'acquérir des attitudes et aptitudes les motivant et facilitant leur accès à l'utilisation des informations sanitaires. La communication pour le changement de comportement sera faite de manière intégrée pour plus de cohérence, d'efficacité et d'efficience. Elle couvrira les champs de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, de la prise en charge des cas et de la gouvernance. Il s'agira également d'assurer la promotion des services offerts dans le secteur de la santé afin de stimuler la demande.

Cette stratégie sera préférentiellement orientée vers : le renforcement des contenus de communication : pour inclure l'éducation sur l'hygiène individuelle ; la sensibilisation des populations sur les us et coutumes néfastes à la santé ; et le renforcement de l'éducation pour la santé en matière de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles.

La stratégie visera aussi : (i) la mise en œuvre d'un plan stratégique intégré de communication pour le développement ; (ii) le plaidoyer pour l'augmentation des ressources allouées aux activités d'éducation pour la santé ; (iii) le renforcement des curricula de formation en vue d'une meilleure prise en compte de la communication en faveur de la santé ; (iv) le marketing en faveur d'une meilleure utilisation des services préventifs et promotionnels de santé ; (v) l'amélioration de l'utilisation des media de masse (audio-visuel, presse écrite et réseaux sociaux) à travers leur régulation et le renforcement de leur usage ; (vi) l'amélioration de la programmation et de la qualité des messages relatifs à la santé qui sont diffusés dans les médias et (vii) le renforcement du marketing social des produits et services de santé.

6.2.1.4 Objectif spécifique No 4 : « Réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027 principalement chez les adolescents »

Les efforts seront poursuivis dans le but de réduire de manière significative les besoins non couverts pour les méthodes contraceptives modernes de longue durée. Les stratégies suivantes seront déployées à cet effet :

Stratégie de mise en œuvre 4.1 : Amélioration des politiques publiques en faveur de la PF

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

Stratégie de mise en œuvre 4.2 : Amélioration de la demande des services de PF

L'amélioration de la demande des services de PF sera réalisée à travers le développement des interventions suivantes : (i) la communication interpersonnelle et de masse en faveur de la PF ; (ii) le

renforcement de l'implication des hommes comme partenaires de la promotion de la PF, et ; (iii) le développement de stratégies novatrices ciblant les jeunes et les adolescents.

Stratégie de mise en œuvre 4.3 : Amélioration de l'offre de services de PF

L'amélioration de l'utilisation des produits contraceptifs nécessitera : (i) l'extension de l'offre des services intégrés de PF en améliorant la disponibilité des intrants et en renforçant le plateau technique des formations sanitaires dans le domaine des prestations de services de PF (formation des ressources humaines et équipements des formations sanitaires), (ii) le développement des services de PF spécifiques aux jeunes et aux adolescents, (iii) le renforcement de l'offre de services dans le sous-secteur privé . A cet effet, au niveau opérationnel, des inventaires seront réalisés pour une bonne cartographie des besoins en intrants et équipements de PF, par la suite, leur acquisition se fera prioritairement pour les districts de santé à faible couverture contraceptive ; (iv) la sécurisation des produits contraceptifs.

Stratégie de mise en œuvre 4.4 : Renforcement du suivi et de la coordination des interventions de PF

Le renforcement du suivi et de la coordination des interventions se fera à travers : (i) l'amélioration des mécanismes de collecte et de gestion des informations relatives à la PF; (ii) le renforcement des ressources nécessaires pour la supervision, le suivi et la coordination des interventions de SRMNEA et ; (iii) le développement de la recherche opérationnelle en matière de PF.

Tableau 17 : Cadre logique de la Promotion de la Santé

Objectif global de la SSS 2016-2027	Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable								
Problème central de la composante	Faibles capacités des populations à résoudre leurs problèmes de santé et à adopter des comportements favorables à la santé								
Objectif stratégique	Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027								
Indicateurs traceurs	Prévalence de l'obésité en milieu urbain								
	Taux de consommation du Tabac								
	% de ménages utilisant les toilettes améliorées								
Objectifs spécifiques	Indicateurs traceurs	Valeur Actuelle	source	Cibles				Périodicité	Source de Vérification
				2018	2020	2024	2027		
Renforcer les capacités institutionnelles, communautaires et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé	% des budgets alloués aux interventions de promotion de santé dans les ministères et organismes partenaires	0.3%	PPA 2013-2015	2%	5%	7%	10%	Annuelle	PPA, CNS
	Proportion des COSADI fonctionnels	65%	(FDR 2015 et CDMT 2013-2015)	80%	90%	95%	95%	Annuelle	Enquêtes
	Proportion d'OBC/OSC de santé fonctionnelles	ND ¹³	Rapports d'activités, Rapports d'enquêtes	10%	30%	50%	70%	Annuelle	
Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé d'ici 2027	% des ménages ayant accès à l'eau potable	72,9%	(MICS 5)	75%	78%	80%	85%	triennal	EDS, MICS, ECAM, études
	% des ménages utilisant des combustibles solides comme source d'énergie pour cuisiner)	80%	(EDS-MICS 2001)	78 %	75%	73 %	70 %	triennal	
Renforcer les aptitudes des individus et des communautés dans au moins 75 % des DS d'ici 2027	Prévalence urbaine de l'HTA	29,70%	(Kingue et al. 2015)	29%	28,5%	28%	27,5%	triennal	STEPS
	% de districts de santé implémentant l'ATPC	10,2%	UNICEF 2012	30%	40%	50%	60%	Annuelle	EDS, MICS, ECAM, études
	Incidence des nouveaux nés de faible poids	9%	(MICS 5)	8%	7%	6%	5%	Annuelle	EDS, MICS, ECAM
	Prévalence des grossesses chez les adolescentes	25,2%	(MICS5)	22%	12,50%	10%	9%	Triennal	EDS, MICS, ECAM
	Prévalence du VIH	4,3%	(EDS-MICS4)	4,1	3,9	3,7	3,5	Triennal	EDS, MICS, Etudes
	Taux de malnutrition chez les moins de 5 ans	31,7%	(MICS5)	30%	28%	25%	22%	Triennal	EDS, MICS, ECAM
	Nombre d'accidentés (blessés et morts) de la voie publique en interurbain	3071 en 2013	(Rapport CONAROUTE)	2500	2000	1500	1000	Annuel	CONAROUTE

¹³ Pour cet indicateur n'ayant pas de valeurs de référence, des études seront réalisées pour les déterminer et les cibles projetées seront conséquemment affinées

	% des femmes mettant en œuvre les pratiques familiales essentielles (y compris l'hygiène bucco-dentaire)	ND ¹⁴	Enquêtes nationales	25%	40%	55%	70%	Annuelle	Enquêtes nationales
	Prévalence du tabagisme chez les jeunes de 13 à 15 ans	8%	(GATS 2014)	7%	5%	3%	2%	Triennal	GATS
Réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027 principalement chez les adolescents	Taux de prévalence contraceptive moderne	20%	(MICS5)	25%	30%	32,50%	35%	Annuelle	EDS/MICS
	Proportion des besoins non satisfaits en PF	18%	MICS 5	16%	14%	13%	10%	Triennal	MICS5

DRAFT

¹⁴ Pour cet indicateur qui n'a pas de valeurs de référence, des études seront réalisées pour les déterminer et les cibles projetées seront conséquemment affinées

6.2.2 Axe stratégique prévention de la maladie

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

Objectif stratégique de la composante : « Réduire d'un tiers, d'ici 2027 la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies évitables au Cameroun ».

Objectifs spécifiques : il s'agira de :

- Réduire d'au moins un tiers l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027;
- D'ici 2027, renforcer la surveillance et la prévention des maladies à potentiel épidémique, des zoonoses et des événements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts ;
- Améliorer la couverture des interventions de prévention SRMNEA dans au moins 80% de districts de santé;
- Réduire d'au moins 1/3 l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027.

6.2.2.1 Objectif spécifique No 1 : « Réduire d'au moins un tiers l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027 »

La réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies transmissibles est un préalable nécessaire pour alléger le poids des maladies évitables au Cameroun. Il sera donc question de consolider les acquis en matière de prévention et d'intensifier ou de diversifier certaines interventions pour un recul net des principales maladies transmissibles.

Stratégie de mise en œuvre 1.1 : Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles

Le renforcement de l'intégration et de la coordination permettront d'améliorer l'efficacité des interventions de prévention en évitant les doublons. De manière opérationnelle, il s'agira d'impliquer davantage toutes les parties prenantes (communautés, responsables des directions, des régions, des districts de santé, des programmes et des secteurs partenaires) dans l'élaboration des documents de politiques et des plans pluriannuels consolidés de prévention, et dans leur mise en œuvre. Il faudra également définir clairement les rôles dévolus à chacune de ces parties prenantes et créer une instance qui veillera à ce que les cahiers de charges qui leur incombent soient rigoureusement respectés.

Stratégie de mise en œuvre 1.2 : Renforcement de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables

Les actions de prévention seront menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et contribueront à réduire l'incidence des maladies suscitées. Il s'agira de procéder au renforcement du conseil dépistage de manière permanente dans les formations sanitaires, mais surtout lors des journées mondiales de lutte contre le VIH au niveau de la communauté. Les ASC seront formés à cet effet et relayeront les messages de sensibilisation en faveur du dépistage de ces pathologies. Deux stratégies seront privilégiées : la stratégie fixe à travers l'approche « conseil et dépistage initié par le prestataire (CDIP) » dans les hôpitaux et la stratégie mobile (caravanes et unités mobiles) dans les aires de santé.

Pour y parvenir, il faudra : (i) renforcer la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en ciblant surtout les populations à risque de VIH (travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les camionneurs, et les forestiers) et de tuberculose ; (ii) renforcer la sécurité transfusionnelle pour éviter les AES et protéger les patients ainsi que le personnel soignant ; (iii) faire un plaidoyer pour la réduction des coûts des tests de dépistage des hépatites virales B, D et C. En plus, l'espace médiatique et toute la communication par voie de radio ou de télévision seront davantage mis à contribution pour véhiculer les messages de prévention.

Il faudra également sensibiliser la population sur les complications morbides d'une infection par le virus de l'hépatite virale B (cancer du foie) et sur l'importance de la vaccination, acquérir le matériel de sensibilisation et les microscopes pour les Centres de Diagnostic de la Tuberculose (CDTs). En plus, les contacts doivent être pris en charge afin de limiter la propagation de la maladie.

La PTME sera intégrée dans toutes les formations sanitaires dispensant des Consultations Périnatales (CPN) pour réduire l'incidence du VIH et des hépatites virales chez les nouveaux nés.

Stratégie de mise en œuvre 1.3 : Renforcement de la prévention du Paludisme

La collaboration intersectorielle, le partenariat public -privé et avec les communautés seront mis à contribution, afin d'améliorer la prévention du paludisme. Ils'agira aussi de renforcer :

- le plaidoyer et la communication pour la Lutte contre le Paludisme ;
- la lutte anti-vectorielle par l'utilisation des MILDA et les pulvérisations intra-domiciliaires notamment dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord où la transmission du plasmodium est particulièrement élevée pendant la saison des pluies ;
- la participation communautaire dans les activités de prévention du Paludisme y compris l'administration du TPI chez les femmes enceintes pendant les CPN ;
- la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones à risque d'épidémie ;
- la construction d'une usine nationale de fabrication des MILDA ;
- l'intégration des supports pour MILDA sur les lits importés et fabriqués localement ;
- la lutte anti-vectorielle par l'utilisation des MILDA et les pulvérisations intra-domiciliaire ;
- l'amélioration de l'assainissement du milieu de vie.

Stratégie de mise en œuvre 1.4: Renforcement de la prévention des MTN et des autres maladies transmissibles

Les principales MTN au Cameroun sont : l'Onchocercose, la Filariose lymphatique, la schistosomiase, les vers intestinaux et le trachome. Les interventions de prévention de ces MTN ont pour finalité d'informer le public sur leurs facteurs de risque. De manière spécifique, il s'agira de :

- renforcer les activités de C4D et la lutte anti vectorielle pour la prévention de l'onchocercose, la filariose lymphatique, la schistosomiase, les vers intestinaux et le trachome ;
- renforcer les capacités du personnel de santé, des enseignants et des distributeurs communautaires pour la lutte contre les MTN ;
- assurer la surveillance du pian, de la leishmaniose, de la lèpre et de l'ulcère de Buruli ainsi que leur suivi communautaire ;
- travailler en synergie avec les administrations partenaires en charge de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement de l'environnement.

6.2.2.2 Objectif spécifique N° 2 : « D'ici 2027, renforcer la surveillance et la prévention des maladies à potentiel épidémique, des zoonoses et des évènements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts »

Stratégie de mise en œuvre 2.1 : Renforcement du système de surveillance épidémiologique

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

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

Stratégie de mise en œuvre 2.2 : Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination

La prévention de la survenue des maladies les plus meurtrières de la première enfance est une stratégie bénéfique pour la réduction de la morbidité et de la mortalité de l'enfant.

Il s'agira donc dans cette stratégie de : renforcer la disponibilité de l'offre en vaccins, assurer l'approvisionnement de qualité et la logistique, développer et promouvoir les initiatives de lutte accélérée contre les maladies évitables par la vaccination, renforcer la participation communautaire dans la communication et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination, renforcer les activités de vaccination supplémentaires (AVS), prioriser les stratégies avancées comme mode opératoire de vaccination dans les zones difficilement accessibles

Stratégie de mise en œuvre 2.3 : Amélioration de la prévention des autres MAPE non prises en compte par le PEV

Pour ce qui est des maladies à potentiel épidémique (MAPE) non prises en compte par le PEV, il sera question de : renforcer la communication pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre celles-ci y compris les zoonoses, renforcer les capacités des acteurs pour la prévention

des MAPE non prises en compte par le PEV, renforcer l'intégration des actions à mener selon l'approche « Une Santé ».

Stratégie de mise en œuvre 2.4 : Renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux événements majeurs de santé publique

La phase de préparation à une riposte est un pré requis pour répondre efficacement aux épidémies et aux crises humanitaires. Il s'agira d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de préparation et de riposte aux principaux événements de santé publique majeurs, y compris les urgences sanitaires. Les phases de préparations devront impérativement inclure des interventions visant une meilleure implication des populations afin d'accroître leur résilience.

Il sera impératif de développer des plans opérationnels spécifiques ; mettre en place un dispositif de préparation face aux événements majeurs de santé publique au niveau des districts de santé pour se préparer à répondre efficacement et en temps réel à une situation de crise ; renforcer le développement des équipes d'intervention rapide pour la riposte aux épidémies ; renforcer les capacités techniques et logistiques des Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Épidémies (CERPL) ; réaliser les cartographies des zones à risque d'épidémie et autres événements sanitaires majeurs.

6.2.2.3 Objectif spécifique No 3 : Améliorer la couverture des interventions de prévention SRMNEA dans au moins 80% de districts de santé

L'amélioration de la couverture des interventions SRMNEA passera par le renforcement de la prévention primaire, de la planification familiale et de la PTME du VIH et de l'hépatite virale B.

Stratégie de mise en œuvre 3.1 : Renforcement de la prévention primaire

Le renforcement de la prévention primaire nécessitera l'intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles dans les services de SRMNEA, tout comme le renforcement de leur suivi et coordination.

Cette stratégie a pour but d'éviter la survenue des maladies dans la population, en mettant un accent particulier sur la SRMNEA. Il s'agira de : (i) renforcer le plaidoyer et la mobilisation sociale en faveur de la prévention, (ii) mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions de SRMNEA, (iii) améliorer l'accès des femmes et des adolescents aux services de SRMNEA avec un accent particulier pour les personnes vulnérables. (iv) renforcer la mobilisation communautaire des femmes en âge de procréer, de leurs partenaires et des adolescents à travers des causeries éducatives, (v) renforcer le conseil et dépistage du VIH et d'autres maladies évitables couplés à une communication efficace.

Stratégie de mise en œuvre 3.2 : Renforcement de la planification familiale chez les femmes infectées par le VIH et chez les adolescents

Cette stratégie, développée dans l'axe promotion de la maladie, est rappelée ici dans le but de mettre en exergue la nécessité d'intégrer les interventions de la Planification Familiale dans les services de prise en charge des problèmes de SRMNEA.

Stratégie de mise en œuvre 3.3 : Renforcement de la prévention de la transmission verticale du VIH et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant

La transmission verticale du VIH et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant est un problème de santé publique majeur au Cameroun. Pour en réduire le risque, il sera question de : renforcer l'extension progressive des sites de PTME pour assurer une bonne couverture géographique et des populations ; intégrer la prévention de la transmission mère enfant des hépatites virales B, D et C et du VIH dans les services de PTME et de SRMNEA ; renforcer le conseil et dépistage du VIH et des

hépatites virales B, D et C chez toutes les femmes enceintes et leurs partenaires/conjoints lors des CPN, en salle d'accouchement et en post partum ; renforcer le passage à échelle de l'option B+ ; prévenir les infections opportunistes chez les femmes enceintes VIH+ et les enfants exposés ; renforcer les mécanismes de suivi des interventions de PTME à tous les niveaux de la pyramide ; mettre à jour des plans opérationnels d'élimination de la transmission mère enfant du V H ; assurer le diagnostic précoce et systématique par PCR des enfants exposés ; renforcer le continuum des soins pour les couples mères enfants et les familles ; et assurer le suivi communautaire des familles à travers le soutien psychosocial, l'aide à l'observance du traitement, et les visites à domicile.

6.2.2.4 Objectif spécifique No 4 : « Réduire de 1/5^e l'incidence/laprévalence des maladies non-transmissibles à l'horizon 2027 »

La réduction de la prévalence des Maladies Non Transmissibles au Cameroun passe par l'extension jusqu'au niveau le plus décentralisé des actions de prévention qui permettront de toucher toutes les couches de la population, notamment celles les plus vulnérables des villes et des zones rurales. Pour y parvenir six stratégies intégrées seront déployées:

Stratégie de mise en œuvre 4.1 : Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des MNT

La coordination des interventions de prévention des MNT est un préalable majeur pour améliorer les performances des acteurs dans le secteur de la santé. A cet effet, l'approche participative dans l'élaboration des plans stratégiques intégrés de prévention sera privilégiée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans toutes les formations sanitaires. Le suivi des activités planifiées sera renforcé pour toutes les parties prenantes.

Stratégie de mise en œuvre 4.1 : Renforcement de la prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs

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

Les interventions de prévention consisteront à : réaliser des enquêtes nationales de prévalence des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs pour estimer leur ampleur et leur répartition géographique ; renforcer les capacités des personnels de la santé pour qu'ils soient en mesure de développer des stratégies de prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en y associant la communauté. Enfin, il faudra réaliser des campagnes de dépistage des affections suscitées dans les groupes cibles que sont les enfants en âge scolaires et les personnes âgées.

Stratégie de mise en œuvre 4.2 : Renforcement de la prévention de la Drépanocytose et autres maladies génétiques et dégénératives

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

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

Stratégie de mise en œuvre 4.3 : Renforcement de la prévention des maladies mentales, épilepsies et autres affections neurologiques

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

Stratégie de mise en œuvre 4.4 : Renforcement de la prévention du Diabète, de l'HTA, des autres maladies cardiovasculaires et des maladies rénales

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

Stratégie de mise en œuvre 4.5: Renforcement de la prévention du cancer, de l'asthme et des autres affections respiratoires chroniques

Les cancers représentent un fardeau de plus en plus lourd pour le système de santé. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur les interventions de prévention de ces maladies. Il s'agira notamment pour les adresser de mener un plaidoyer pour l'augmentation des ressources en faveur de ces pathologies, renforcer la vaccination des filles de 9 à 13 ans contre le HPV, renforcer la vaccination contre l'hépatite virale B, et sensibiliser les populations sur les mesures communautaires visant à les prévenir.

Stratégie de mise en œuvre 4.6: Renforcement de la prévention des maladies rares

Comme pour les autres maladies non transmissibles, il s'agira ici d'élaborer et de mettre en place un registre national des maladies rares, de mener un plaidoyer pour l'augmentation des ressources humaines en vue de leur prévention, de renforcer la formation de base et continue ciblant les maladies rares, d'appuyer financièrement les groupes communautaires organisés et les associations des malades engagés dans la lutte contre ces maladies et enfin, mettre en place un programme national de dépistage des maladies rares.

Tableau 18: Cadre logique Prévention

Objectif global de la stratégie	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
Problème central de la composante	L'incidence et la prévalence des maladies évitables sont élevées au Cameroun							
Objectif stratégique de la composante	« Réduire la proportion des personnes présentant les facteurs de risque de maladies évitables au Cameroun».							
Indicateurs traceurs	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalence de l' HTA - Pourcentage d'enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA - % des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un TARV 							
Description de l'indicateur	Il s'agit de plusieurs indicateurs permettant de mesurer les effets des interventions de prévention des maladies. Ces indicateurs peuvent être renseignés pour la plupart par l'EDS-MICS et/ou par les rapports d'activité des différents programmes							
Objectifs spécifiques	Indicateur traceurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles				Sources de vérification
				2018	2020	2024	2027	
Contribuer à réduire d'au moins 1/3 l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027	Prévalence du Diabète type II	6,6%	Kingue et al. (2015)	6%	5,8%	5,6%	4,3%	SNIS STEPS
	Proportion d'individus ayant fait un test d'électrophorèse de l'hémoglobine	ND		20%	30%	40%	50%	SNIS, Etudes
Contribuer à réduire d'au moins 1/3 l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles d'ici 2027	Incidence du VIH	2.4‰	(profil des estimations des pays du VIH au Cameroun 2010-2020 CNLS)	2.1‰	1.9‰	1.7‰	1.6‰	Etudes
	Prévalence de l'hépatite virale B	11.9%	CPC 2015	11%	10%	9%	8%	EDS-MICS
	Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	30%	EDS (2011)	8%	5%	5%	2,5%	EDS-MICS
	Couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose (couverture TIDC)	80%	(Rapport d'activités des MTN) 2015	84%	85%	86%	87%	PNL Oncho, Rapport d'activités MTN
Améliorer la couverture des interventions de prévention SRMNEA dans au moins 80% de districts de santé	Couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3)	79,6% (2014)	MICS 5 2015	82%	85%	90%	95%	EDS, MICS, Rapport PEV
	% des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)	26%	MICS 5	80%	85%	90%	90%	RAP-PNLT MICS, Rapport PNLP
	% d'enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA	54,8%	MICS5	85%	90%	90%	90%	EDS, MICS
	% des femmes enceintes infectées par le VIH sous TARV	59,3%	Rapport CNLS 2015	80%	85%	90%	95%	SNIS, FDR, Rapport CNLS
	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	21%	(Rapport UNAIDS 2012)	15%	10%	5%	3%	RAP CNLS, Etudes

Objectif global de la stratégie	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
Problème central de la composante	L'incidence et la prévalence des maladies évitables sont élevées au Cameroun							
Objectif stratégique de la composante	« Réduire la proportion des personnes présentant les facteurs de risque de maladies évitables au Cameroun».							
Indicateurs traceurs	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalence de l' HTA - Pourcentage d'enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA - % des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un TARV 							
Description de l'indicateur	Il s'agit de plusieurs indicateurs permettant de mesurer les effets des interventions de prévention des maladies. Ces indicateurs peuvent être renseignés pour la plupart par l'EDS-MICS et/ou par les rapports d'activité des différents programmes							
Objectifs spécifiques	Indicateur traceurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles				Sources de vérification
				2018	2020	2024	2027	
D'ici 2027, renforcer la prévention des maladies à potentiel épidémique et des évènements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts	Proportion d'épidémies suspectes notifiées dans les normes	75%	Rapport DLMEP	80%	90%	95%	100%	RAP-PEV, Rapport DLMEP
	Proportion des districts ayant enregistré une épidémie des MAPE.	39%	Rapport DLMEP 2014	30%	25%	20%	15%	Rapport DLMEP
	Proportion d'épidémies confirmées ayant bénéficié d'une riposte selon les directives nationales	50 %	Rapport DLMEP	70%	80%	90%	95%	Revue sectorielles
	Proportion de laboratoires de référence opérationnels dans les régions	1/10	Rapport DLMEP	3/10	5/10	7/10	10/10	Rapport DLMEP

6.2.3 Axe stratégique prise en charge des cas

Rappel du diagnostic : Un des défis du système de santé à relever est d'assurer une prise en charge adéquate des cas de maladie, des déficiences et des handicaps, voire d'offrir un accès équitable aux services et aux soins de santé de qualité. Conformément au choix stratégique effectué dans le secteur de la santé, il sera important de développer à la fois les soins de santé primaires et les soins spécialisés. La prise en charge des cas dans la majorité des formations sanitaires n'est pas effectuée de manière adéquate. Cela s'explique par l'inexistence des référentiels mais aussi par leur non-application lorsqu'elles existent.

Objectif stratégique : L'objectif stratégique de la prise en charge des cas est de : « Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non-transmissibles, ainsi que la mortalité maternelle et infanto-juvénile ».

Objectifs spécifiques : Sur le plan spécifique cet axe stratégique, vise à :

- d'ici 2027, assurer une prise en charge curative de selon les normes de toutes les maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que celles de leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires;
- d'ici 2027, assurer une prise en charge curative des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant selon les normes dans au moins 80% des structures sanitaires ;
- d'ici 2027, assurer la prise en charge curative des urgences et des événements de santé publique dans au moins 80% des structures sanitaires selon les normes ;
- d'ici 2027, réduire d'au moins 1/5^{ème} la proportion de la population présentant au moins un handicap.

6.2.3.1 Objectif spécifique No 1 : « D'ici à 2027, assurer une prise en charge curative de selon les normes de toutes les maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que celles de leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires »

Cet objectif sera réalisé à travers les stratégies suivantes :

Stratégie de mise en œuvre 1.1: Renforcement des capacités institutionnelles pour la prise en charge des cas

Le renforcement des capacités institutionnelles aura pour finalité ultime, la dispensation des prestations des services et des soins essentiels intégrés (soins et services de qualité) et équitables. Les Districts de santé ayant un fort potentiel de développement seront privilégiés pour le renforcement des capacités institutionnelles ainsi que ceux ayant des faibles performances ou un fort poids démographique, et qui sont majoritairement situés dans les régions septentrionales. Ces districts seront identifiés de façon consensuelle avec les acteurs clés du système de santé (DRSP, directions techniques du MINSANTE, OSC). Le renforcement des capacités institutionnelles pour la prise en charge des cas est donc le pré requis sans lequel aucune prise en charge de qualité ne pourra être assurée. De manière générale, de nombreux efforts ont été consentis par l'Etat pour la construction des formations sanitaires ces dernières années. Ces efforts doivent être poursuivis ; l'accent sera particulièrement mis : 1) sur la construction des hôpitaux régionaux (Plan National d'Urgence Triennal), des forages, des incinérateurs, des logements d'astreintes, des clôtures autour des formations sanitaires, la rénovation et l'extension des formations sanitaires ; 2) sur la construction des structures visant à assurer la convivialité pour le couple mère-enfant ; et 3) sur l'achèvement des chantiers abandonnés.

De plus, il faudra :développer les procédures opérationnelles standards et renforcer les capacités des prestataires de soins de santé et des managers pour les amener à développer et à disposer des plans de développement et d'extension de leurs structures sanitaires ; développer et vulgariser les directives nationales et protocoles de prise en charge des cas y compris ceux des soins en milieu communautaire; assurer la disponibilité du médicament essentiel de qualité à tous les niveaux ;renforcer la formation continue des prestataires de soins à la PEC globale des cas ; renforcer le système de référence et de contre référence et ; assurer la disponibilité des données factuelles.

Enfin, il sera important de mettre en application la loi N°2003/014 du 22 décembre 2003 portant sur la transfusion sanguine. En effet, la sécurité transfusionnelle sera assurée à travers la mise sur pied d'un Centre National de Transfusion Sanguine. Des structures spécialisées agréées seront également créées. Celles-ci fonctionneront sous le contrôle direct du Centre National de Transfusion Sanguine et selon les dispositions réglementaires y relatives.

Stratégie de mise en œuvre 1.2: Amélioration de l'accueil des usagers dans les structures sanitaires.

Le bon accueil est un gage et critère de prise en charge de qualité dans les hôpitaux et les centres de santé. En effet, l'humanisation des soins constitue un impératif pour la satisfaction des usagers et permet de réduire le stress et l'anxiété des clients et des malades. Le bon accueil favorise la guérison et se fera par les hôtesse d'accueil ou le personnel hospitalier. Pour l'assurer et améliorer la prise en charge curative des cas, il faudra notamment : définir un circuit thérapeutique des patients, renseigner les usagers, aménager les espaces d'attente, sensibiliser le personnel sur l'importance d'un bon accueil.

Stratégie de mise en œuvre 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

Un diagnostic précoce des maladies suscitées permettra de les prendre en charge à temps et d'éviter la survenue des complications. Le diagnostic et la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de la TB, des IST et des Hépatites virales seront organisés de façon intégrée. Il sera également question : d'améliorer l'accès au dépistage du VIH (offre systématique du conseil-dépistage-volontaire aux patients en milieu hospitalier, et en milieu communautaire lors des campagnes de sensibilisation) et ; de mettre systématiquement au traitement les cas positifs dépistés (option B+). L'accès au diagnostic et à la prise en charge des autres pathologies suscitées sera aussi amélioré par la sensibilisation des populations sur la nécessité de recourir aux formations sanitaires agréées pour le dépistage et la prise en charge de ces maladies. Pour ce qui concerne les prestataires de soins et services des formations sanitaires, l'emphase sera mise sur le recours systématique aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des cas. Pour les structures d'appui (Districts de Santé, DRSP, MINSANTE), un accent particulier sera mis sur (i) la supervision des prestataires tant au niveau communautaire qu'hospitalier (ii) la mise à disposition des intrants de dépistage et des médicaments dans les formations sanitaires.

Par ailleurs, pour assurer la pérennisation de la prise en charge des PVVIH, plusieurs actions seront envisagées au rang desquelles la gratuité sélective pour les indigents et les personnes vulnérables, et la mise en place d'un fonds de soutien pour la subvention des antirétroviraux, etc.

Stratégie de mise en œuvre 1.4 : Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de paludisme et des principales causes de fièvre (Dengue, Typhoïde, Grippe...)

Le diagnostic et la prise en charge précoces permettent de réduire la morbi-mortalité liée au paludisme et les complications subséquentes. Il s'agira entre autres dans cette stratégie de :

sensibiliser la population sur l'importance de consulter dès l'apparition des premiers symptômes, systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme. Un accent particulier sera mis sur les groupes à risque (femmes enceintes, jeunes enfants) tant en milieu hospitalier que communautaire, superviser la prise en charge des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, rendre disponible les intrants de dépistage et les médicaments. Le diagnostic par TDR sera renforcé. Le diagnostic des autres principales causes de fièvre ne nécessitant pas de traitement anti palustre, sera implémenté.

Stratégie de mise en œuvre 1.5 : Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Tropicales Négligées

Le diagnostic et la prise en charge des MTN permettront de réduire la prévalence de ces pathologies voire d'en éradiquer quelques-unes. Pour ce faire, il sera question de : renforcer le dépistage et la prise en charge précoce des MTN (lèpre, pian, leishmaniose, ulcère de Buruli, THA), améliorer les couvertures géographiques et thérapeutiques des MTN ciblées par la polychimiothérapie de masse (onchocercose, filariose lymphatique, trachome, géo-helminthiases, schistosomiase) ; systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge de toutes les MTN en milieux hospitalier, scolaire et communautaire, superviser la prise en charge des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et rendre disponible les intrants de dépistage et les médicaments.

Stratégie de mise en œuvre 1.6: Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Non Transmissibles

L'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de MNT permettra de stopper la tendance haussière de la prévalence de ces maladies et de réduire leur poids global. Pour ce faire, il s'agira principalement de : sensibiliser la population pour un dépistage précoce de ces maladies à tous les niveaux de la pyramide des soins, décentraliser et superviser l'administration de certains soins spécialisés tels que ceux des maladies mentales, et des cancers, systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des MNT, créer des centres régionaux de prise en charge intégrée des MNT, y compris les maladies gériatriques ; former des prestataires du niveau opérationnelle l'exécution de certaines tâches spécialisées, rendre disponible les intrants de dépistage et les médicaments.

Stratégie de mise en œuvre 1.7 : Renforcement des processus gestionnaires de prise en charge globale des cas de maladie.

Pour une prise en charge efficace et efficiente des cas, le renforcement du processus gestionnaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est un impératif. Celui-ci se fera à travers : le développement et la distribution de guides, de protocoles et d'algorithmes simplifiés de prise en charge des cas par niveau, la formation initiale des ressources humaines en qualité et en quantité ; le plaidoyer et la sensibilisation pour l'actualisation des curricula de formation des Ressources Humaines en vue du meilleure prise en charge des maladies transmissibles (VIH, TB, Paludisme, Hépatites) et des principales MNT (Diabète, HTA et autres maladies cardiovasculaires, Cancer, pathologies ORL et bucco-dentaires). Ce plaidoyer permettra de mieux prendre en compte les avancées scientifiques et technologiques dans le domaine de la prise en charge des maladies suscitées ; l'appui à la recherche opérationnelle dans le domaine de la prise en charge des cas ; le renforcement du système de référence contre-référence ; et le renforcement du partenariat avec les OSC et formations sanitaires à but lucratif et non lucratif.

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

Stratégie de mise en œuvre 2.1 Renforcement des capacités institutionnelles et communautaires dans le domaine de la SRMNEA

La prise en charge communautaire dans le domaine de la SRMNEA va permettre de fournir une assistance technique, financière et matérielle aux communautés afin qu'elles puissent s'investir dans la planification et mettre en œuvre des interventions de qualité en faveur des cibles que sont la mère, l'enfant et l'adolescent. Il s'agira de former les leaders communautaires pour qu'ils puissent mobiliser la communauté en faveur des interventions de SRMNEA, de former les agents de santé communautaires sur le contenu de leurs cahiers de charge (détection des signes d'alerte chez la femme enceinte, orientation des femmes enceintes, dispensation des médicaments pour la prise en charge curative des pathologies fréquemment rencontrées dans la communauté (PCIME communautaire), de mettre sur pied des mécanismes communautaires fonctionnels d'audits des décès maternels et néonataux et d'assurer leur implication dans l'élaboration des plans SRMNEA à tous les niveaux.

Il s'agira aussi : d'assurer la disponibilité des intrants essentiels (médicaments, réactifs, consommables essentiels, Kits obstétricaux); de mettre en place des banques de sang dans tous les hôpitaux de catégorie 1 à 4 pour assurer une prise en charge adéquate des urgences transfusionnelles ; de développer les cases d'attente maternité pour l'hébergement des parturientes vivant à distance des formations sanitaires ; de prioriser les activités de stratégie avancée afin d'améliorer l'accès des populations vivant dans les zones enclavées et ; d'assurer l'implication effective des bénéficiaires dans la programmation, ainsi que dans la mise en œuvre et l'évaluation des interventions SRMNEA. Par ailleurs, il faudra mettre en place les mécanismes d'équité susceptibles d'améliorer l'accessibilité financière aux soins pour les cibles suscitées et la disponibilité des plateaux techniques adéquats dans les services SRMNEA.

Il est important de rappeler que plusieurs mécanismes sont utilisés pour le financement de la santé du couple mère enfant (gratuité, subvention, budget de l'État, chèque santé, kits obstétricaux, PBF, paiement direct des ménages, assurance, mutuelle de santé, etc.). Une étude sera programmée pour évaluer les forces et les faiblesses de ces différents mécanismes de financement. Les résultats de cette étude permettront d'élaborer une stratégie intégrée de financement de la santé du couple mère enfant en vue d'améliorer l'accès de ces cibles aux interventions de santé (Voir volet financement).

Stratégie de mise en œuvre 2.2 : Amélioration de l'accès aux soins de SRMNEA

La faible accessibilité financière aux soins est l'une des causes majeures de la sous-utilisation des services SRMNEA. Afin d'y remédier il sera nécessaire de promouvoir la gratuité ciblée ou la subvention des interventions SRMNEA. Par conséquent, un document de plaidoyer en faveur de la gratuité de ces interventions sera élaboré et mis en œuvre. Cette action sera couplée à une forte sensibilisation des populations pour encourager l'utilisation des services SRMNEA. Il s'agira également de renforcer les capacités nationales de mise en œuvre des interventions à haut impact (PF, SONEU de base et complets, PEV de routine), organiser la collaboration et la coordination des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact, s'assurer qu'au moins 80% des FEAP, des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ont accès aux services et soins continus de qualité, développer des programmes conjoints de réduction de la mortalité maternelle.

Stratégie de mise en œuvre 2.3 : Amélioration des Soins Essentiels du Nouveau-Né

Cette stratégie consistera pour l'essentiel à créer des unités de prise en charge des prématurés et des petits poids de naissance (méthode Kangourou).

Stratégie de mise en œuvre 2.4 : Amélioration de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique et communautaire)

La PCIME clinique et la PCIME communautaire sont des approches qui seront utilisées dans l'ensemble des formations sanitaires et des aires de santé. Ceci sera réalisé à travers : l'implémentation de la formation pré-emploi et la formation en cours d'emploi ; la formation des agents de santé communautaire ; l'approvisionnement en intrants nécessaires pour la prise en charge des enfants et le renforcement de la supervision et du suivi-évaluation.

6.2.3.3 Objectif spécifique No 3 : « D'ici 2027, assurer la prise en charge curative des urgences et des évènements de santé publique dans au moins 80% des structures sanitaires selon les normes »

Stratégie de mise en œuvre 3.1 : Renforcement de la coordination multisectorielle dans la prise en charge des urgences

La coordination des interventions multisectorielles est un préalable incontournable pour assurer la synergie, la cohérence et la prise en charge efficace des cas d'urgences et des évènements de santé publique. Il s'agira à cet effet de développer les plans intégrés de coordination multisectoriels, mettre en place des équipes multisectorielles d'intervention rapide ; et de clarifier les rôles et les responsabilités des acteurs dans la prise en charge.

Stratégie de mise en œuvre 3.2 : Renforcement du processus de gestion prévisionnelle des ressources

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

Stratégie de mise en œuvre 3.3 : Renforcement du diagnostic et de la prise en charge curative des cas d'urgences et des évènements de santé publique

L'efficacité de la prise en charge des cas d'urgences et des évènements de santé publique dépend de la précocité du diagnostic. Par conséquent, pour améliorer la prise en charge des cas au Cameroun, il sera nécessaire de :

- Mettre en place un réseau de services d'urgences;
- Doter les services d'urgences en équipement de pointe et de qualité ;
- Elaborer des textes permettant un accès facilité aux soins d'urgences en facturant les soins après traitement ;
- Elaborer, harmoniser et vulgariser les normes et procédures opérationnelles de prise en charge des urgences et des évènements de santé publique ;
- Elaborer les plans stratégiques nationaux et opérationnels de réponses aux évènements majeurs de santé publiques ;
- Acquérir et déployer des cliniques mobiles.

Par ailleurs, la prise en charge des accidentés des axes routiers les plus accidentogènes sera assurée à travers la mise en place d'un système d'intervention rapide.

6.2.3.4 Objectif spécifique No 4 : «D'ici 2027, réduire d'au moins 1/5^{eme} la proportion de la population présentant au moins un handicap.»

Stratégie de mise en œuvre 4.1 : Mise en place d'une politique intégrée et coordonnée de gestion du handicap y compris le handicap mental

La mise en place d'une politique intégrée de gestion du handicap, permettra de mobiliser tous les acteurs et de fédérer leurs efforts pour une meilleure prise en charge du handicap ; de clarifier les rôles et les responsabilités des acteurs dans la prise en charge tant hospitalière que communautaire. À terme, la mise en œuvre de cette politique devrait réduire le poids global des maladies handicapantes sur le système de santé. À cet effet, il sera question de développer un plan multisectoriel à même de faciliter la prise en charge des handicaps, de mettre en place une plateforme multisectorielle susceptible de favoriser les échanges d'expériences, les leçons apprises, et les meilleurs pratiques.

Stratégie de mise en œuvre 4.2 : Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap

La décentralisation permettra de répondre plus efficacement aux besoins des personnes handicapées. De manière spécifique, il sera question de créer des centres spécialisés avec des équipes multi disciplinaires de prise en charge du handicap au niveau opérationnel (celles-ci comprendront les associations des personnes handicapées), de renforcer le dépistage des handicaps et la réhabilitation précoce des handicapés, de développer des mécanismes de prise en charge des handicapés mentaux à tous les niveaux de la pyramide des soins. Il s'agira aussi de développer et d'accompagner les communautés en leur donnant les moyens nécessaires pour assurer la gestion du handicap au niveau communautaire et de promouvoir la collaboration multisectorielle (MMINAS, INSANTE, MIPROF) pour la gestion du handicap.

Tableau 19: Cadre logique prise en charge des cas

Objectif global de la stratégie	- «Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
Problème central de la composante	Le Diagnostic et la prise en charge curative des cas ne sont pas correctement assurés(Incidence et prévalence élevées des maladies)							
Objectif stratégique	« Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non-transmissibles ainsi que la mortalité maternelle et infanto-juvénile							
Indicateurs traceurs	- Ratio de mortalité maternelle							
	- Taux de mortalité néonatale - Taux de mortalité infantile							
Description de l'indicateur	Il s'agit de plusieurs indicateurs permettant de mesurer les effets des interventions de prise en charge curative des cas. Ces indicateurs peuvent être renseignés pour la plupart par l'EDS-MICS et/ou par les rapports d'activités des différents programmes							
Objectifs spécifiques	Indicateurs traceurs	Valeur Actuelle	Source	Cible				Sources de vérification
				2018	2020	2024	2027	
D'ici 2027, assurer une prise en charge curative de selon les normes de toutes les maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que celles de leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires	Taux de succès thérapeutique des TPB+	82%	(cohorte 2013, Rapport PNLTB)	85%	87%	89%	92%	SNIS, Rapport PNLTB
	Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5ans	ND						Audit techniques
	Taux de transmissions du VIH de la mère à l'enfant	6,5%	(Rapport CNLS 2014	5%	4%	3%	2 %	Rapport CNLS
	Proportion des cas d'Ulcère de Buruli guéris sans complications	80%	Rapport d'activités MTN	95%	95%	98%	98%	Rapport d'enquête,
	Taux de mortalité péri opératoire dans les hôpitaux de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie	ND ¹⁵	Rapport D'audits ou d'activités	Réduction de 5 %	Réduction de 10 %	Réduction de 15%	Réduction de 30%	Rapport d'activités MTN
	Proportion des cas de HTA traités selon les normes dans les services dédiés à cet effet	ND ¹⁶	Idem	60%	70%	80%	90%	Rapport d'audit externe
D'ici 2027, assurer une prise en charge curative des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	30% ¹⁷	Statistiques sanitaires	50 %	70%	80%	95%	Statistiques sanitaires
	% nouveaux nés ayant reçu les soins postnataux dans	68,5%	(MICS5)	70%	75%	80%	90%	EDS, MICS , SNIS,

¹⁵ Pour cet indicateur qui n'a pas de valeurs de référence, des études seront réalisées pour les déterminer et les cibles projetées seront conséquemment affinées

¹⁶ Ibid

¹⁷ Cible utilisée = ensemble de toutes les femmes enceintes attendues pour la période analysée

Objectif global de la stratégie	- «Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
Problème central de la composante	Le Diagnostic et la prise en charge curative des cas ne sont pas correctement assurés(Incidence et prévalence élevées des maladies)							
Objectif stratégique	« Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non-transmissibles ainsi que la mortalité maternelle et infanto-juvénile							
Indicateurs traceurs	- Ratio de mortalité maternelle							
	- Taux de mortalité néonatale							
	- Taux de mortalité infantile							
Description de l'indicateur	Il s'agit de plusieurs indicateurs permettant de mesurer les effets des interventions de prise en charge curative des cas. Ces indicateurs peuvent être renseignés pour la plupart par l'EDS-MICS et/ou par les rapports d'activités des différents programmes							
Objectifs spécifiques	Indicateurs traceurs	Valeur Actuelle	Source	Cible				Sources de vérification
				2018	2020	2024	2027	
selon les normes dans au moins 80% des structures sanitaires	les 48 heures							Rapports supervision DSF
	% de districts de santé mettant en œuvre la PCIME clinique et communautaire	52,2%	Statistiques Sanitaires Rapport de la DSF	70%	80%	90%	100%	Rapport de la DSF Statistiques sanitaires
D'ici 2027, réduire d'au moins 1/5 ^{ème} la proportion de la population présentant au moins un handicap	Proportion de la population souffrant d'au moins un handicap	5%	EDS 2011	4,50%	4%	3,50%	3,30%	EDS, MICS

6.2.4 Axe stratégique renforcement du système de santé

Rappel du diagnostic : Le système de santé au Cameroun est peu efficace et peu efficient en raison du faible fonctionnement de ses piliers. En effet, l'accessibilité géographique et financière des services de santé est limitée et les plateaux techniques sont vétustes. En outre, le paiement direct est le principal mode de financement de la santé. Le manque d'information de qualité handicape la prise de décision. Pour ce qui concerne les ressources humaines, elles sont insuffisantes et leur gestion n'est pas optimale. Par ailleurs, la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux de qualité est réduite. Enfin, il n'existe pas de dispositif d'assurance qualité.

Objectif stratégique : « Développer des capacités institutionnelles dans 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé ».

Objectif spécifique : de manière spécifique, il s'agira de:

- Réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ;
- Assurer d'ici 2027 la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets des services et des soins de santé selon les normes dans 80% des districts de santé (SSP), des régions, ainsi qu'au niveau central (Soins spécialisés)
-
- Augmenter de 50% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation d'ici 2027;
- Augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027;
- ⊖ D'ici 2027, renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

6.2.4.1 Objectif spécifique No 1 : « Réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable »

Compte tenu de l'importance de la participation des ménages aux dépenses de santé, du faible pouvoir d'achat des populations, et surtout du mode de paiement des prestations (paiements directs), il sera opportun de développer des stratégies visant à atténuer les dépenses de santé des ménages. Par ailleurs, il n'existe pas de document formel de stratégie du financement de la santé au Cameroun. Celui-ci est fractionné en de multiples régimes de financement au demeurant peu efficaces. La collecte et la mise en commun des ressources, ainsi que le partage du risque maladie sont faiblement organisés et mis en œuvre. Enfin, l'allocation et l'utilisation des ressources tant publiques que privées sont inefficaces.

Cinq stratégies de mise en œuvre ont été identifiées pour adresser cette situation :

Stratégie de mise en œuvre 1.1 : Développement des mécanismes de partage du risque maladie

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

Stratégie de mise en œuvre 2.2 : Rationalisation et renforcement des mécanismes institutionnels du financement de la santé

Le cadre institutionnel du financement de la santé sera rationalisé et renforcé. Il s'agira à cet effet d'évaluer l'intégralité des régimes de financement existant dans le secteur de la santé (gratuité, subventions, budget de l'État, financement basé sur les résultats, assurances, mutuelles de santé, kits obstétricaux, chèques santé...). Les résultats de cette étude serviront de base à l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé. Dans cette stratégie, les interventions et les financements des différents acteurs seront complémentaires sans double emploi, permettant d'identifier et de combler les gaps de financement. La mise en œuvre d'une telle stratégie permettra d'assurer un financement équitable et durable de la santé pour un accès universel aux soins et services de qualité.

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

Stratégie de mise en œuvre 1.3: Renforcement de la mobilisation des ressources financières.

La mobilisation des ressources financières est une fonction clé du financement de la santé. Il s'agit à ce niveau de mettre en place une plateforme de dialogue financier entre le Gouvernement et toutes les parties prenantes. Cette plateforme servira au renforcement du plaidoyer pour : une allocation plus importante du budget national en faveur de la santé; l'identification des opportunités de financement additionnelles aux niveaux national (y compris partenariat public-privé) et extérieur ; la potentialisation/sécurisation/rationalisation de la contribution des ménages dans les formations sanitaires (paiements directs). Elle pourrait également faciliter la mise en place d'un Fonds de Soutien à la Santé afin de palier au retrait de certains bailleurs de fonds majeurs (ex. Alliance GAVI).

Cette plateforme devrait faciliter l'harmonisation des procédures des partenaires extérieurs ainsi que leur alignement aux priorités nationales. Pour se faire, il sera nécessaire de relire le cadre organique afin de clarifier le mandat des structures du Ministère de la Santé en charge des questions de financement.

Stratégie de mise en œuvre 1.4: Accélération de l'autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel

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

Pour ce faire, un cadrage budgétaire sera mis sur pied afin d'améliorer l'affectation des financements au niveau déconcentré. Il s'agira aussi d'élaborer et faire adopter des textes, et de mettre en place des dispositifs, favorisant l'autonomie de gestion financière des FOSA. Les gestionnaires des structures sanitaires seront formés aux procédures, au suivi de l'efficacité de l'exécution budgétaire, et les structures de dialogues (comités de santé et de gestion) davantage impliquées dans la gestion de ces structures sanitaires. Ce processus aboutira à une reddition systématique des comptes des structures de santé au niveau déconcentré.

Stratégie de mise en œuvre 1.5: Renforcement de la performance et l'efficacité du système de santé

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

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

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

Objectif spécifique No 2 : «

Assurer d'ici 2027 la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets des services et des soins de santé selon les normes dans 80% des districts de santé (SSP), dans les régions, ainsi qu'au niveau central (Soins spécialisés)

6.2.4.2 »

L'accessibilité géographique des structures sanitaires est limitée dans certains districts. Par ailleurs, les plateaux techniques, qui se détériorent au fil du temps, ne permettent pas à la majorité des formations sanitaires d'offrir des soins et services de qualité.

Le district de santé étant le niveau opérationnel ; socle du système de santé de la plupart des interventions de santé doivent être mises en œuvre de manière multisectorielle avec l'implication de la communauté et tous les autres acteurs pour atteindre la plus grande partie de la population. Il est important que les structures de ce niveau de la pyramide soient mises à niveau pour pouvoir assumer efficacement cette mission. Cette mise à niveau passera par le processus de viabilisation en trois étapes : le démarrage qui correspondra à la mise en place des mécanismes permettant la mise en œuvre des activités (District de santé opérationnel), la consolidation qui mesurera la fonctionnalité de ces mécanismes et l'autonomisation ou la pérennisation de la fonctionnalité (sur les plans technique, institutionnel et financier).

Quatre stratégies de mise en œuvre ont été identifiées afin de remédier aux problèmes identifiés:

Stratégie de mise en œuvre 2.1: Amélioration de l'offre infrastructurelle (construction/réhabilitation/extension des structures de santé selon les normes)

De nombreux efforts ont été consentis par l'Etat pour la construction des formations sanitaires ces dernières années. Cependant, la plupart de ces structures n'ont pas de plan de développement. Leur réhabilitation ou leur équipement n'est donc pas systématiquement planifiée. Par ailleurs, la prolifération anarchique des formations sanitaires observée dans les grandes agglomérations est due à la faible maîtrise de la carte sanitaire et crée des doublons dans les investissements en matière de santé.

Pour résoudre ces problèmes, la carte sanitaire sera mise à jour pour identifier les besoins en infrastructures et en équipement. Cette carte devra être dynamique et faciliter la cohérence des investissements dans le secteur, afin de réaliser des économies d'échelle. Des arbitrages seront effectués pour rationaliser l'offre de services et éviter les doublons. Au niveau central, les hôpitaux

tertiaires (catégorie 1 et 2) seront organisés en pôles d'excellence pour une meilleure offre des soins spécialisés (stratégie de spécialisation/focalisation des structures sanitaires offrant des soins tertiaires). Cette spécialisation des dites formations sanitaires et l'amélioration de leurs plateaux techniques vont à terme réduire le nombre d'évacuations sanitaires. Elles devraient s'étendre aux 8 hôpitaux régionaux prévus dans le cadre de la mise en œuvre du PLANUT. En effet, l'offre en infrastructures et en équipements sera enrichie grâce à la construction et à l'équipement de huit Centres Hospitaliers Régionaux, et à la réhabilitation des hôpitaux généraux et du centre hospitalier et universitaire de Yaoundé (CHUY). L'organisation des coupes d'Afrique de football 2016-2019 est également une opportunité pour le renforcement des plateaux techniques des hôpitaux des régions concernées.

Pour ce qui est des structures de soins de santé primaires (CSI, CMA, HD, HR et assimilés), le partenariat public privé sera renforcé. L'Etat s'emploiera à encourager les initiatives privées tout en renforçant la régulation. Dans les grandes agglomérations, où l'offre de soins est surabondante, des économies (ressources humaines, financières et infrastructurelles) seront effectuées par la fermeture des structures sanitaires publiques qui ne sont pas viables. Ces économies seront réutilisées soit en subventions des structures privées, soit en investissements vers les endroits non prisés par le sous-secteur privé (subsidiarité). Les structures de santé privées qui ne sont pas viables seront également fermées. Les formations sanitaires seront encouragées à exceller dans les domaines où leurs avantages comparatifs sont réduits tout en préservant le souci d'intégration des services et soins offerts.

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

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

Stratégie de mise en œuvre 2.2 : Renforcement de l'équipement des services de santé selon les normes

Les normes en équipements seront actualisées en tenant compte de la description des postes de travail et des besoins essentiels. En outre, il sera question de doter les services de santé en équipements selon leurs besoins (équipements hospitaliers, matériel informatique, vaccins et autres intrants médicaux ; mobiliers de bureau et autres matériels techniques spécifiques à la fonction médicale). Par ailleurs, il faudra mettre en place des mécanismes de maintenance, selon une planification opérationnelle permettant de garantir le fonctionnement optimal desdits équipements. Enfin, il sera question de mettre en place un système harmonisé d'acquisition des technologies sanitaires pour toutes les catégories de formations sanitaires.

Stratégie de mise en œuvre 2.3 : Action communautaire et dotation du niveau communautaire en intrants selon les normes et les priorités

Le système de santé est fortement orienté vers le modèle hospitalier. Ce qui réduit les actions de promotion, de prévention et de prise en charge communautaire des cas. Ainsi, il sera d'abord question de définir le paquet de soins et services de santé communautaire ;ensuite, les intrants requis seront alloués au niveau de chaque aire de santé selon les priorités établies, afin qu'il y soient délivrées des activités de participation communautaire de qualité,selon la politique nationale.

Stratégie de mise en œuvre 2.4 : Mise en place d'un système d'assurance qualité des soins et services de santé

Les normes de soins et services de santé seront définies par niveau. Ces normes serviront de base pour l'évaluation de la qualité des services et soins de santé par niveau et pour l'accréditation des structures de santé. Des mécanismes de suivi et d'évaluation réguliers des performances des structures de santé y compris l'évaluation de leur productivité seront mises en place. Ils permettront de mettre en œuvre des solutions correctrices aux faiblesses identifiées.

Stratégie de mise en œuvre 2.5 : Amélioration de la disponibilité des paquets de services et de soins de qualité dans les formations sanitaires à tous les niveaux : Le développement des districts de santé et des poles d'excellence

La disponibilité du PMA , du PCA de qualité et des soins spécialisés selon la catégorie de la formation sanitaire est un préalable pour une meilleure prise en charge des cas. Pour y parvenir, il est important de : (i) dresser l'état des lieux des formations sanitaires ; (ii) fournir les intrants en fonction des besoins identifiés, selon les priorités du système de santé et les capacités opérationnelles des structures sanitaires ; (iii) définir des stratégies de mise en œuvre pour la dispensation de ces paquets (stratégies fixe, avancée, mobile, télémédecine, etc.).

Le développement des DS de santé constituera donc une des priorités majeurs de cette stratégie ;conformément à l'orientation stratégique validée par les acteurs et qui met l'accent à la fois sur les SSP et les soins spécialisés prioritaires,il sera question pour le niveau central et régional d'apporter un appui institutionnel nécessaire au développement des Districts afin de les amener à offrir les PMA/PCA aux populations conformément aux directives et orientations du cadre conceptuel du DS au Cameroun. Ces soins seront globaux , équitables et continus et devront être en adéquation parfaite avec les attentes des usagers des services de santé

. Pour la réalisation d'une telle ambition , le partenariat avec le sous secteur privé et les associations communautaires sera renforcé pour permettre à terme que l'offre des services et des soins promotionnel , préventif et curatif soit en adéquation parfaite avec les attentes des populations. Par ailleurs dans ce contexte de ressources amenuisés , une évaluation des districts de santé sera organisée pour apprécier leur niveau de développement et l'appui institutionnel sera graduellement fait en tenant compte de la cartographie du niveau de développement des DS

Stratégie de mise en œuvre 2.6 Renforcement du système de référence et contre référence

Le développement d'un système de référence et de contre-référence nécessite la redéfinition ou la mise à jour des missions des formations sanitaires par catégorie; la production et l'utilisation des outils de référence et de contre référence ; et la mise en place de la logistique et des procédures de transfert des patients. Enfin, l'une des activités sera d'intégrer les données relatives au système de référence et de contre référence dans le SNIS à tous les niveaux.

6.2.4.3 Objectif spécifique No 3 : « Augmenter de 50% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation d'ici 2027 »

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

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

Stratégie de mise en œuvre 3.1: Renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique, de la biologie médicale et de transfusion sanguine

La mise en œuvre de cette stratégie comprendra des actions relatives au renforcement des capacités managériales des gestionnaires à tous les niveaux (planification, supervision, coordination, suivi-évaluation, audits/contrôles et recherche opérationnelle sur la thématique du médicament et de la transfusion sanguine). L'élaboration/actualisation des textes réglementaires relatifs au médicament et à la pharmacie en les arrimant aux principes des nouvelles réformes dont le FBR et la couverture santé universelle constituera une priorité. La réalisation des activités susmentionnées nécessite la mise en place d'un système d'information et de gestion logistique.

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

Stratégie de mise en œuvre 3.2: Renforcement des mécanismes d'assurance qualité et de la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques

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

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

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

Par ailleurs, la lutte contre les médicaments illicites, les produits illicites et faux va continuer en s'intensifiant grâce à une meilleure collaboration des acteurs tels que les forces de l'ordre, les douanes et la justice. Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des produits pharmaceutiques en voie de création facilitera cette approche multisectorielle et pluridisciplinaire et permettra d'obtenir de meilleurs résultats. Les opportunités

de lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des produits pharmaceutiques seront mutualisées au niveau sous-régional (Nigéria inclus) afin de sécuriser le médicament mis à la disposition des populations.

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

Stratégie de mise en œuvre 3.3: Promotion de l'usage rationnel des médicaments de qualité

L'usage rationnel des médicaments constitue un véritable défi pour le secteur santé. Afin de relever, des directives d'utilisation rationnelle des médicaments et les procédures de pharmacovigilance seront mises à jour et vulgarisées. Par ailleurs, la liste nationale des médicaments essentiels sera actualisée périodiquement.

La prescription et l'utilisation desdits médicaments essentiels sous leur forme générique sera privilégiée. Des supports conséquents seront élaborés et vulgarisés, dont le formulaire national. Les professionnels de la santé seront sensibilisés et formés à la prescription sous DCI (dénomination commune internationale) et au respect des protocoles thérapeutiques nationaux (guide national de diagnostic et de traitement). Dans la vision de l'accès universel aux soins de santé, la prescription et le remboursement des médicaments sous leur forme générique sera encouragée. La promotion des médicaments et autres produits pharmaceutiques sera davantage régulée. Par ailleurs, le contrôle de qualité des médicaments génériques sera particulièrement renforcé pour leur meilleure crédibilité auprès des prescripteurs et des bénéficiaires.

Afin de favoriser une utilisation rationnelle des médicaments, les capacités des prescripteurs et les connaissances des populations seront renforcées.

Il sera également mis sur pied une politique de développement et de promotion des industries pharmaceutiques locales (**valorisation du patrimoine thérapeutique national**).

Enfin, des mesures seront prises pour réduire les coûts des médicaments et ainsi faciliter leur accès financier aux populations.

Stratégie de mise en œuvre 3.4: Mise en place de mécanismes de financement pérenne en matière de médicaments.

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

6.2.4.4 Objectif spécifique No 4 : « Augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des structures sanitaire (Districts de santé, DRSP, Directions techniques centrales) d'ici 2027»

À la faveur des orientations contenues dans le DSCE et de la libéralisation de la formation universitaire, des efforts sont fournis par les pouvoirs publics pour la provision des ressources humaines en quantité et en qualité dans les structures sanitaires. Malgré ces efforts, celles-ci restent insuffisantes surtout dans les zones rurales et celles difficiles d'accès. La gestion de ces personnels est peu rationnelle et par conséquent peu optimale. De plus, la qualité de la formation initiale et continue reste à améliorer.

Deux stratégies ont été identifiées afin de remédier à cette situation:

Stratégie de mise en œuvre 4.1 : Dotation des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité).

La dotation selon les normes des structures sanitaires en RHS est une condition sine qua non d'atteinte des objectifs de la SSS. À cet effet, cette stratégie vise à actualiser les normes élaborées en 2011, afin de prendre en compte les nouveaux profils des personnels (préposés de morgue, aides de sante option communautaire, etc.). Un état des lieux sur les besoins en RHS sera effectué, avec une emphase sur les profils suivants : sages-femmes/maïeuticiens, spécialistes prioritaires (voir tableau en annexe 1). Il faudra ensuite élaborer un plan d'allocation des effectifs requis à tous les niveaux de la pyramide et de suivi des performances des personnels de santé. L'une des priorités sera de renforcer la disponibilité des prestataires polyvalents capables de fournir des soins préventifs, promotionnels et curatifs au niveau opérationnel, particulièrement dans les districts qui en ont le plus besoin, puis d'encourager les partenariats et la collaboration entre acteurs pour tirer parti de la contribution de tous les efforts. Dans les services administratifs, l'application des dispositions du cadre organique de 2013 permettra de corriger l'inadéquation entre les profils et les postes de travail.

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

Il s'agira aussi dans cette stratégie de renforcer les capacités du personnel à tous les niveaux de la pyramide pour l'organisation et les prestations de services et soins communautaires.

L'amélioration des compétences du personnel est un volet essentiel tant au niveau de la formation initiale que continue. Les curricula de formation seront adaptés aux besoins prioritaires du secteur, y compris les aspects de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. De même, un plan opérationnel pluriannuel de formation continue sera élaboré et mis en œuvre.

Stratégie de mise en œuvre 4.2 : Amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines

L'amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines est un autre impératif pour l'atteinte des objectifs de la SSS. Cette stratégie vise à renforcer les mécanismes de motivation et de fidélisation des ressources humaines au poste, à améliorer les conditions de travail et à renforcer les mécanismes incitatifs pour les ressources humaines (plan de carrière, promotions, primes,...). Par ailleurs, la déconcentration et la décentralisation de la gestion du personnel seront progressivement renforcées pour plus d'efficacité.

Enfin, la collaboration intersectorielle permettra de mieux identifier les besoins des administrations partenaires en ressources humaines afin d'améliorer la mise en œuvre des interventions de prévention et de promotion de la santé sous leur responsabilité.

6.2.4.5 Objectif spécifique No 5 : « D'ici 2027, renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ».

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

Stratégie de mise en œuvre 5.1 : Renforcement du système national d'informations sanitaires

Le renforcement du SNIS reposera entre autres sur l'amélioration de son cadre institutionnel de coordination et sur la création d'une banque de données accessibles en permanence aux acteurs du secteur. Il s'appuiera également sur un système intégré de gestion des données sanitaires. D'où la nécessité d'harmoniser les outils de collecte, de traitement et de transmission des données. De

plus, les mécanismes de circuit de l'information, y compris la retro-information seront renforcés à tous les niveaux. L'informatisation du SNIS est une priorité supplémentaire. Enfin, les systèmes de sécurisation et d'assurance qualité des données seront développés à tous les niveaux de collecte et d'analyse.

Stratégie de mise en œuvre 5.2 : Renforcement de la recherche opérationnelle en santé

Le renforcement de la recherche opérationnelle passera par l'amélioration des capacités institutionnelles dans les domaines de la régulation, de la coordination et de la vulgarisation des produits de la recherche. De plus, les capacités des acteurs en matière de recherche opérationnelle en santé devront également être améliorées. Enfin, les mécanismes de financement pérenne de la recherche opérationnelle en santé devront être mis en place. Ce processus sera facilité par le développement des capacités des acteurs stratégiques et opérationnels en matière de recherche de fonds pour la recherche.

Par ailleurs, il sera question de mettre en place des mécanismes qui favorisent la production locale des médicaments de qualité contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Pour ce faire, des efforts seront déployés pour renforcer la recherche sur les plantes médicinales.

Stratégie de mise en œuvre 5.3 : Amélioration de l'utilisation des données sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux

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

Tableau 20: Cadre logique Renforcement du Système de Santé

Objectif global de la stratégie	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
Problème central de la composante	Faible développement des piliers du système de santé							
Objectif stratégique	Développer des capacités institutionnelles dans 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							
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles				Sources de vérification
				2018	2021	2024	2027	
Réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable	% des dépenses publiques de santé dans le budget de l'État	8% (2015)	CNS 2011 MINSANTE	9%	13%	13%	15%	CNS
	% des dépenses de santé supportées par les ménages	61% (2013)	Données Comptes Nationaux de la Santé	59%	50%	45%	40%	Comptes Nationaux de la Santé
	% de districts de santé sous contrat de Financement Basé sur les Résultats	13,6%	Évaluation FBR	70%	100%	100%	100%	Rapport Performance PAISS
	% de la population couverte par les mécanismes de partage de risque maladie	3%	EDS-MICS 2011 et CNS	5%	10%	20%	30%	Comptes nationaux, ECAM
Augmenter de 50% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation d'ici 2027	% d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur	6% (2003)	Analyse situationnelle Secteur pharma. 2008	50%	60%	70%	80%	Audits secteur pharma SNIS, SARA
	Nombre moyen de jours de rupture de stocks d'un médicament traceur par trimestre	4 jours	Rapport MINSANTE 2015	3 jrs	2 jours	1 jour	0 jours	Rapports d'activités DPML
	Proportion des besoins satisfaits en matière de transfusion sanguine	9% (2014)	Données administratives	15%	20%	25%	30%	RAP du PNTS, SARA
Assurer d'ici 2027 la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets des services et des soins de santé selon les normes dans 80% des districts de santé (SSP), des régions, ainsi qu'au niveau central (Soins spécialisés)	Proportion de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire (CSI, CMA et HD)	80,6%	ECAM 3 (2007)	85%	90%	95%	100%	ECAM, MICS, SNIS, SARA
	Niveau de couverture des populations par les soins spécialisés prioritaires.	0 %	Rapports d'activités DOSTS	25%	45%	65%	80%	Rapports d'activités DOSTS
	Niveau de couverture des populations par les soins tertiaires.	ND	Rapports d'activités DOSTS	25%	45%	65%	80%	Rapports d'activités DOSTS

Objectif global de la stratégie	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
Problème central de la composante	Faible développement des piliers du système de santé							
Objectif stratégique	Développer des capacités institutionnelles dans 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							
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles				Sources de vérification
				2018	2021	2024	2027	
	Proportion des DS dont le développement est consolidé	0 %	Rapports d'activités DOSTS	25%	45%	65%	80%	
Augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des structures sanitaires (Districts de santé, DRSP, Directions techniques centrales)	% des structures sanitaires dotées d'au moins 50% de ressources humaines selon les normes	40%	Données administratives (FDR 2013)	45%	50%	55%	60%	Rapports annuels mise en œuvre PDRH, Recensement RHS
D'ici 2027, renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	% de projets autorisés et dont les résultats ont été publiés dans les revues scientifiques ;	ND		10%	30%	40%	50%	Rapports annuels de la DROS

6.2.5 Axe stratégique gouvernance et pilotage stratégique du système de santé

Rappel du diagnostic : La faible gouvernance et l'insuffisance du pilotage stratégique ont été identifiées comme les principaux goulots d'étranglement dans le système de santé au Cameroun. En ce qui concerne la gouvernance, elle est caractérisée par: l'insuffisance du cadre législatif et réglementaire; la faible transparence et redevabilité; la participation insuffisante des bénéficiaires au processus gestionnaire et l'insuffisance des compétences des gestionnaires. Pour ce qui est du pilotage stratégique, il est caractérisé par: un dispositif institutionnel inapproprié; un fonctionnement inadéquat de la chaîne « planification, programmation, budgétisation et suivi-évaluation »; une faiblesse de la veille stratégique; une lenteur du processus de déconcentration/décentralisation et une gestion non-optimale du partenariat national et international.

But de la composante gouvernance et pilotage stratégique: « Disposer d'un système de santé axé sur la performance sous un leadership responsable et proactif du MINSANTE, avec la participation active de toutes les parties prenantes ».

Une bonne gouvernance recherche en permanence l'efficacité, l'efficience, la pertinence, la viabilité financière et l'excellence à tous les niveaux de responsabilité. Elle veille également à ce que les politiques, la vision, les stratégies, et le cadre juridique et institutionnel adoptés favorisent l'équité, l'accès aux soins et les droits des patients. Dans cette perspective, les dirigeants définissent des orientations claires et tirent parti du potentiel de toutes les parties prenantes et des ressources disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le MINSANTE qui assure le leadership devra surveiller et orienter l'élaboration et la mise en œuvre des actions de santé.

Objectif stratégique : « Augmenter d'au moins 50% la performance du système de santé à tous les niveaux. »

Objectifs spécifiques : L'objectif stratégique se décline en deux objectifs spécifiques qui sont :

- « Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers un renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité d'ici 2027 ;
- « D'ici 2027, rendre la planification, la supervision et la coordination des interventions de toutes les parties prenantes, ainsi que la veille stratégique et sanitaire fonctionnelles et systématiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire »

6.2.5.1 Objectif spécifique No 1 : Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers un renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité d'ici 2027 »

Stratégie de mise en œuvre 1.1 : Renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur

Le renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur impliquera la mise en place des réformes, la révision de certains textes existants et/ou l'élaboration de nouveaux textes adaptés à l'environnement du secteur. Lesdites réformes porteront surtout sur : l'offre des soins, la couverture sanitaire de base, l'encadrement de l'exercice des professions de santé, la sécurité sanitaire, les médicaments et produits de santé, etc.

Il s'agira également d'élaborer et de diffuser les manuels de procédures opérationnelles de santé, et d'attribuer des cahiers de charge pour tous les postes de travail. Cela facilitera le suivi et l'application des sanctions des prestataires du secteur. Le cadre juridique ci-dessus évoqué visera à corriger toutes les mauvaises pratiques anciennes et nouvelles existantes dans le secteur, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour compléter ce dispositif, un système d'assurance qualité verra également le jour pour ce qui est des prestations des soins et services de santé. Ce qui nécessitera l'accréditation des

prestataires et un renforcement des organes de régulation existant dans le secteur, tels que les ordres professionnels, la commission nationale de la formation médicale, l'autorité nationale de régulation pharmaceutique, etc.

Stratégie de mise en œuvre 1.2 : Amélioration de la transparence et de la redevabilité

L'amélioration de la transparence et de la redevabilité passera par la promotion des principes fondamentaux de la bonne gouvernance à savoir:

- La **Subsidiarité** qui consiste à répartir le leadership entre les différents niveaux d'une organisation, en garantissant la prise de décision au niveau le plus bas possible de la chaîne hiérarchique.
- La **Participation** qui implique la présence d'acteurs autres que l'État, dans la gouvernance du secteur de la santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les processus, depuis la formulation des politiques jusqu'à leur évaluation.
- **L'Imputabilité** qui est le corollaire de la responsabilité et qui consiste à tenir chacun pour responsable de ses actes et performances.
- La **Transparence** qui consiste à partager l'information visant l'amélioration de la confiance entre les acteurs. Il s'agira de développer les mécanismes d'expression libre des bénéficiaires (ligne verte téléphonique, boîte à suggestion) et d'instaurer des mesures incitatives pour les suggestions pertinentes.

Pour ce qui est de la transparence, il sera question de développer les mécanismes d'expression libre des bénéficiaires (ligne verte téléphonique, boîte à suggestion) et d'instaurer des mesures incitatives pour les suggestions pertinentes. Par ailleurs, une gestion participative sera promue à tous les niveaux de la pyramide, afin de renforcer la transparence du processus gestionnaire.

La redevabilité quant à elle sera assurée à travers un renforcement des missions d'audit et de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces contrôles et audits seront menés tant dans le domaine des prestations de services (audit des décès par exemple) que dans celui de la gestion financière et administrative. Au terme de ces missions d'audits et de contrôles, l'application des sanctions tant positives que négatives sera renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; de même que la mise en œuvre des recommandations. Par ailleurs, les responsables des institutions de tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront encouragés à développer et à mettre en œuvre des mécanismes de contrôle interne afin que ceux-ci s'enracinent dans la culture managériale.

Stratégie de mise en œuvre 1.3 : Renforcement de la participation des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre dans le processus gestionnaire

L'implication de la communauté permettra de booster la participation des structures de dialogue et celle des professionnels au système de management des structures de santé. A ce niveau, le but visé est de faire participer les bénéficiaires et les acteurs de mise en œuvre des interventions de santé ou leurs représentants aux différentes phases de gestion des programmes de santé, à savoir : la planification, l'organisation, la direction, la mise en œuvre, le contrôle et le suivi-évaluation. Cette approche sera implémentée à travers la révision des textes et l'actualisation des procédures administratives et techniques existantes.

Stratégie de mise en œuvre 1.4 : Renforcement des capacités managériales des responsables et gestionnaires des structures dans le secteur santé

Le renforcement des capacités managériales des responsables et gestionnaires des structures de santé est lié à une mise en œuvre appropriée de la SSS. A cet effet, le Gouvernement organisera des formations initiales et continues des responsables en management et leadership. Il appliquera de façon stricte les dispositions du cadre organique qui précisent en particulier le profil

des postes de travail. Il mettra également en place des mécanismes de contrôle de l'application des principes du management à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A terme, les gestionnaires des structures de santé seront des managers performants.

Stratégie de mise en œuvre 1.5 : Renforcement du lien logique entre la planification stratégique, la formulation, l'allocation, et le suivi de l'exécution du budget.

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

Il s'agira dans cette stratégie de renforcer les capacités opérationnelles des responsables du secteur de la santé en matière de planification opérationnelle. Ces responsables seront également accompagnés dans le processus d'élaboration des plans de développement pluriannuels et des plans de travail annuels de leurs structures respectives. De même, ils devront être formés dans l'élaboration des rapports de performance.

Afin de garantir une meilleure efficience allocative dans le secteur, il est impératif de renforcer le lien logique entre les différentes opérations de planification stratégique, de programmation, d'allocation et de suivi de l'exécution du budget (mission des comités ministériels PPBS). Pour ce faire, il faudra renforcer la planification opérationnelle, élaborer les plans opérationnels budgétisés à tous les niveaux, assurer la cohérence et l'ancrage des budgets prévus dans lesdits plans à celui de la stratégie sectorielle de santé et du PNDS, et développer un système d'information et de suivi de l'exécution budgétaire.

Stratégie de mise en œuvre 1.6 : Amélioration des conditions de travail et Informatisation du processus gestionnaire:

En vue d'améliorer les conditions de travail, il faudra mettre en place des modalités permettant aux structures sanitaires de mener convenablement leurs activités. Il s'agit notamment du développement du parc automobile, de la construction des logements d'astreinte dans les formations sanitaires et de l'équipement des postes de travail en matériel et outils de travail adéquats y compris l'outil informatique. Cette stratégie vise aussi l'automatisation des procédures de gestion administratives et le renforcement du dispositif informatique dans les structures sanitaires.

6.2.5.2 Objectif spécifique No2 : « D'ici 2027 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 »

Au regard de la pluralité des intervenants dans le secteur et de l'exigence de l'atteinte de l'objectif global qui est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable. La planification stratégique et la coordination dans le secteur doivent permettre de garantir une plus grande cohérence des interventions. Elles doivent également accroître le niveau de réalisation des objectifs en rapport avec les orientations du cadre global de planification (DSCE, Vision).

Il s'agira dans cette stratégie de: (i) se doter d'outils de pilotage actualisés et efficaces capables de garantir l'équilibre du système et l'atteinte de l'objectif d'accès universel des populations aux services et soins de santé de qualité ; (ii) renforcer l'autorité publique, et le respect par tous les acteurs de la réglementation et des normes à travers un système de contrôle efficace assorti des sanctions positives et négatives ; (iii) mettre en place un système d'information sanitaire performant et fiable capable d'aider à la prise de décision basée sur les évidences et (iv) orienter les

efforts sur les mécanismes de coordination et de collaboration intersectorielle en évitant l'enchevêtrement des compétences.

De manière opérationnelle, il s'agira de renforcer le fonctionnement des organes de concertation à tous les niveaux (comités de pilotage multisectoriel), d'en réduire le nombre au niveau central et régional pour un meilleur suivi de la mise en œuvre de la SSS. Au niveau opérationnel, un appui substantiel sera octroyé aux structures du niveau opérationnel pour l'organisation logistique des réunions de concertation entre parties prenantes. Celles-ci se tiendront lors des ateliers de planification multisectorielle et de suivi conjoint des performances des structures sanitaires. Il s'agira aussi de renforcer la supervision pour améliorer la qualité des prestations faites et garantir la fonctionnalité des structures sanitaires.

Stratégie de mise en œuvre 2.1 : Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique

Pour une meilleure coordination et cohérence dans la mise en œuvre des interventions de la SSS, il est indispensable de renforcer le cadre institutionnel de pilotage stratégique. Ainsi, la création d'un comité de pilotage stratégique du secteur santé au niveau régional, présidé par le gouverneur et élargi aux sous-comités existants, est nécessaire. Le secrétariat de ce comité sera assuré conjointement par le délégué régional de la santé et par l'administrateur du fonds régional pour la promotion de la santé, pour que ce dernier puisse aisément accomplir son rôle institutionnel.

Un préalable nécessaire pour une bonne mise en œuvre de cette stratégie est donc l'actualisation des textes régissant les différents cadres de pilotage à tous les niveaux de la pyramide. In fine, cette réorganisation permettra l'intégration des activités. Pour assurer pleinement leur mission, un appui financier et logistique adéquat sera mis à contribution pour leur permettre d'assurer leurs missions qui sont :

- Assurer la synergie des activités concourant au développement de la santé et menées par les différentes parties prenantes ;
- Mettre en cohérence les actions et les ressources du secteur de la santé ;
- Harmoniser les procédures d'interventions dans le secteur ;
- Suivre les engagements pris par le pays dans le cadre du développement du secteur santé ;
- Assurer l'implication de tous les acteurs du secteur, en l'occurrence les organisations non gouvernementales, les associations, les opérateurs privés, les représentants de la communauté éducative et les partenaires au développement ;
- Exploiter les rapports d'activités trimestriels des comités ministériels PPBS ;
- Préparer les rapports semestriels et annuels de mise en œuvre de la stratégie ;
- Assurer le suivi des indicateurs clés d'évolution du système sanitaire ;
- Superviser les revues sectorielles.

Stratégie de mise en œuvre 2.3 : Renforcement du dispositif de Veille stratégique

La veille stratégique est indispensable pour le développement de l'intelligence collective, la prospection et la planification stratégique. Ces fonctions permettent au système de santé de renforcer sa résilience face aux changements de l'environnement interne et externe. Dans cette stratégie, il s'agira de faire fonctionner de manière optimale les structures de pilotage du secteur (Observatoire National de la Santé Publique, Secrétariat Technique du comité de pilotage, etc.) afin qu'elles remplissent les principales missions de veille stratégique qui sont : la définition du périmètre ou des champs de veille stratégique ; le développement d'une banque de données issues de sources internes et externes au secteur santé ; la collecte et l'analyse des données pour la production et la diffusion des informations à caractère stratégique et la dissémination de l'information produite.

Stratégie de mise en œuvre 2.4 : Renforcement de la déconcentration et la décentralisation

La décentralisation¹⁸, consiste en un transfert par l'État, aux CTD, des compétences particulières et de moyens appropriés. Comme axe fondamental de promotion du développement, de la démocratie et de la bonne gouvernance au niveau local, elle obéit aux principes de subsidiarité, de progressivité et de complémentarité. Dans le cadre de sa mise en œuvre, la Circulaire N°001/CAB/PM du 11 janvier 2008, relative à la prise en compte de la décentralisation dans les stratégies sectorielles prescrites aux départements ministériels : (i) d'élaborer, dans leurs domaines de compétence respectifs des mesures pour accompagner les collectivités locales décentralisées dans l'exercice des compétences que les lois leur ont transférées en terme de réglementation, d'information, de formation, de conseil, ou encore d'assistance à la maîtrise d'ouvrage et aux techniques contractuelles; (ii) de prévoir le redéploiement des ressources humaines entre les services centraux et déconcentrés des départements ministériels d'une part, et la mise à la disposition des collectivités territoriales décentralisées, de certains agents publics d'autre part ; (iii) de former les personnels des services centraux et déconcentrés en vue de la maîtrise des problématiques de la décentralisation et de la déconcentration ; et (iv) de renforcer l'implication des CTD dans la gestion des structures sanitaires.

Dans cette perspective, il s'agira de mettre en œuvre de manière diligente l'arrêté N°0821/A/MINSANTE du 01 avril 2011, précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'État aux communes en matière de construction, d'équipement, d'entretien et de gestion des centres de santé intégrés et des centres Médicaux d'arrondissement.

Stratégie de mise en œuvre 2.5 : Renforcement du partenariat national

La construction d'un système national de santé efficace, qui offre des chances équitables d'accès aux soins et aux services de santé à l'ensemble de la population, suppose le développement d'un partenariat entre les différents intervenants. Au préalable, cela nécessite que les interactions et interrelations, existant entre ces différents intervenants ainsi que les rôles, fonctions et obligations contractuelles des parties, soient clairement définies. Dans cette perspective, l'élaboration participative et l'adoption par le Gouvernement de la Stratégie partenariale, qui fixe le cadre de collaboration entre l'ensemble des acteurs de la santé, est une avancée certaine. Il s'agira dans les années à venir de:

- Créer un environnement juridique et institutionnel approprié à l'expression du partenariat et des relations contractuelles ;
- Tenir des réunions du comité de pilotage de la Stratégie partenariale et leur apporter un appui logistique;
- Réviser le cadre juridique de la contractualisation et renforcer les capacités du Ministère de la Santé Publique dans la promotion et le suivi de l'approche contractuelle ;
- Favoriser les mécanismes de création des conventions avec les sociétés privées pour la mobilisation des financements innovants et capter leurs participations dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle ;
- Renforcer la pérennité de l'offre de soins du sous-secteur privé non lucratif par la mise en place de l'approche contractuelle avec l'État, à travers : la densification du dialogue entre les responsables du MINSANTE et les responsables des formations sanitaires du sous-secteur privé confessionnel et la finalisation des Conventions-cadres sur la base des engagements acceptés par chacun des partenaires.

18Cf. Constitution du 18 Janvier 1996, et lois N° 2004/017 du 22 juillet 2004 d'orientation de la décentralisation, N° 2004/018 fixant les règles applicables aux communes et N° 2004/019 du 22 juillet 2004, fixant les règles applicables aux régions,

Stratégie de mise en œuvre 2.6 : Amélioration de l’alignement et de l’harmonisation des interventions des PTFs

Dans un contexte où les ressources se font rares et les besoins et défis plus nombreux, il est impératif pour le secteur santé d’assurer une gestion cohérente et efficiente des ressources. Il s’agira dans cette stratégie de s’arrimer aux principes de la Déclaration de Paris. Il est question pour toutes les parties prenantes du secteur d’élaborer la SSS, le PNDS et les plans pluriannuels les PTA (appropriation). Quant aux PTFs, ils devront soutenir la mise en œuvre de cette stratégie (alignement) et harmoniser leurs procédures de gestion. Le pays et les partenaires au développement seront conjointement responsables de la réalisation des objectifs fixés (redevabilité mutuelle).

A cet effet, un pacte/compact national autour de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé sera développé et mis en œuvre pour assurer une meilleure cohérence et coordination des interventions.

Tableau 21: Cadre logique Gouvernance et Pilotage stratégique du système de santé

OBJECTIF GLOBAL DE LA STRATÉGIE	«Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable ».							
AXE STRATEGIQUE	PILOTAGE ET GOUVERNANCE							
PROBLEME CENTRAL	Faibles performances du système de santé							
OBJECTIF STRATÉGIQUE	Augmenter d'au moins 50% la performance globale du système de santé							
INDICATEURS TRACEURS	Taux de réalisation des objectifs de la SSS Productivité des DS							
Objectifs spécifiques	Indicateurs traceurs	Valeur Actuelle	Source	Cibles				Sources de vérifications
				2018	2020	2024	2027	
D'ici 2027 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	% des résolutions des instances de coordination mises en œuvre au niveau central		Rapport des réunions de coordination 2015	80%	85%	90%	95%	PV des réunions de coordination
	% des structures sanitaires du niveau opérationnel disposant d'un PTA et des rapports de suivi évaluation de leur PTA	ND		80	85	90	95	Rapport des missions
Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers un renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité d'ici 2027	Productivité des DS ¹⁹	ND	Rapports d'audits des DS	Augmentation de 10%	Augmentation de 10%	Augmentation de 10%	Augmentation de 10%	Rapport d'audits des DS
	Indice de perception de la corruption dans le secteur santé	7,5/10 IG/DLM	RAP Minsanté	7%	6%	5%	4%	Rapports d'enquête de la CONAC
	% des ménages victimes de corruption dans le secteur	<u>26%</u>	<u>ECAM 3</u>	<u>24%</u>	<u>22%</u>	<u>19%</u>	<u>15%</u>	<u>ECAM 3</u>
	% des structures sanitaires inspectées	<u>3%</u>	<u>Rapport Minsanté</u>	<u>10%</u>	<u>15% %</u>	<u>20%</u>	<u>25 %</u>	<u>RAP-Minsanté</u>

¹⁹ Pour cet indicateur qui n'a pas de valeurs de référence, des études seront réalisées pour les déterminer et les cibles projetées seront conséquemment affinées

6.3 Priorisation des objectifs de la SSS 2016-2027

Le secteur santé est subdivisé en 5 composantes : promotion de la santé, prévention de la maladie, prise en charge des cas, renforcement du système de santé et gouvernance et pilotage stratégique. En principe, la mise en œuvre des différentes interventions retenues dans chacune de ces composantes devrait à terme permettre d'atteindre l'objectif assigné au secteur qui est de « **de disposer d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable sur une période de 12 ans.** » Pour atteindre cet objectif, vingt objectifs spécifiques ont été formulés dans cette SSS. Cependant, la contrainte de la disponibilité des ressources impose une priorisation de ces objectifs. Les critères de priorisation utilisés sont les suivants :

- (C1) la cohérence de l'objectif spécifique avec les orientations du secteur;
- (C2) les capacités des acteurs à réaliser l'objectif spécifique en fonction des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du système;
- (C3) la contribution de l'objectif spécifique à l'atteinte de l'objectif global;
- (C4) l'horizon temporel d'atteinte de l'objectif spécifique ;
- (C5) le coût opérationnel de la mise en œuvre de l'objectif spécifique.

Le choix des priorités a tenu à la fois compte des scores attribués à chaque critère (voir Tableau 22 ci-dessous) et des orientations stratégiques existants dans le secteur de la santé (document « *Choix Stratégiques du Secteur de la Santé* »).

6.3.1 Priorités pour le cycle de planification 2016-2020 (PNDS 1)

Pour ce qui est du premier quinquennat de la mise en œuvre de la SSS (cycle de planification 2016-2020), le renforcement des piliers du système de santé et l'amélioration de la gouvernance dans le secteur sont des prérequis pour l'atteinte des résultats projetés, et demeurent par conséquent la première priorité de ce cycle de planification. En l'absence d'un plan de développement des infrastructures sanitaires, il est difficile d'être précis sur l'orientation et les choix d'investissement par niveau de la pyramide. Toutefois, la mise en œuvre du Plan d'Urgence Triennal et le renforcement des piliers du système de santé dans les districts de santé feront progressivement en fonction de leur niveau de développement. Plus concrètement, il s'agira de :

- construire et équiper des Centres Hospitaliers Régionaux ;
- réhabiliter les hôpitaux généraux et le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY) ;
- évaluer les districts de santé et de les classer selon leur potentiel de développement ;
- sélectionner prioritairement pour le PNDS 1 les districts de santé ayant un fort potentiel de développement (districts prioritaires) ;
- renforcer non seulement le dispositif juridique et institutionnel, mais aussi les capacités managériales des responsables des districts de santé pour qu'ils soient à même d'apporter un appui technique efficace aux formations sanitaires de leur districts de santé ;
- renforcer le système national d'information sanitaire et la recherche opérationnelle en santé ;
- assurer la disponibilité du PMA et du PCA dans les districts de santé.

En ce qui concerne les composantes verticales (composantes de prestations de services), l'accent sera prioritairement mis sur l'amélioration de la mise en œuvre des interventions de routine, la prévention des maladies, le renforcement de la participation communautaire, la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la santé des cibles mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et le renforcement de la prise en charge des cas d'urgence.

6.3.2 Priorités pour le cycle de planification 2021-2027(PNDS 2)

Pour ce qui concerne le deuxième cycle de cette stratégie, il s'agira de :

- Consolider les acquis de la phase 1 (cf. Acquis du PNDS 1);
- Poursuivre le renforcement des piliers du système de santé (construction/réhabilitation et équipement des structures sanitaires, dotation en ressources humaines de qualité ; développement des soins spécialisés en stratégie fixe et mobile ; développement de la couverture santé universelle ; et renforcement de la mobilisation des ressources financières pour la santé);
- Renforcer la promotion de la santé à l'échelle nationale pour que la population soit outillée et contribue à l'augmentation de l'espérance de vie

DRAFT

Tableau 22 : Priorisation des objectifs de la SSS 2016-2027

OS	Objectifs spécifiques	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL	Actions prioritaires pour le cycle 2016-2020	Actions prioritaires pour le cycle 2021-2027
OS-RSS5	1. D'ici 2027, renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	10	6	10	9	10	45	-Renforcement du SNIS -Renforcement de la recherche opérationnelle -Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision	-Consolidation des acquis - Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision
OS-PS1	2. Renforcer les capacités institutionnelles et communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé	9	8	9	9	9	44	-Renforcement du dispositif institutionnel de la promotion de la santé Création d'un 4 ^e niveau de soins communautaire -Renforcement du dispositif institutionnel et développement des capacités des acteurs	Renforcement de la promotion de la santé à l'échelle nationale
OS-GP2	3. D'ici 2027, rendre la planification, la supervision et la coordination des interventions de toutes les parties prenantes, ainsi que la veille stratégique et sanitaire fonctionnelles et systématiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	10	7	9	9	9	44	-Renforcement du cadre législatif et réglementaire -Amélioration de la transparence et la redevabilité -Renforcement de la participation des bénéficiaires et acteurs dans le processus gestionnaire -Renforcement des capacités managériales -Renforcement de la chaîne PPBS -Amélioration des conditions de travail et informatisation du processus gestionnaire	-Consolidation des acquis de la gouvernance -Poursuite des objectifs
OS-RSS2	4. Augmenter de 50% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation d'ici 2027	10	8	9	9	7	43	-Renforcement de la régulation du secteur pharmaceutique ; -Renforcement de l'assurance qualité et de la disponibilité des médicaments -Promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments de qualité -Mise en place de mécanismes de financement pérenne en matière de médicaments	-Consolidation des acquis dans le secteur pharmaceutique Renforcement de la production locale des médicaments
OS-GP1	5. Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers un renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité	10	5	10	8	10	43	-Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique du secteur -Renforcement du dispositif de Veille stratégique -Renforcement de la déconcentration et la décentralisation -Renforcement du partenariat national -Amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTFs	-Consolidation des acquis en matière de pilotage stratégique
OS-PREV4	7. D'ici 2027, renforcer la surveillance et la prévention des maladies à potentiel épidémique, des zoonoses et des événements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts	10	8	8	8	7	41	-Renforcement de la vaccination de routine -Renforcement de la surveillance des MAPE -Cartographie des risques d'épidémie et renforcement du dispositif institutionnel et opérationnel de prévention et de riposte aux épidémies -Campagnes de simulation et/ou riposte	-Consolidation des acquis en matière de PEV et de surveillance -Renforcement de la préparation à la riposte aux épidémies
OS-PEC2	8. D'ici à 2027, assurer une prise en charge curative des problèmes de santé de la mère et	10	8	10	7	6	41	-Renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles en matière de SRMNEA	-Renforcement de la disponibilité du PMA et du PCA en particulier pour les interventions

OS	Objectifs spécifiques	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL	Actions prioritaires pour le cycle 2016-2020	Actions prioritaires pour le cycle 2021-2027
	du nouveau-né et de l'enfant selon les normes dans au moins 80% des structures sanitaires							-Renforcement des capacités des acteurs -Renforcement de la disponibilité du PMA et du PCA en particulier pour les interventions de la SRMNEA -Créer de banques de sang dans les régions à forte demande	de la SRMNEA -Renforcement la disponibilité du paquet de soins spécialisés en SRMNEA -Extension des banques de sang -Renforcement du système de référence /contre-référence
OS-RSS1	9. Assurer la disponibilité des infrastructures et des équipements selon les normes dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027	10	9	6	9	7	41	-Construction/réhabilitation et équipement des structures sanitaires -La mise en place d'un système d'assurance qualité des soins et services de santé	-Construction/réhabilitation et équipement des structures sanitaires -La mise en place d'un système d'assurance qualité des soins et services de santé
OS-PS1	10. Renforcer les capacités institutionnelles et communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé	10	6	9	7	8	40	-Création d'un 4 ^e niveau de soins communautaire -Renforcement du dispositif institutionnel et développement des capacités des acteurs	
OS-PREV1	11. Réduire d'au moins un tiers l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027	10	8	9	6	7	40	-Renforcement de l'atteinte des populations à haut risque des principales maladies transmissibles (Paludisme, VIH et IST, TB, MTN)	-Consolidation des acquis ; -Extension de la couverture des interventions de préventions aux autres cibles ; -Renforcement de la lutte anti-vectorielle.
OS-PS3	12. Renforcer les aptitudes des individus et des communautés dans au moins 75 % des DS d'ici 2027	10	7	9	6	7	39	Renforcement de la C4D/CCC,	-Passage à échelle des interventions des interventions de C4D, et d'éducation pour la santé
OS-PEC1	13. D'ici 2027, assurer une prise en charge curative de toutes les maladies transmissibles et non-transmissibles selon les normes ainsi que celles de leurs complications dans au moins 80% des structures sanitaires	10	8	9	8	4	39	-Amélioration de l'accueil des usagers -Renforcement des capacités institutionnelles en matière de prise en charge -Renforcement des capacités des acteurs -Renforcer la disponibilité du PMA et du PCA dans les districts de santé prioritaires	-Consolidation des acquis -Renforcement des capacités des acteurs -Renforcement de la disponibilité du PMA et du PCA dans les districts de santé non-prioritaires -Développement des cliniques/stratégies mobiles pour la prise en charge des MNT
OS-PEC3	14 d'ici 2027, assurer la prise en charge curative des urgences et des événements de santé publique dans au moins 80% des structures sanitaires selon les normes	10	8	9	8	4	39	-Renforcement le dispositif institutionnel, ainsi que la coordination et le processus de gestion prévisionnel des ressources	-Création, équipement et mise en réseau des services d'urgence
OS-RSS4	15. Augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027	10	7	9	7	6	39	-Dotation des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité) -Amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines	-Consolidation des acquis -Dotation des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité)
OS-RSS1	16. Réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de	10	4	10	7	7	38	-Renforcement du cadre institutionnel et opérationnel du financement de la santé	-Consolidation des acquis -Extension et intégration du Financement Basé

OS	Objectifs spécifiques	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL	Actions prioritaires pour le cycle 2016-2020	Actions prioritaires pour le cycle 2021-2027
	financement équitable et durable							-Extension et intégration du FBR -Renforcement de la mobilisation des ressources -Développement de la CSU -Accélération de l'autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel	sur les Résultats (FBR) -Renforcement de la mobilisation des ressources -Développement de la CSU
OS-PS4	17. Réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027 principalement chez les adolescents	8	7	7	6	7	35	-Augmentation du financement public de la PF -Intensification de la PF dans les zones prioritaires -Activités de routine dans les zones déjà bien couvertes	-Consolidation des acquis -Extension de la couverture en PF
OS-PREV5	18. Améliorer la couverture des interventions de prévention de SRMNEA dans au moins 80% des districts de santé	9	6	6	6	7	34	-Extension de la PTME/eTME avec l'option B+ -Intégration de la PTME et de la TME de l'Hépatite B	-Consolidation des acquis en PTME/eTME -Extension de la prévention de la transmission verticale de l'hépatite B
OS-PREV3	19. Réduire d'au moins 1/5e l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027	10	6	7	4	5	32	-Réalisation de la cartographie des principales MNT -Renforcement du dispositif institutionnel et renforcement de capacités des acteurs -Communication pour le changement de comportement -Campagnes de sensibilisation et de dépistage	-Communication pour le Changement de Comportement -Campagnes de sensibilisation et de dépistage
OS-PS2	20. Améliorer le cadre de vie des populations	10	5	9	3	3	30	Promotion de l'hygiène collective par l'approche ATPC Sensibilisation pour la construction des infrastructures sportives/d'EPS	Promotion de l'hygiène collective par l'approche ATPC
OS-PEC4	21. D'ici 2027, réduire d'au moins un tiers la proportion de la population présentant au moins un handicap	7						Mise en place d'une politique intégrée et coordonnée de gestion du handicap y compris le handicap mental	Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap

Troisième PARTIE:

CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

Chapitre 7. DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

Cette section présente le cadre institutionnel et organisationnel, les acteurs et leurs rôles, les modalités de mise en œuvre et de suivi évaluation ainsi que les conditions de réussite.

7.1 Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre et de suivi - évaluation

La Stratégie Sectorielle de santé 2016-2027 sera mise en œuvre dans un environnement juridique nouveau en matière de finances publiques, caractérisé par l'entrée en vigueur de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État. Cette loi consacre le concept de budget programme comme cadre d'élaboration, de présentation, d'exécution et de contrôle du budget de l'État.

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

7.1.1 Organes et structures de mise en œuvre et de suivi-évaluation

La mise en œuvre et le suivi-évaluation de la SSS seront assurés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

7.1.1.1 Niveau central :

Le Comité de Pilotage du Secteur Santé : le pilotage et le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS **au niveau central** seront assurés par un comité interministériel mis en place par le Premier Ministre. Ce comité de pilotage sera présidé par le Ministre de la Santé Publique avec comme vice-président le Ministre de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire. Les autres membres dudit comité seront : des représentants de la Présidence de la République et des services du Premier Ministre, les Ministres chargés de la défense, de la justice, du travail et de la sécurité sociale, des affaires sociales, de la promotion de la femme et de la famille, de l'éducation de base, des enseignements secondaires, de l'enseignement supérieur, de l'élevage, de la pêche et des industries animales, de l'environnement et du développement durable, de l'agriculture et du développement rural, de l'eau et de l'énergie, des finances, ainsi que le représentant du Délégué

Général à la Sûreté Nationale. A ces membres s'ajouteront les représentants des ordres professionnels, du secteur privé, de la société civile, des élus nationaux, des Communes et Villes Unies du Cameroun, de même que les partenaires au développement. (Voir figure page 132)

Un Arrêté du Premier Ministre précisera la nouvelle composition de ce comité, ses missions, ses attributions et son fonctionnement. Le Comité de Pilotage disposera d'un Comité Technique de suivi et d'un Secrétariat Technique pour l'assister dans sa tâche. Pour plus d'efficacité et de cohérence, ce comité sera élargi aux autres sous-comités multisectoriels existants dans le secteur, dont le nombre sera progressivement réduit au fur et à mesure que l'intégration des programmes sera réalisée. Il a pour missions de veiller à la programmation, au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle suivant l'approche sectorielle SWAP. A ce titre, le comité est chargé notamment de la synergie des activités, concourant au développement de la santé, conduites par les différents ministères et partenaires au développement impliqués dans ce secteur, et de l'implication de tous les acteurs du secteur dans l'élaboration et le suivi de la SSS.

Le Comité Technique de suivi : Il sera responsable de la coordination stratégique des interventions menées dans le secteur. A ce titre, il sera chargé de l'animation, de la coordination des interventions et de la validation technique des documents de planification et rapports de performances de la mise en œuvre de la SSS présentés par le Secrétariat Technique avant transmission au Comité de Pilotage. Il s'occupera essentiellement des aspects transversaux aux différents départements ministériels.

Il sera présidé par le Secrétaire Général du MINEPAT et co-présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé publique pour faciliter la mobilisation multisectorielle des acteurs. Il sera composé des Secrétaires Généraux des départements ministériels et administrations membres du Comité de pilotage, du Directeur Général de l'Institut National de la Statistique, de certains partenaires techniques et financiers, et du Coordonnateur du Secrétariat Technique du comité de pilotage.

Le Secrétariat Technique du comité de pilotage : Il assurera la coordination opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS. En effet, il est chargé de l'animation et de la coordination opérationnelle du dispositif de suivi-évaluation et de revue de la SSS. Il aura notamment, la responsabilité : (i) de la programmation et du suivi trimestriel des interventions (actions et programmes) exécutées par les administrations du secteur de la santé (particulièrement les interventions transversales) , (ii) de la réalisation de l'évaluation du niveau d'atteinte des résultats par axe stratégique à travers la revue semestrielle et annuelle des programmes/actions, (iii) de l'évaluation à mi-parcours et finale de la mise en œuvre de la SSS ; (iv) de l'élaboration d'une nouvelle SSS ; et (v) de l'appui stratégique et logistique au fonctionnement des groupes thématiques et des sous-comité multisectoriels existants dans le secteur.

Le Secrétariat Technique comprendra un Coordonnateur issu du Ministère de la Santé Publique. Ses membres seront : (i) les 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. La composition de ce Secrétariat Technique sera constatée par une décision du Ministre de la Santé Publique.

7.1.1.2 Niveaux intermédiaire et opérationnel

Les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) élaboreront des Plans de Développement Sanitaire Régionaux (PDSR) avec l'appui du Comité technique de suivi et du Secrétariat Technique. Les DRSP appuieront les Districts de Santé lors de l'élaboration de leurs Plans de Développement Sanitaire des Districts de santé (PDS), de leurs PTA et de leurs plans de suivi-évaluation. Ces plans seront élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales décentralisées et les autres parties prenantes du District de Santé.

Tous ces organes et structures de coordination veilleront à ce que les Organisations et Associations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé et les PTF soient impliqués à tous les niveaux en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la SSS, des textes réglementaires seront révisés ou élaborés (création des textes équivalents à ceux du comité de pilotage pour le niveau régional) en vue de garantir l'effectivité de l'approche sectorielle, de la transparence et de la participation de tous les acteurs du développement sanitaire au suivi-évaluation des performances. Les réunions multisectorielles du suivi des performances de la SSS au niveau régional seront présidées par le Gouverneur.

7.1.2 Les acteurs majeurs et leur rôle

7.1.2.1 Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs de la présente stratégie sectorielle. Il valide, adopte et assure sa mise en œuvre sous le leadership du MINSANTE qui en est le maître d'œuvre. Il donne les orientations générales pour la mise en œuvre et doit mobiliser les financements internes et externes annuels nécessaires à la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle.

Le MINSANTE assure la gestion des ressources mises à sa disposition pour l'atteinte des objectifs de la SSS en liaison avec le MINEPAT, le MINFI, les autres ministères partenaires prestataires des services et soins de santé, les bureaux locaux des Agences d'aide au développement et les autres parties prenantes. Le MINSANTE, dans son rôle de régulateur et de leader dans le secteur, coordonne toutes les interventions du secteur de la santé.

Le Ministre de la Santé Publique tiendra le Gouvernement informé sur l'évolution de la mise en œuvre de la SSS, à travers le Rapport Annuel de Performance du Comité de Pilotage.

7.1.2.2 Rôle des autres acteurs du système de santé

Les acteurs du système de santé sont des organisations ou des individus ayant pour objectif principal l'amélioration de la santé des populations. Parmi ces acteurs, on cite : les populations bénéficiaires des interventions de santé, les organisations de la société civile, les organisations professionnelles, les professionnels du secteur de la santé, les structures de santé (publiques, privées à but lucratif et privées à but non lucratif) et les PTF internationaux œuvrant dans le domaine de la santé.

Les structures techniques du niveau central, les DRSP et les Districts de Santé (districts de santé) joueront un rôle clé dans la mobilisation de toutes les parties prenantes de leur ressort de compétence. Ils mobiliseront également des ressources pour la mise en œuvre et le suivi des plans élaborés. Ils veilleront à la cohérence et à l'ancrage des plans élaborés avec la SSS et le PNDS. Ils élaboreront leur PTA dont les interventions devront contribuer à l'atteinte des objectifs de la SSS, et apporteront un appui aux DRSP pour la mise en œuvre des activités de la SSS.

La multiplicité des déterminants de la santé exige une approche multisectorielle dans la résolution des problèmes de santé. Dans cette perspective, les Ministères partenaires dans l'approche et la perspective « one health » interviendront dans le cadre de leurs missions spécifiques pour la mise en œuvre des activités permettant l'atteinte des résultats projetés.

De plus en plus visibles et actives, les Organisations de la Société Civile participeront au renforcement des capacités des communautés et à la fourniture des services d'appui-conseil.

Les partenaires au développement, les représentations des Initiatives mondiales de santé, les Fondations et les philanthropes, les OSC et les ONG appuieront l'élaboration et la mise en œuvre des plans, à travers l'allocation des ressources et de leur expertise. Ils accompagneront les efforts du

Gouvernement dans le développement du secteur santé conformément à ses orientations stratégiques. Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, ils doivent fournir des indications sur leurs futures aides au secteur, sur une base pluriannuelle pour une meilleure prévisibilité des actions à mener.

Le secteur privé, dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises, sera impliqué et viendra en appui aux structures gouvernementales dans la mise en œuvre de la SSS. Il interviendra aussi directement dans l'offre de services et des soins de santé, par le biais de la contractualisation.

Les Collectivités Territoriales Décentralisées, avec l'appui des structures déconcentrées de l'État et en collaboration avec les autres acteurs, travailleront au niveau opérationnel pour l'élaboration et la mise en œuvre des Plan de Développement Sanitaire du District.

DRAFT

7.2 Modalités de mise en œuvre et de suivi-évaluation

La SSS sera mise en œuvre à travers trois (03) outils majeurs à savoir : Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), (2) les Plans pluriannuels et (3) les Plans de Travail Annuels (PTA) élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

7.2.1 Pour la mise en œuvre

- PNDS

Le PNDS permettra d'apprécier globalement les besoins financiers nécessaires pour l'atteinte des résultats visés pendant la période de validité de la SSS. Il s'agit également d'un document support pour le plaidoyer et pour la mobilisation des fonds. Il servira aussi comme cadre de référence pour l'élaboration des plans d'action pluriannuels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce document précisera les activités prioritaires du secteur santé pendant la période de mise en œuvre de la stratégie. Il décline les résultats d'effet et d'impact par composante ainsi que les extrants attendus des différentes pistes d'interventions.

- Plans pluriannuels et Plans de Travail Annuels (PTA)

Sur la base de son plan d'action pluriannuel, chaque structure élaborera de manière participative son PTA. Ceux des Districts seront consolidés au niveau régional et ceux des régions au niveau central. Le budget de ces PTA à terme sera pris en compte dans le Budget programme de chaque administration. Celui-ci sera confectionné en tenant compte des besoins exprimés dans les différents PTAs et des dispositions prévues par le régime financier en vigueur.

7.2.2 Pour le Suivi-évaluation de la mise en œuvre

Le suivi-évaluation sera assuré au moyen d'un cadre des résultats stratégique présentant de façon mesurable les buts et les objectifs de la stratégie.

7.2.2.1 Revue sectorielles

Des revues (semestrielles et annuelles) seront organisées pour servir de cadre de réflexion critique participative continu en vue de veiller à l'efficacité de la mise en œuvre de la SSS.

Les données de routine et de surveillance épidémiologique des maladies, collectées dans le cadre du SNIS permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront également menées pour suivre les progrès réalisés.

Plusieurs outils de suivi seront utilisés : tableaux de bord ou matrices de suivi issu(e)s des (i) plans d'actions annuels consolidés du MINSANTE (ii) plans d'actions annuels des directions et services du Ministère chargé de la santé et les rapports d'activités, (iii) plans de développement sanitaire triennaux des districts et des régions, (iv) plans d'actions annuels des entités déconcentrées (districts de santé et DRSP) et leurs rapports d'activités, (v) documents cadres de coopération technique ou financière en vigueur. (vi) rapports des différents comités, (vii) rapports d'études et d'enquêtes (viii) rapports annuels sur la situation sanitaire (RASS).

7.2.2.2 Supervision

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, chaque niveau de la pyramide sanitaire élaborera un plan de suivi et de supervision des activités de santé. La supervision de la mise en œuvre de ces plans s'effectuera en cascades comme suit : Le niveau central supervisera les Délégations régionales de santé, qui à leur

tour s'occuperont de la supervision des équipes-cadres de districts. Supervisés par les équipes cadres de districts, les responsables d'aires de santé superviseront à leur tour les Agents de Santé Communautaire (ASC).

7.2.2.3 L'évaluation

L'évaluation à mi-parcours et finale de la SSS se fera à travers des évaluations internes et des évaluations externes.

7.2.2.4 Évaluations internes

Les évaluations internes se feront sur la base des rapports d'exécution des plans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et opérationnel), des rapports de supervision périodique de chaque niveau de la pyramide sanitaire, des audits des activités sanitaires et des audits financiers et comptables. Les rapports de contrôle et d'inspection seront également pris en compte dans ces évaluations internes.

7.2.2.5 Évaluations externes

Les évaluations externes seront initiées par le MINSANTE ou le MINEPAT avec l'appui des PTF. Leur validation sera effectuée par le comité de pilotage.

L'évaluation externe appréciera aussi bien le niveau d'atteinte des objectifs de la SSS que les aspects de gestion (administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans). L'évaluation finale s'inscrira dans le processus de planification de l'action sanitaire pour les périodes à venir. Elle appréciera le niveau d'atteinte des objectifs de la Stratégie et l'impact des plans mis en œuvre à la fin de la période d'exécution de la stratégie et en tirera des leçons.

Les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation axés sur les résultats seront répartis en deux grands groupes: (i) les indicateurs de suivi qui comprennent les indicateurs d'intrants et d'activités et (ii) les indicateurs d'évaluation qui sont les indicateurs d'extrants, d'effets et d'impact. Ils permettront de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés. Ils seront développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre du PNDS.

Un plan de suivi évaluation et de revues de la stratégie sera élaboré, de même que le cadre institutionnel et les outils du suivi et de l'évaluation.

7.3 Conditions de réussite de la mise en œuvre

Pour une bonne mise en œuvre de cette stratégie sectorielle, de nombreuses réformes sont requises.

7.3.1 Les réformes

L'efficacité de la mise en œuvre de cette stratégie est conditionnée par l'adoption de certaines réformes dans les domaines suivants : (i) le financement de la santé ; (ii) la gestion des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux essentiels ; (iii) la gestion des ressources humaines ; (iv) la prestation des services ; et (v) la gouvernance et le pilotage stratégique.

Concernant le financement de la santé, une stratégie nationale de financement sera élaborée et mise en œuvre. Elle permettra d'assurer l'équité dans la mobilisation et l'allocation des ressources, et leur utilisation efficiente. Pour ce faire, deux réformes majeures seront nécessaires, il s'agit : (i) du passage à échelle du Financement Basé sur les Résultats (FBR); et (ii) du développement de la Couverture Santé Universelle (CSU). Ces réformes seront conduites par le Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de la Santé qui, se dotera d'un groupe thématique financement de la santé

assez robuste incluant les administrations publiques concernées et les partenaires au développement.

Pour ce qui est de la gestion des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux, la principale innovation consistera à rendre autonome l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique. Cette autonomisation lui permettra d'améliorer : la disponibilité et l'utilisation des médicaments essentiels de qualité ; la lutte contre les contrefaçons et les médicaments de la rue ; la production locale de médicaments génériques et dispositifs médicaux (tels que les moustiquaires), etc.

S'agissant de la gestion des ressources humaines, une réforme de la politique de nomination aux postes de responsabilité dans les structures administratives et une déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines sont nécessaires. Il faudrait en effet garantir que les personnes ayant des profils adéquats occupent des positions leur permettant de mener à bien les missions confiées à leur structure sanitaire. Dans le cas contraire, un programme de renforcement des capacités des responsables de ces structures, surtout au niveau opérationnel, sera envisagé au début de la mise en œuvre de la SSS. Ceci permettra d'assurer un meilleur développement des ressources humaines en termes de production d'une part, et d'atteindre les résultats projetés dans la structure d'autre part. Par ailleurs, une politique d'absorption des personnels formés et de gestion du personnel de santé à tous les niveaux sera développée.

Pour ce qui concerne la prestation des services de santé, une réforme visant à **développer un système national d'assurance qualité** des services de prévention, de promotion et prise en charge des cas dans les structures sanitaires devra être réalisée. Une telle réforme permettra d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les formations sanitaires. Cette réforme sera accompagnée de la réforme hospitalière pour mieux organiser l'offre de services et de soins par niveaux dans le secteur de la santé.

Par ailleurs, il sera créé un quatrième niveau de soins dénommé niveau communautaire pour une meilleure implication de la communauté dans les interventions de santé et pour assurer le continuum des soins.

En matière de gouvernance et de pilotage stratégique, il sera créé au niveau déconcentré des comités de pilotage stratégique régionaux qui seront présidés par les Gouverneurs. Ceux-ci seront élargis aux sous-comités multisectoriels de santé existants dans les régions. Le secrétariat de ce comité régional sera assuré par le délégué régional de la santé et l'administrateur du fonds régional pour la promotion de la santé afin d'amener ce dernier à jouer pleinement son rôle institutionnel. Par ailleurs, les cadres organiques des administrations du secteur, principalement celui du MINSANTE, seront réaménagés pour plus d'efficacité et pour qu'ils soient en cohérence avec les orientations de la stratégie.

Tableau 23 : Plan d'anticipation des aléas négatifs

PROMOTION DE LA SANTE			
Objectif de l'axe stratégique: Rendre les individus capables de maîtriser et d'améliorer leur état de santé			
RISQUES IDENTIFIES	STRATEGIE D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
Le faible intérêt accordé aux questions relatives à la Promotion de Santé (promotion de la santé) peut entraîner une allocation insuffisante des ressources dans cette composante et donc à une faible mise en œuvre des interventions de Promotion de la santé	Organisation du suivi étroit des activités de plaidoyer en faveur de la promotion de la santé retenues planifié dans la SSS 2016-2027	Les activités de plaidoyer en faveur de la promotion de la santé sont minutieusement implémentées et rigoureusement suivis	DPS MINSANTE
	Développement des stratégies d'amélioration continue des connaissances des RHS, des acteurs communautaires et des populations-cibles sur les problématiques de promotion de la santé	Les populations s'approprient la question de financement de la promotion de la santé et portent elles-mêmes des activités liées à ce plaidoyer auprès des partenaires et des autorités	DPS MINSATE
RENFORCEMENT DU SYSTEME			
Objectif de l'axe stratégique : Développer des capacités institutionnelles dans 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé			
RISQUES IDENTIFIES	MESURES D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
En l'absence d'une couverture sanitaire universelle, les paquets d'offre de service aux couches les plus vulnérables risquent de rester inaccessibles malgré les efforts de subventions et de gratuité.	Accélération de la mise en place des mécanismes de couvertures sanitaires prévus dans la stratégie. Renforcement du plaidoyer pour le financement de la santé et le partage du risque maladie auprès des entreprises citoyennes	L'accès des couches les plus vulnérables aux services et soins de santé est amélioré	DOST
La faible mise en œuvre des mécanismes de fidélisation du personnel dans les zones difficiles d'accès peut entraîner une inéquité dans la disponibilité de l'offre de service.	- Renforcer les actions de plaidoyer pour fidéliser le personnel affecté dans les zones d'accès difficiles	Les ressources humaines sont équitablement réparties sur le territoire national	MINSANTE/DRH
Les difficultés liées au recrutement des prestataires de soins dans le sous-secteur public peut rendre difficile la prise en charge curative des cas selon les normes.	Plaidoyer continu auprès du ministère de la fonction publique pour le recrutement des RHS	Le secteur santé dispose de suffisamment de RHS	DRH
	Contractualiser le personnel au niveau opérationnel		DRH/DCOOP
	Identifier et mettre en place des mécanismes d'absorption des RHS.		DRH/DCOOP

GOUVERNANCE ET PILOTAGE		Objectif de l'axe stratégique: Augmenter d'au moins 50% la performance du système de santé à tous les niveaux	
RISQUES IDENTIFIES	MESURES D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
La lenteur dans l'adoption des réformes peut entraver l'atteinte des objectifs fixés.	Développement des mécanismes de gestion du changement	Les réformes nécessaires pour la mise en œuvre efficace de la stratégie sont effectuées	Secrétariat Général/ST/CP-SSS
La persistance de la corruption dans les services publics peut constituer un obstacle qui limite l'accès des pauvres aux soins et aux services de santé.	Sensibilisation des usagers et bénéficiaires des services et soins de santé sur leurs droits et devoirs.	L'indice de perception de la corruption dans le secteur est réduit	Les Inspecteurs Généraux
Le niveau central reste impliqué dans les activités opérationnelles au détriment de ses missions stratégiques. Cela risque d'affaiblir la performance du système de santé	Développement des mécanismes de gestion axée sur les performances à tous les niveaux.	Les structures centrales améliorent leurs performances et permettent aux structures de niveaux inférieures de jouer pleinement leur rôle.	Secrétariat Général
Difficulté des partenaires à s'intégrer dans une approche sectorielle	Renforcement du dialogue et des outils de gestion stratégique du secteur y compris un compact national	Les interventions de tous les acteurs du secteur sont orientées vers les priorités nationales.	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la –Stratégie Sectorielle de Santé

Tableau 24 : Plan d'anticipation des aléas positifs

GOUVERNANCE ET PILOTAGE			
Objectif de l'axe stratégique: Disposer d'un système de santé axé sur la performance sous un leadership responsable et proactif du MINSANTE, avec la participation active de toutes les parties prenantes			
RISQUES IDENTIFIES	STRATEGIE D'ANTICIPATION	RESULTATS ATTENDUS	RESPONSABLE
Les conférences des services centraux extérieurs régulièrement organisées peuvent servir de plateforme d'échange entre les intervenants du secteur santé de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	S'appuyer sur les recommandations de ces conférences pour affiner la réflexion stratégique et le suivi de la mise en œuvre de la SSS.	Les conférences regroupant les parties prenantes du secteur sont mieux organisées et les résultats qui en découlent sont exploités pour l'amélioration de la gestion stratégique.	Secrétariat Général
L'organisation des coupes d'Afrique de football 2016-2019 va entraîner une grande demande des services et soins de santé.	Plaidoyer de haut niveau afin que les plateaux techniques soient renforcés lors de l'organisation de ces compétitions.	Les formations sanitaires des villes concernées par ces compétitions bénéficient de nouveaux équipements de qualité.	DRFP/DEP/DRH

Chapitre8. CADRE BUDGETAIRE ET FINANCEMENT DE LA STRATÉGIE

Le présent chapitre présente la vision globale du financement de la santé sur la période 2016-2027. Il a pour objectifs ; (i) l'évaluation des coûts des interventions de chaque axe stratégique, (ii) la programmation des coûts et (iii) l'allocation des ressources ciblant des interventions ayant un bon rapport coût-efficacité et qui sont en adéquation avec le DSCE et les ODD. Ainsi, il s'agira de présenter :

- l'estimation des besoins réels ;
- le Cadrage budgétaire ;
- l'analyse des GAPS de financement ;
- la priorisation des ressources de l'Etat ;
- les stratégies de financement et la viabilité financière.

8.1 Estimation des besoins réels de la stratégie

8.1.1 Coût des besoins réels

L'estimation des besoins réels de financement de la santé a été réalisée avec *OneHealthTool*. Cet outil permet l'estimation des coûts des interventions dans le domaine de la santé, sur la base des progrès à réaliser en vue d'atteindre les objectifs fixés, y compris une estimation des répercussions possibles sur la santé. Par ailleurs, il intègre l'analyse des goulots d'étranglement et des coûts des programmes.

La budgétisation des actions correctrices utilisées pour lever les goulots d'étranglement identifiés permet d'avoir une estimation réelle des besoins de financement de la santé. Ainsi, appliqué à la SSS, ce costing a permis d'estimer les besoins en financement par composante, pour la période 2016 – 2027 qui s'élèvent à 5 192 milliards FCFA.

8.1.2 Analyse du coût global

Les paramètres suivants ont été déterminants pour l'estimation du coût global de la stratégie :

- les cibles annuelles visées par chaque programme, service et système de santé pour la période 2016 – 2027 ;
- les coûts unitaires extraits des plans des différents programmes, de la Mercuriale 2015, ou estimés en utilisant la méthode qualitative (intuitive²⁰ et analogique²¹) ;
- les stratégies définies par la SSS 2016-2027 et les interventions prioritaires pour l'atteinte de l'objectif global de la stratégie.

En fonction de ces paramètres, l'outil OneHealth a permis de générer les coûts suivants : (i) coût total de la stratégie sur la période 2016-2027. Ce coût global a été désagrégé par (i) axe stratégique ou composante ; (ii) par sous-composante (iii) par pilier du système de santé.

8.1.2.1 Coût total de la Stratégie sur la période 2016-2027

²⁰La méthode intuitive est basée sur l'expérience de l'estimateur.

²¹La méthode analogique permet d'évaluer le coût unitaire d'une activité par comparaison avec les activités qui ont déjà été réalisées et dont les coûts sont connus.

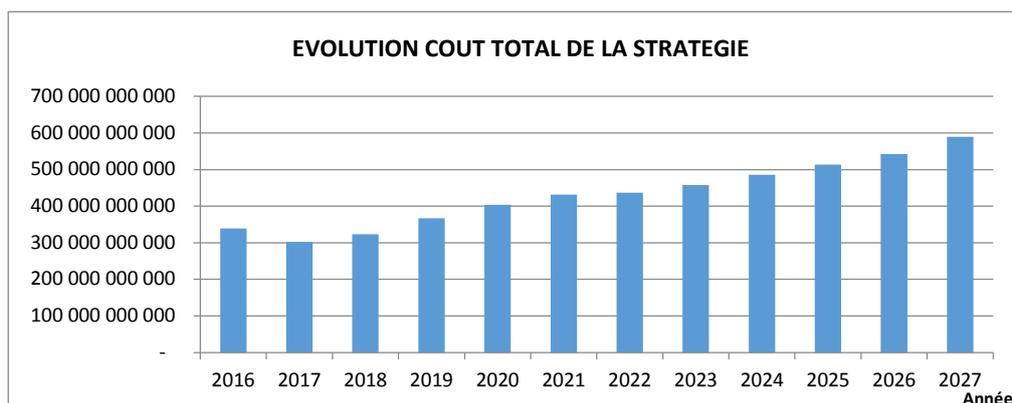


Figure 10 : Coût de la SSS par année sur la période 2016-2027

Le coût global de la mise en œuvre de la SSS 2016-2027 a été estimé à 5 192 milliardsFCFA sur la période de douze ans, soit un coût moyen annuel de 433 milliards FCFA. De manière générale, on note un besoin croissant en financement de la santé sur la période 2016-2027.

8.1.2.2 Coût par composante de la SSS 2016-2027

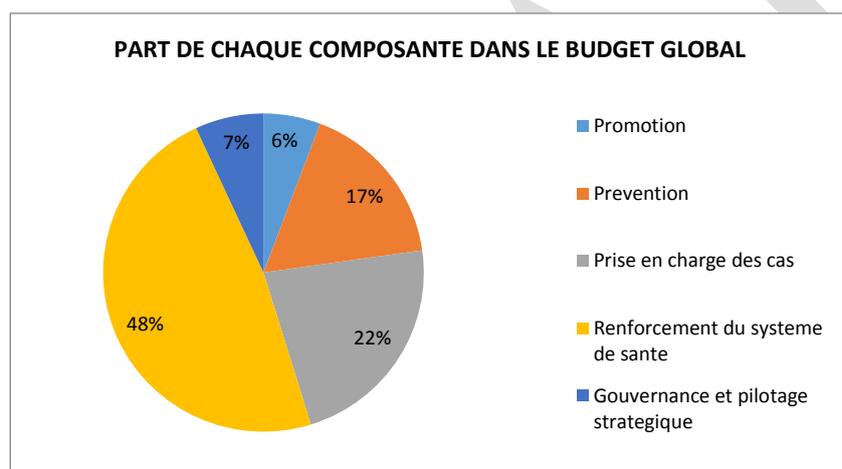


Figure 11 : Coûts de la SSS 2016-2027 par composante (en pourcentage du coût global)

Conformément aux orientations de la stratégie, il ressort de ce graphique que, le renforcement du système de santé prendra une part importante des ressources. Notamment, en ce qui concerne les ressources humaines et l'acquisition de médicaments essentiels (voir tableau 25).

Tableau 25: Décomposition des coûts de la SSS par sous composante sur la période 2016-2027

COMPOSANTE	SOUS-COMPOSANTE	COÛTS TOTAL EN FCFA
Composante 1 : Promotion de la santé	1.1. Renforcement des capacités institutionnelles et communautaires, de la coordination dans le domaine de la promotion de la santé	2,000,000,000
	1.2. Milieu de vie des populations	186,704,448,111
	1.3. Acquisition des aptitudes favorables à la santé	60,552,337,680
	1.4. Planification familiale et Santé de l'adolescent	49,062,602,757
	Total Composante 1	298,319,388,548
Composante 2 : Prévention de la maladie	2.1. Prévention des Maladies Transmissibles	400,000,000,000
	2.2. Maladies Non Transmissibles (MNT)	599,216,701,670
	2.3. Maladies A Potentiel Épidémique (MAPE)	47,173,175,340
	2.4. Couverture des interventions de prévention SRMNEA	37,546,109,997
	Total Composante 2	1083,935,987,007
Composante 3 : Prise en charge des cas	3.1. Maladies Transmissibles et non transmissibles	649,313,365,836
	3.2. Interventions curatives à haut impact pour la mère, l'enfant et l'adolescent	303,891,331,031
	3.3. Urgences et évènements de santé publique	3,824,117,427
	3.4. Population présentant des handicaps	8,849,280,673
	Total Composante 3	965,878,094,967
Composante 4 : Renforcement du système de santé	4.1. Développement des infrastructures de santé	265,117,169,287
	4.2. Médicament	458,545,077,907
	4.3. Développement des Ressources humaines	1,452,313,540,561
	4.4. Financement de la santé	307,160,268,434
	4.5. Information sanitaire et Recherche Opérationnelle	2,341,134,320
	Total Composante 4	2,485,477,190,509
Composante 5 : Pilotage stratégique et Gouvernance	5.1. Gouvernance	144,213,618,050
	5.2. Pilotage stratégique	214,674,728,625
	Total Composante 5	358,888,346,675
COÛT TOTAL DE LA STRATEGIE SECTORIELLE		5,192,499,007,708

Ce tableau montre que les interventions qui nécessiteront le plus de ressources sont celles qui concernent : (i) l'amélioration du milieu de vie des populations ; (ii) la prévention des maladies non transmissibles ; (iii) la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles ; et (iv) le développement des ressources humaines.

a) Coût global par pilier du renforcement du système de santé

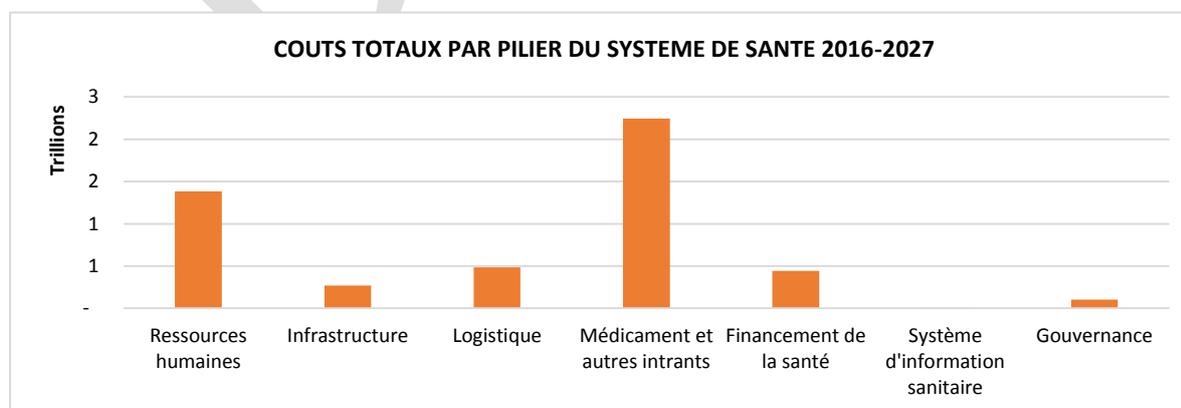
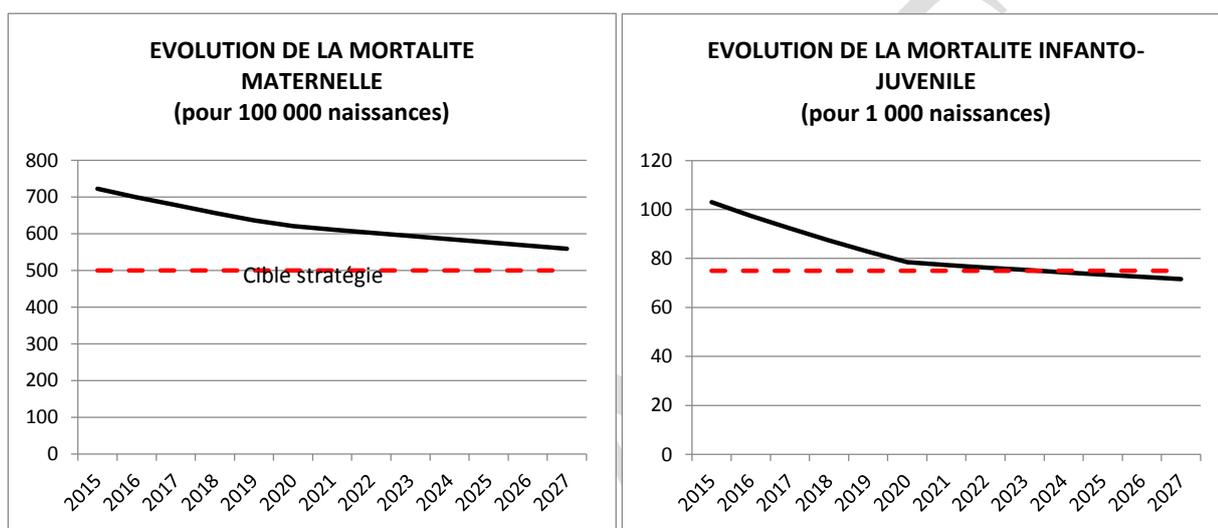


Figure 12: Coûts totaux par pilier du système de santé sur la période 2016-2027

L'acquisition des médicaments essentiels et le développement des ressources humaines sont les deux piliers qui nécessiteront le plus de ressources financières au cours des prochaines années.

8.1.2.3 Analyse de l'impact projeté de la SSS 2016-2027

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. L'outil *OneHealth* fournit une estimation à priori de l'impact de la stratégie sur les principaux indicateurs de santé (figures 14 et 15).



a) Santé maternelle et infantile-juvénile

Figure 13 : Impact de la SSS sur l'évolution de la mortalité maternelle et infantile juvénile

A l'analyse, on constate que les financements actuels permettront de réduire la mortalité maternelle et infantile-juvénile (figure 14). Ainsi, on peut prévoir que la cible de la mortalité infantile-juvénile fixée à 75 pour 1000 naissance pourra être atteinte (figure 14). Par contre, à financement constant, il n'en sera pas de même pour ce qui concerne mortalité maternelle. En effet pour atteindre la cible de 350 décès maternelle pour 100 000 naissances vivantes, le plan national de lutte contre la mortalité maternelle devra être révisé et son financement revu à la hausse.

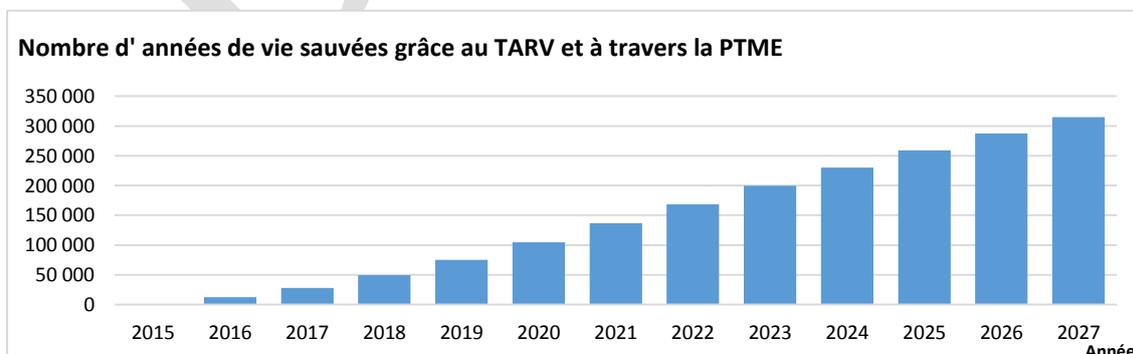


Figure 14 : Projections du nombre d'années de vie sauvées grâce au TARV et à travers la PTME sur la période 2016-2027

b) VIH/SIDA

Les ressources consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA permettront de diminuer considérablement les décès liés à cette pathologie et d'améliorer la qualité de vie des PVVIH; il en résulterait un gain de plus de 300,000 années de vie sauvées d'ici 2027.

DRAFT

8.2 Cadrage Budgétaire

Les projections de financement ont été réalisées sur la base des documents d'engagement stratégiques nationaux existants: Le CBMT MINSANTE 2015-2018, les CDMT 2015-2018 des ministères apparentés, le PPAC 2015-2019 du PEV, la note conceptuelle 2016 -2018 des programmes prioritaires du système de santé (PALUDISME, SIDA, TUBERCULOSE). Au-delà de 2019, les projections ont été faites avec l'hypothèse d'un taux de croissance moyen du Cameroun de 5,9% (tableau 26).

Tableau 26 : Projections de financement (montants en millions de FCFA)

SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE 2016 -2020					TOTAL 2016-2017
	2016	2017	2018	2019	2020	
MINSANTE (CBMT)	143 660	179 443	200 915	227 034	256 548	4 023 907
ADMINISTRATIONS PARTENAIRES	15 463	14 319	14 113	15 131	15 501	194 334
PARTENAIRES MULTILATERAUX (GLOBAL FUND, GAVI, BM, OMS, UN ICEF, FNUAP, ONUSIDA, HKI, SABIN VACCINE)	93 398	98 587	108 382	62 851	-	363 219
PARTENAIRES BILATERAUX (Gouvernements des Etats Unis, Allemand, Français)	12 439	12 366	11 603	-	-	36 408
PLAN D'URGENCE(PLANUT)	41 000	50 000	59 000			150 000
FINANCEMENT GLOBAL SSS	305 961	354 715	394 014	305 016	272 049	4 767 867

De manière globale, entre 2016 et 2027, on projette un flux de financement continu et croissant de la santé pour le MINSANTE et les ministères partenaires. Ce qui n'est pas le cas pour les financements attendus des PTF. En effet, la baisse prévisionnelle des ressources dans le secteur santé à partir de 2019 traduit le désengagement possible de certains partenaires techniques et financiers et le caractère imprévisible de leurs appuis.

La courbe de la figure 15 ci-dessous est une projection de l'évolution du budget santé par rapport au budget national sur la période 2016 – 2027.

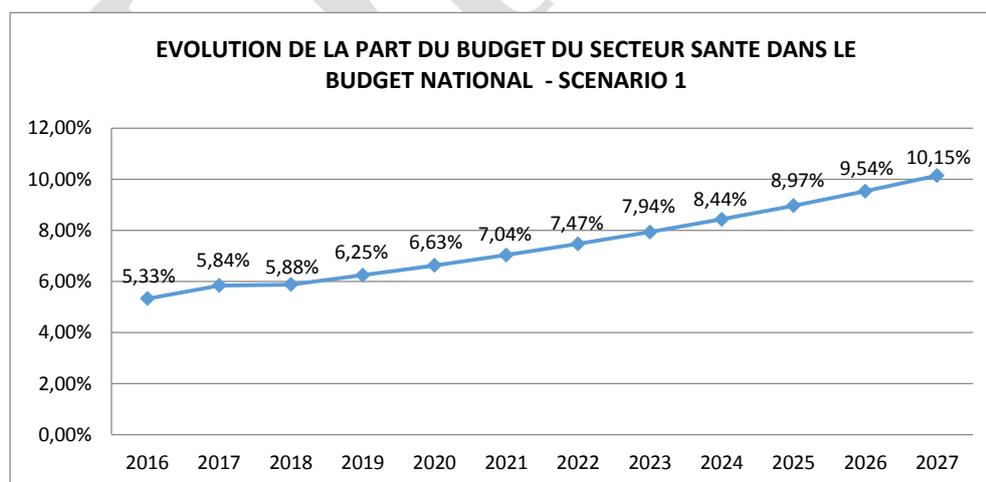


Figure 15: Evolution du budget santé par rapport au budget national

A travers ce graphique, on note une progression vers l'engagement des chefs d'Etat africains à Abuja qui stipule que 15% du budget national soit alloué à la santé. Toutefois, on note que le

Cameroun est loin d'atteindre cet objectif à moins que les changements exceptionnels ne soient opérés par les acteurs en charge du cadrage budgétaire national.

8.3 Analyse des gaps de financement

Les projections de financement disponibles sur la période de la stratégie estiment les ressources mobilisables en faveur de la santé à **FCFA 4767,8 milliards** hors contributions des ménages (Tableau 27). De ce qui précède, on observe un gap de financement de la santé sur la période 2016 – 2027 de FCFA 616 milliards (tableau 27) ; soit une moyenne annuelle d'environ FCFA 50 milliards.

Tableau 27 : Comparaison entre les besoins réels et les financements disponibles (milliersFCFA)

	Période 2016-2021	Période 2022-2027	Total 2016-2027
TOTAL FINANCEMENT DISPONIBLE	1 937 535	2 830 333	4 767 867
COÛT DE LA STRATEGIE	2 243 731	3 139 896	5 383 627
GAP DE FINANCEMENT	306196	309 563	615 758

Il est important de noter ici que la contribution des ménages n'est pas prise en compte dans cette analyse des gaps. Pourtant une grande partie des financements des ménages non captée dans le système de santé, et qui circule dans le secteur informel, constitue une source potentielle de financement non négligeable. Cette dernière aurait pu être rationnellement utilisée pour combler le GAP ci-dessus. L'analyse de la contribution des ménages sera importante pour la détermination des besoins en couverture universelle.

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 et/ou l'instauration des sources innovantes de financement de la santé. Toutefois, une utilisation plus efficiente des ressources disponibles permettra d'améliorer les indicateurs de santé en vue de l'atteinte des objectifs stratégiques du secteur.

8.4 Priorisation des ressources de l'Etat

L'objectif de cette section est d'améliorer l'utilisation des ressources internes de l'Etat (hors FINEX) alloués à la santé. Ainsi, des clés de répartition par composantes et par sous composantes ont été proposées.

8.4.1 Clés de répartition par composante

A la suite des travaux de priorisation présenté au tableau 22, des propositions des clés de répartition du budget de l'Etat entre les composantes ont été faites par les experts du domaine. Ces clés découlent d'un processus itératif basé sur un ensemble de simulations d'impact des choix opérés. Elles permettent de mettre en exergue le poids relatif de chaque composante dans l'atteinte de l'objectif global de la stratégie sectorielle. Pour ce faire, les hypothèses suivantes ont été émises:

- Les poids relatifs des composantes ne varie pas très significativement d'une année à l'autre ;

- Le poids d'une composante doit traduire son niveau d'importance dans la mise en œuvre des orientations stratégiques de la SSS ;
- Les orientations issues du diagnostic du secteur ;
- Les nouvelles orientations ponctuelles ou les engagements internationaux interpellant le secteur de la santé.

Tableau 28 : Clés de répartition par composante

Composante	Période 2016-2020						Période 2021-2027
	2016	2017	2018	2019	2020	moyenne	(moyenne)
1. Promotion de la santé	12%	14%	16%	16%	16%	15%	19%
2. Prévention de la maladie	10%	12%	14%	14%	14%	13%	17%
3. Prise en charge des cas	40%	36%	32%	32%	32%	34%	26%
4. Renforcement du système de santé	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
5. Gouvernance et pilotage stratégique	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

8.4.2 Clés de répartition par sous composante

La clé de répartition des sous-composantes représente le poids du budget réparti entre les sous-composantes d'une composante. A chaque composante est associée une clé de priorisation des sous-composantes.

La détermination des poids relatifs par sous composante a tenu compte des éléments suivants :

- La place de la sous-composante dans l'atteinte des objectifs de la composante ;
- L'importance de l'objectif spécifique associé à la sous-composante ;
- La part des financements extérieurs mobilisés en faveur de la sous composante ;
- Les orientations issues du diagnostic du secteur.

Tableau 29 : clés de répartition par sous composantes

SOUS COMPOSANTE	PERIODE 2016 - 2020						PERIODE 2021-2027 (Moyenne)
	2016	2017	2018	2019	2020	Moyenne	
1.1 - RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES ET COMMUNAUTAIRES, DE LA COORDINATION DANS LE DOMAINE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ	3%	3%	3%	4%	4%	3%	5%
1.2 - MILIEU DE VIE DES POPULATIONS	15%	18%	18%	18%	18%	17%	18%
1.3 - COMPORTEMENTS SAINS ET FAVORABLES A LA SANTE	37%	40%	40%	40%	40%	39%	42%
1.4 - PLANIFICATION FAMILIALE ET SANTE DE L'ADOLESCENT	45%	39%	39%	38%	38%	40%	35%
2.1 - PREVENTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES	20%	19%	19%	19%	19%	19%	19%
2.2 - PREVENTION DES MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE(MAPE)	40%	41%	41%	41%	41%	41%	37%
2.3 - COUVERTURE DES INTERVENTIONS DE PREVENTION SRMNEA	15%	16%	16%	16%	16%	16%	19%
2.4 - PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES(MCNT)	25%	24%	24%	24%	24%	24%	24%
3.1 -PRISE EN CHARGE CURATIVE DE TOUTES LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON-TRANSMISSIBLES SELON LES NORMES	50%	52%	52%	52%	52%	52%	47%
3.2 - PRISE EN CHARGE CURATIVE DES PROBLÈMES DE SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DU JEUNE SELON LES NORMES	35%	31%	27%	27%	27%	29%	25%
3.3 - PRISE EN CHARGE CURATIVE DES URGENCES ET DES ÉVÈNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE	10%	11%	13%	13%	13%	12%	17%
3.4 - GESTION DU HANDICAP	5%	6%	8%	8%	8%	7%	11%
4.1 - FINANCEMENT DE LA SANTE	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
4.2 - RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
4.3 - GESTION DES MEDICAMENTS, REACTIFS ET DISPOSITIFS MEDICAUX	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
4.4 - OFFRE DE SOINS ET SERVICES DE SANTE(15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
4.5 - SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
5.1 - GOUVERNANCE & PROCESSUS GESTIONNAIRE	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
5.2 - PILOTAGE STRATEGIQUE	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

8.5 Stratégie de financement et Viabilité financière

La stratégie de financement prend en compte les diverses sources de financement du secteur que sont l'Etat et ses partenaires techniques et financiers, le privé et les ménages. Les aspects relatifs à la collecte des recettes, à la mise en commun des ressources et à l'achat des interventions sont pris en compte dans cette stratégie de financement. Ainsi, quelques pistes pourront être envisagées :

- La collecte se fera à travers le renforcement du plaidoyer pour une meilleure allocation des financements publics au secteur santé, l'instauration des taxes fléchées en faveur de la santé, une meilleure organisation de la demande et le développement des systèmes de paiements anticipés ;
- La mise en commun des ressources se fera à travers une meilleure coordination des interventions du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers et la mise en place d'un COMPACT santé. Cette coordination tiendra aussi compte de l'organisation de la gestion des financements par les ménages, dans le cadre de la mise en place progressive de la couverture santé universelle ;
- La rationalisation de la gestion des niches de financement telles que les recettes collectées auprès des formations sanitaires ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de financement du secteur santé ;
- Le financement de l'offre de soins et services basé sur l'approche FBR (Financement Basé sur les Résultats).

Au regard de la faible mobilisation et de l'utilisation inefficace des ressources allouées au secteur santé, la viabilité financière ne peut être garantie que par la croissance économique du pays, combinée à l'engagement du secteur de l'administration centrale camerounaise en général et à celui du Ministère de la Santé publique en particulier, à œuvrer pour une meilleure santé des populations.

ANNEXES

1. Tableau d'évolution des ressources humaines du MINSANTE (spécialistes) de 2009 à 2011
2. Schéma d'opérationnalisation de la SSS 2016-2027
3. Schéma synthétique du dispositif de pilotage
4. Chaîne des résultats stratégiques de la SSS 2016-2027
5. Références
6. Nomenclature sectorielle

DRAFT

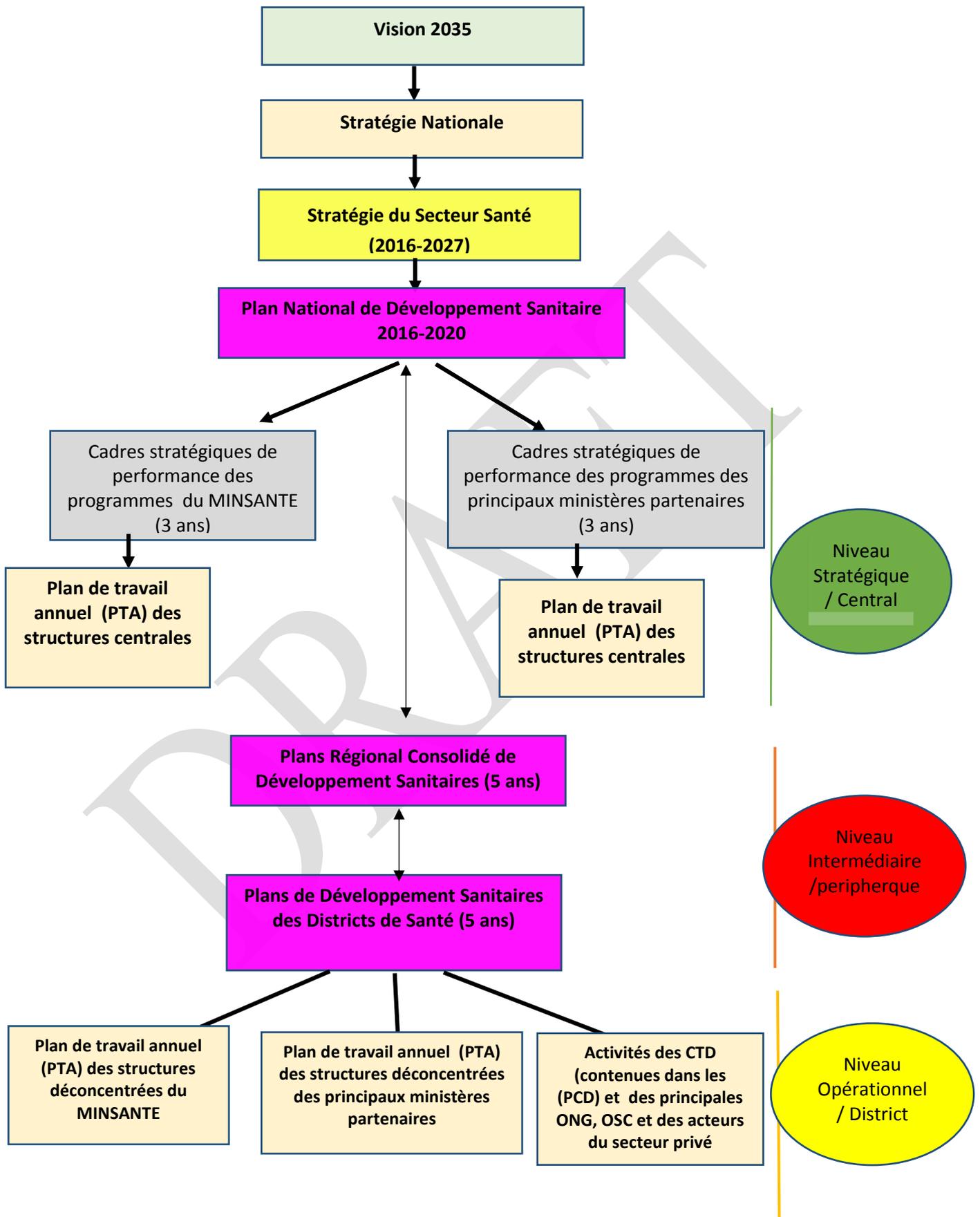
ANNEXE 1 : Tableau d'évolution des ressources humaines du MINSANTE (spécialistes) entre 2009 et 2015

#	Spécialité	2009*	2015**	Evolution annuelle
1	Anesthésie réanimation	12	31	+3,2
2	Cancérologie	4	4	0,0
3	Cardiologie	12	38	+4,3
4	Chirurgien généraliste	25	13	-2,0
5	Chirurgien spécialiste	18	31	+2,2
6	Dermatologie	10	4	-1,0
7	Endocrinologie	6	13	+1,2
8	Economie de la santé	2	ND	ND
9	Gynécologie et Obstétrique	36	97	+10,2
10	Immunologie	ND	1	ND
11	Infectiologie	4	5	+0,2
12	Médecine d'urgence	2	3	+0,2
13	Interniste	ND	11	ND
14	Néphrologie	4	9	+0,8
15	ORL	11	28	+2,8
16	Ophthalmologie	11	36	+4,2
17	Pédiatrie	24	76	+8,7
18	Pharmacie	17	161	+24,0
19	Psychiatrie	8	5	-0,5
20	Rhumatologie	1	14	+2,2
21	Toxicologie	0	0	0,0
22	Santé Publique	108	ND	ND

Source : * Rapport de l'analyse situationnelle des ressources humaines en santé au Cameroun 2009

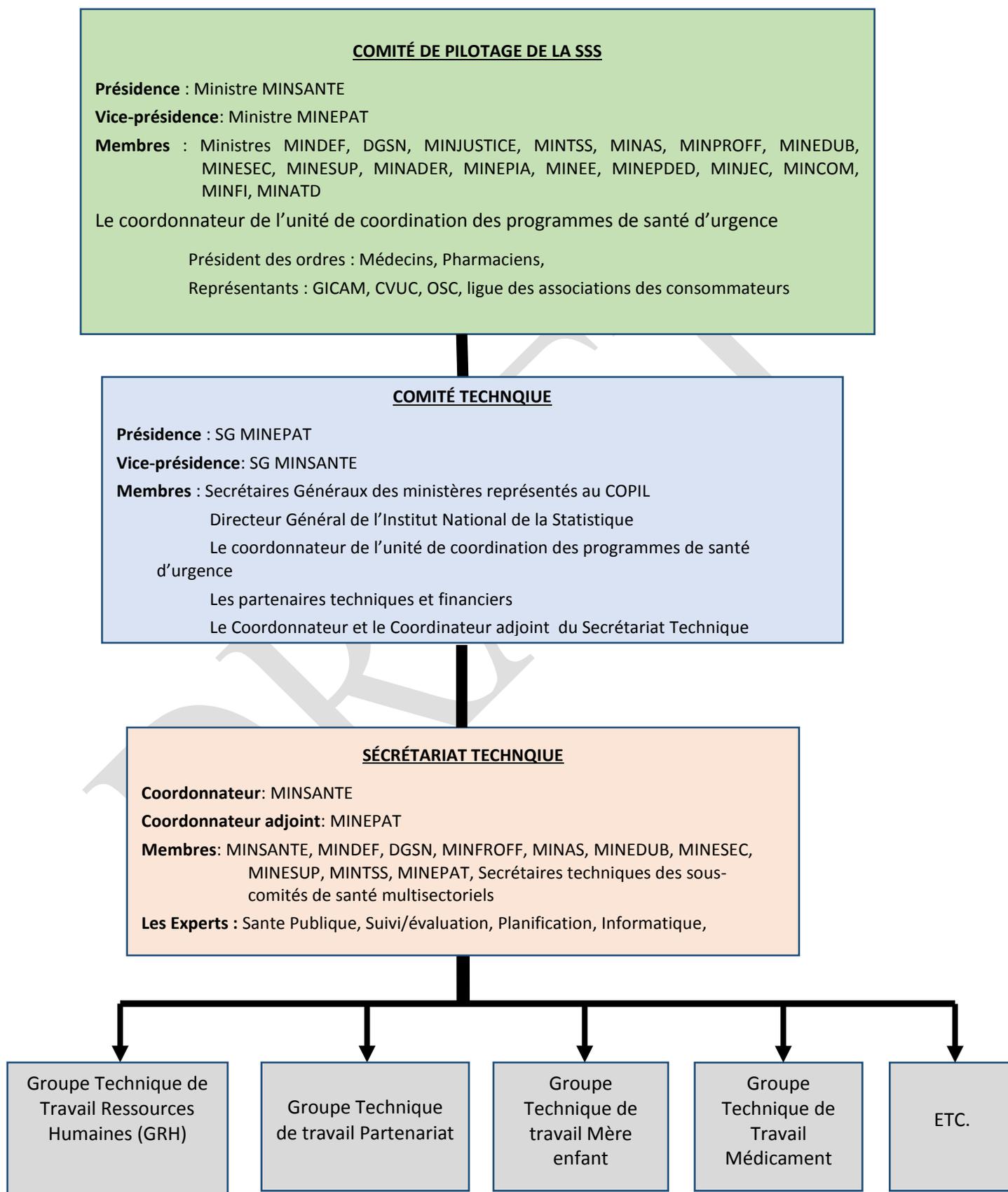
**Données non publiées de l'Observatoire des Ressources Humaines en Santé (Septembre 2015)

ANNEXE 2 : Schéma d'opérationnalisation de la SSS 2016-2027

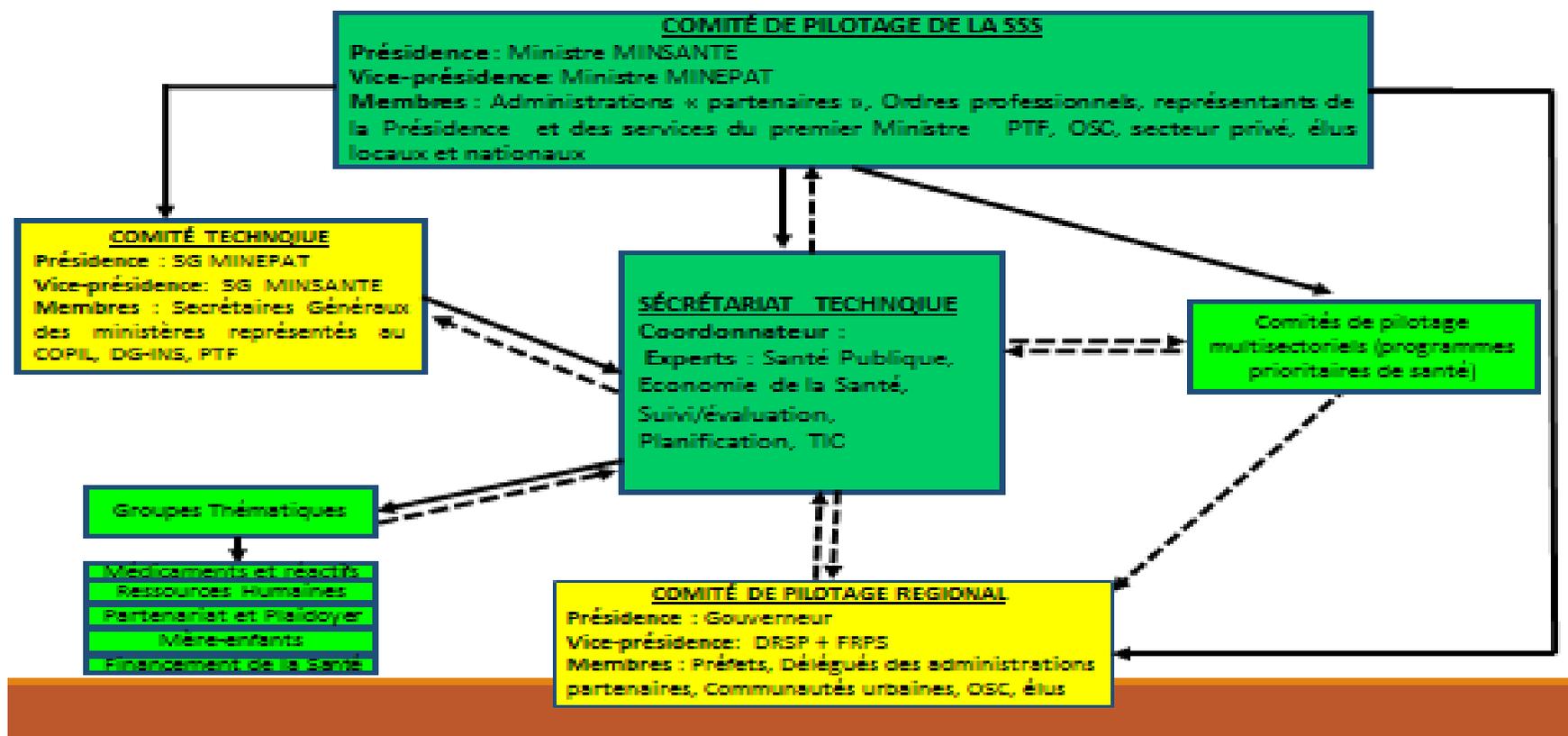


ANNEXE 3: Schéma synthétique du dispositif de pilotage

Schéma synthétique du dispositif de pilotage



DISPOSITIF DE COORDINATION ET DE SUIVI EVALUATION



NB : Les traits pleins représentent les rapports hiérarchiques tandis que les traits discontinus représentent les liens de collaboration ou de feedback

Références

1	Constitution de la République du Cameroun : Loi n° 96/06 du 18 Janvier 1996 portant révision de la constitution du 2 Juin 1972
2	Loi n°2004/017 du 22 Juillet 2004 portant orientation de la décentralisation
3	Institut National de la Statistique. Comptes Nationaux 2014.
4	World Bank. Country/Cameroon. 2014. http://www.data.worldbank.org
5	Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'État 2015
6	Présidence de la République du Cameroun. Communiqué de presse à l'issue du Conseil Ministériel du 09 déc. 2014
7	Institut National de la Statistique. Rapport du 3 ^{ème} Recensement général de la population et de l'habitat (2011)
8	MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012
9	Institut National de la Statistique. Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM III). 2014.
10	MINEPAT & PNUD, 2013. Rapport national sur le développement humain au Cameroun.
11	PNUD. Rapport sur le développement humain, 2014. http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf
12	Institut National de la Statistique. 2 ^e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2) : Rapport principal, volet santé. 2010
13	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.
14	UNICEF. Cameroon Humanitarian Situation Report. 31 August 2015 https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/cameroon/documents?search=&page=13
15	Ministère des Travaux Publics: Siteweb, 2012: http://www.mintp.cm/fr/projets-realizations/presentation-du-reseau-routier
16	Agence de Régulation des Télécommunications. Étude sur le niveau d'accès, les usages et la perception des services des communications électroniques. 2014.
17	Programme National de Lutte contre le Paludisme. Enquête post campagne sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide a longue durée d'action. 2013.
18	MINEPAT, Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun. 2011
19	WHO/Afro. Guide for the development of a National Health Policy and a National Health Strategic Plan. WHO Regional Office for Africa (2010)
20	Arrêté N° 186/PM du 20 Décembre 2010, signé par le Premier Ministre Chef du Gouvernement, porte réorganisation du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé
21	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.
22	International Partnership for Health (IHP+). JANS tool guidelines. http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/jans-tool-and-guidelines/
23	World Health Organization. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE): OneHealth Tool (2015) http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/#
24	MINSANTE/DRH. Plan de développement des ressources humaines PDRH: État des lieux et diagnostic (2012). Complété à partir de l'organigramme de 2013
25	Présidence de la République du Cameroun. Décret N°2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement
26	République du Cameroun/Ministère de la Santé Publique. État des lieux et diagnostic du secteur de la santé. (2015)
27	Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986
28	Institut National de la Statistique. 5 ^e Enquête a indicateurs multiples (MICS 5) : Rapport préliminaire. 2015.
29	Stratégie Nationale de gestion de Déchets au Cameroun (Période 2007- 2015), Draft III, Yaoundé 2007
30	OMS. 2004. Site web : www.who.int/household.../HWTSIndoorAirV3.pdf
31	Debois, M, Marié, L, Martin. J-P. Le moteur mis au point et contrôles. Essais et mesures. Tome 1, Faucher. 1979.
32	Mauger J. Des restrictions annoncées contre les Véhicules de seconde main. Cameroon Tribune du 17 juin 2015.
33	Shhaheed, A. & Montgomery, M. Combined household water treatment and indoor air pollution projects in urban Mambanda, Cameroon and rural Nyanza, Kenya. World Health Organization. Geneva, 2011. WHO/SDE/02.11
34	GEIC. 5 ^e Rapport du Groupe d'Experts Intergouvernemental sur les pressions du Climat. 2013
35	FOMEKONG, F (2011): Conditions d'habitat et accessibilité au logement des personnes âgées au Cameroun. INS, Yaoundé, Cameroun

36	Roue-Le Gall A, Le Gall J, Potelon JL, et al. Guide agir pour un urbanisme favorable à la Santé : concept et outils. Ecole des hautes Études en Santé Publique. 2014
37	Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. 2015
38	Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. Plan National de développement des infrastructures sportives (année)
39	MINHDU, 28ème édition de la journée mondiale de l'habitat. 2015
40	Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Cameroun 2013
41	Ministère de la Justice, Rapport d'activité premier semestre 2015
42	Noeske J, Ndi N, & Mbondi S. Controlling Tuberculosis in prisons against confinement conditions: a lost case? Experience from Cameroon. <i>Int J Tuberc Lung Dis</i> . 2011 Feb;15(2):223-7, i. 2011.
43	Ministère de la Justice, 2014 (Cameroun).
44	Hess SY1, Brown KH, Sablah M, et al. Results of Fortification Rapid Assessment Tool (FRAT) surveys in sub-Saharan Africa and suggestions for future modifications of the survey instrument. <i>Food Nutr Bull</i> . Mar;34(1):21-38. 2013
45	Statistiques recueillies auprès du Secrétariat d'État à la Défense (non publiée).
46	Ministère du Sport et de l'Éducation Physique : Rapport des États généraux du sport et de l'éducation physique 2010.
47	Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. Cadre de Dépenses à Moyen Termes du Ministère du Sport et de l'Éducation Physique. 2013-2014
48	Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 2013.
49	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille. Rapport Annuel de Performance. 2013
50	Fichier personnel du Ministère des Affaires Sociales. 2015
51	Institut National de la Statistique (INS) et Ministère de la Santé Publique. Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (Global Adult Tobacco Survey, GATS) - Cameroun 2013. (2014)
52	Comité de Lutte Contre la Drogue. Rapport d'activité CNLD, op cit.
53	OMS. statistiques sanitaires mondiales 2014
54	OMS. Alcohol consumption: levels and patterns. 2014
55	Ministère de la Santé Publique. Déclaration de politique de réorientation de soins de santé primaires au Cameroun. 1993
56	Ministère de la Santé Publique. Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2011-2013
57	Ministère de la Santé Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.
58	Étude CAMNAFAW et Ministère de la Santé Publique.
59	Ministère de la Santé Publique. Plan Opérationnel de la Planification Familiale au Cameroun 2015-2020 (2014)
60	Murray, Christopher JL, et al. "Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition." <i>The Lancet</i> (2015). Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare . Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare . (Accessed December 20 th , 2015)
61	Ministère de la Santé Publique. Comptes Nationaux de la Santé 2011.
62	Ministère de la Santé Publique. Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/Sida Cameroun. Global AidsResponse Progress : GARP 2014 (Juin 2015)
63	Instance de Coordination Nationale du Cameroun. Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017
64	Programme National de lutte contre le Paludisme. Rapport annuel d'activités 2014
65	Demanou, Maurice, et al. "Evidence of dengue virus transmission and factors associated with the presence of anti-dengue virus antibodies in humans in three major towns in Cameroon." (2014): e2950.
66	Ministère de la Santé Publique, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018
67	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.
68	Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016
69	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose. Rapport Technique Annuel 2013.
70	Ministère de la Santé Publique. Rapport de l'Enquête de Cartographie de la Filariose Lymphatique au Cameroun. 2010-2012
71	OMS. Enquête REMO (Rapid Epidemiological Assessment of Onchocerciasis). 2006.
72	Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases. Rapport d'activités 2014
73	Ministère de la Santé Publique/PNLSHI. Plan Stratégique de lutte contre la schistosomiase et les helminthiases 2005-2010
74	Programme National de Lutte contre, le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère de Buruli. Rapport d'activités 2014
75	Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique national de lutte contre la THA au Cameroun. 2009-2013
76	Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non

	Transmissibles du Cameroun (PSNIML-MNT). 2010
77	Kingue, S. et al. (2015). Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban Areas of Cameroon: A Nationwide Population-Based Cross-Sectional Study. <i>The Journal of Clinical Hypertension</i> .
78	Kaze, F., et al. "Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in urban adult Cameroonians according to three common estimators of the glomerular filtration rate: a cross-sectional study." <i>BMC nephrology</i> 16.1 (2015): 96.
79	Kaze et al, <i>BMC Nephrol</i> 2015]
80	Ministère de la Santé Publique. Yaoundé Cancer Registry. 2013
81	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. <i>PLoS ONE</i> , 10(4), e0123099. 2015. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0123099
82	Attin T. Étude réalisée chez les enfants scolarisés dans une zone rurale du Nord-Ouest du Cameroun. 1999.
83	Ministère de la Santé Publique. État des Lieux et Diagnostic de des Ressources Humaines en Sante Oculaire. 2015
84	The prevalence of impairments and disabilities in the North West Region, Cameroon. <i>Health Sciences and Disease</i> , 2014.
85	Mbonda NM, Kuate C, Nguefack S, et al. Itinéraire Thérapeutique Des Patients Épileptiques A Yaoundé: A propos de 149 observations. <i>Clinics in Mother and Child Health</i> Vol. 5 (2) 2008: pp. 893-898
86	WHO/AFRO. 2015. Sickle cell disease prevention and control
86	WHO. Mental health GAP: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008
88	Ministère de la Sante Publique. Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies
89	Programme Élargi de Vaccination. Plan Pluri-AnnuelConsolidee 2014-2018.
90	Programme Élargi de Vaccination. Plan de Travail Annuel 2014
91	Programme Élargi de Vaccination. Rapport d'Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins. 2013
92	GAVI website: Countries eligible for support. (2015). http://www.gavi.org/support/apply/countries-eligible-for-support/
93	Tourei et al. Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique Sub-saharienne. <i>Africanhealth Monitor</i> . Issue#6, March 2013
94	Comité National de Lutte contre le SIDA : Rapport annuel d'activités 2014
95	Rapport annuel du CNLS 2014. Edition de mai 2015
96	Comité National de Lutte contre le SIDA. Rapport annuel 2014. Edition de mai 2015
97	Zoufaly,et al. Virological failure after 1 year of first line ART is not associated with HIV minoritiy drug resistance in rural Cameroon, <i>Journal of antimicrobial Chemotherapy</i> , advance Access, publié en Novembre 2014
98	Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Rapport annuel 2013
99	[rapport PNL 2009]
100	Ministère de la Santé Publique, Note circulaire 2011 et 2014 (gratuite Paludisme)
101	Ministère de la Santé Publique. Chef du Programme Lutte contre la maladie et Promotion de la santé.
102	Rapport commun Cameroun adressé à l'OMS en 2014
103	Ministère de la Santé Publique. Décision No 0486/D/Ministère de la Santé Publique/CAB du 2 juin 2009 portant organisation du Comité National de Lutte contre le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère du Buruli
104	Griens et al. "It is me who endures but my family that suffers": Social isolation as a consequence of the household cost burden of Buruli ulcer free-of-charge hospital treatment. 2008. <i>PlosNeg. Trop Dis.</i> ; 2(10):e321
105	Programme National de Lutte contre la cécité. Rapport d'activité 2014
106	WHO: Global Status Report on Non Communicable Diseases. 2010 (actualiser)
107	Halle MP, Ashuntantang G, Jimkap NN, et al. Out of Pocket Payment for Care of Hemodialysis is still high in Sub Saharan Africa: An example from Cameroon. <i>ISN World Congress of Nephrology</i> 2015. Mars 13-17, Cape Town, South-Africa
108	Jingi, Ahmadou M., et al. "Epidemiology and treatment outcomes of diabetic retinopathy in a diabetic population from Cameroon." <i>BMC ophthalmology</i> 14.1 (2014): 19.
109	Ministère de la Santé Publique. Décision No 0153/MSP/CAB du 31 janvier 2002 portant réorganisation du Comité National de lutte contre le Cancer
110	Informations collectées auprès de la SDTS, DOSTS. Février 2015.
111	<i>AfricanDisabilityRightsYearbook</i> . 2013. http://www.saflii.org/za/journals/ADRY/2013/12.pdf consulté le 14 Octobre 2015
112	MINSANTE. Plan stratégique de lutte contre l'épilepsie. 2010
113	République du Cameroun. Plan national de contingence 2011
114	Yaounde US Embassy. USA Launches Global Health Security Agenda in Cameroon. 2005. http://yaounde.usembassy.gov/Ins_051215.html
115	Données non publiées CCAUY de 2005 à 2012
116	Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National de la Transfusion Sanguine. 2015
117	Habiba G. & Ongolo Z. P. 2013. Améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et

	régionaux du Cameroun.
118	Ministère de la Santé Publique. Étude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux au Cameroun en 2010. (2011)
119	WHO. World Health Statistics. 2014
120	OMS. (2014) Enfants : réduire la mortalité. Centre des médias, Aide-mémoire No 178. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/
121	Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile. Plan stratégique 2015-2020.
122	Projet Kits d'accouchement et de césarienne, MSP, 2010.
123	Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. Measuring overall health system performance for 191 countries. World Health Organisation. (2001).
124	République du Cameroun, PAM & FAO. Analyse globale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité au Cameroun. 2011. http://www.wfp.org/food-security
125	Banque Mondiale. Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS). Vol 1. 2012
126	Rapport Feuille de Route MINSANTE 1 ^{er} semestre 2015
127	Ministère de la Santé Publique. Discours du Ministre à l'Assemblée Nationale pour la présentation du budget du Ministère de la santé Publique pour le compte de l'exercice 2015
128	KAMGHO TEZANOU. 2012. Mortalité Maternelle et Néonatale au Cameroun: Évaluation des Efforts Consentis Depuis 1990, Défis et Perspectives.
129	Konji D. 2008. Stratégies d'actions: Améliorer l'accès aux services de santé au Cameroun. JASP 2008, rencontres sur les inégalités en santé.
130	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)
131	Présidence de la République du Cameroun. Loi n°2010/023 du 21 décembre 2010 fixant le statut du groupement d'intérêt public
132	Ministère de la Santé Publique & OMS. Enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique. 2003
133	Analyse du secteur pharmaceutique au Cameroun 2008
134	Ministère de la Santé Publique & Organisation Mondiale de la Santé. PROFIL PHARMACEUTIQUE DU PAYS. Yaoundé, Cameroun. 2011
135	Fondation Chirac. L'appel de Cotonou. 2009
136	RGPS, MINSANTÉ, DRH, 2011 (préciser)
137	Ministère de la Santé Publique. Plan de Développement des Ressources Humaines du Système de Santé au Cameroun 2013-2017. Document 2 : Choix stratégiques. 2012
138	Ministère de la Santé Publique. Données non publiées de l'Observatoire des ressources humaines en santé. Septembre 2015
139	Adidja A. The health workers crisis in Cameroon. 2010
140	Clemens & Pettersson. New data on African health professionals abroad. Human Resources for Health, 6(1), 1–11. 2008
141	Tchuinguém, G. 2009. Ampleur, coûts, facteurs personnels et occupationnels de l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière au Cameroun. Université de Montréal.
142	Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Informations Sanitaires 2009-2015
143	Ministère de la Santé Publique. Plan stratégique de la recherche opérationnelle en santé 2014-2017
144	Ministère des Finances. Lois de finances pour les années 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 et 2015.
145	World Health Organization. National health Accounts. Database. 2013
146	Nos calculs à partir des données de l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). 2014. Data visualizations: Development Assistance for Health. http://www.healthdata.org/results/data-visualizations
147	Kelley, Allison. "Une vue d'hélicoptère—la cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique—un projet de recherche collaborative." <i>Third International Conference of the African Health Economics and Policy Association</i> . Afhea, 2014.
148	Ministère de la Santé Publique, MINTSS, & BIT. Rapport de l'atelier de validation du projet de plan d'actions pour la mise en œuvre d'une assurance maladie de base à accès universel au Cameroun. 2015
149	BEPHA. Bamenda Ecclesiastical Province of Health Assistance: 2012. www.bepha.org
150	Banque Mondiale. 2013. Réduire la pauvreté, la vulnérabilité et les risques : Numéro spécial sur les filets de protection sociale. Cahiers Économiques du Cameroun. No 5
151	Ministère des Finances. Budget Programme, quel bilan après le premier triennat ? (2015) http://www.minfi.gov.cm/index.php/en/pressroom/actualites/347-budget-programme-ciep-2015
152	République du Cameroun. 96/03 du 4 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé.

153	Services du Premier Ministre. Arrêté No 180/PM du 20 décembre 2010 portant organisation et fonctionnement du Comité de Pilotage et de de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé.
154	Ministère de la Santé Publique. Rapport Annuel de Performance (RAP) 2013.
155	Présidence de la République du Cameroun. Décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique
156	Ministère de la Santé Publique. Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2010
157	Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de santé. Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015
158	Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de santé. Rapport d'évaluation de la Stratégie Sectorielle de santé 2001-2015
159	Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de santé. Etat des Lieux et diagnostic du secteur de la santé. version de juillet 2015
160	République du Cameroun. Plan d'Urgence pour l'Accélération de la Croissance Economique. 2014
161	Christopher J L Murray. (2015) Choosing indicators for the health-related SDG targets. <i>The Lancet</i> 386 , 1314-1317
162	République du Cameroun. Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi. 2009
163	République du Cameroun. Vision Cameroun 2035
164	Rapport 2015 de mission de supervision du Programme National de Transfusion Sanguine