

République du Cameroun

Paix - Travail – Patrie

Ministère de la Santé Publique



STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001-2015

EDITION 2009

Ministère de la Santé Publique

République du Cameroun

—
Paix - Travail – Patrie
—

STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

2001-2015

INSERTION PHOTO DU S.E.M PRC

Son Excellence M. Paul BIYA
Président de la République du Cameroun

“ Nous allons nous efforcer de donner à notre système de santé la capacité de répondre aux besoins réels de la population, en donnant aux formations hospitalières et aux centres de santé les moyens nécessaires en personnel, en matériels et en médicaments ...
A terme, nous devrions aboutir à un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais sans soins, quels que soient ses moyens”

INSERTION PHOTO DE S.E PM

Son Excellence Philémon YANG
Premier Ministre
Chef du Gouvernement

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----|
| TABLE DES MATIERES | i |
| LISTE DES TABLEAUX..... | iv |
| LISTE DES FIGURES | v |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | vi |
| | |
| PREFACE | x |
| RESUME | xii |
| | |
| INTRODUCTION GENERALE..... | 1 |
| | |
| PARTIE 1 : DU CONTEXTE GENERAL – DES ENJEUX ET DES DEFIS | 4 |
| CHAPITRE 1 : DES GENERALITES SUR LE CAMEROUN | 5 |
| SECTION 1 : DU MILIEU PHYSIQUE | 5 |
| SECTION 2 : DU CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE..... | 5 |
| SECTION 3 : DES INFRASTRUCTURES ET VOIES DE COMMUNICATION | 6 |
| SECTION 4 : DU PAYSAGE MEDIATIQUE ET DES TELECOMMUNICATIONS..... | 6 |
| SECTION 5 : DU CONTEXTE ADMINISTRATIF ET POLITIQUE..... | 7 |
| SECTION 6 : DU CONTEXTE ECONOMIQUE | 7 |
| SECTION 7 : DU CONTEXTE SOCIO-CULTUREL | 8 |
| CHAPITRE 2 : DES ENJEUX ET DES DEFIS..... | 9 |
| SECTION 1 : DU CADRE GLOBAL DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION..... | 9 |
| SECTION 2 : DES OBJECTIFS DE LA VISION..... | 11 |
| SECTION 3 : DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU DSCE..... | 15 |
| SECTION 4 : DU SUIVI-EVALUATION DU DSCE | 15 |
| | |
| PARTIE 2 : DE L'ANALYSE DE SITUATION ET DES AXES STRATEGIQUES | 17 |
| CHAPITRE 1 : DU DIAGNOSTIC – DE L'ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE LA SANTE..... | 18 |
| SECTION 1 : DE LA DESCRIPTION DU SECTEUR | 18 |
| 1.1. DE L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE | 18 |
| 1.1.1. PERIODE D'AVANT 2001 | 18 |
| 1.1.2. DE 2001 à 2010..... | 19 |
| 1.1.2.1. DE L'ELABORATION ET DE L'ADOPTION DU DOCUMENT DE SSS | 19 |
| 1.1.2.2. DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE 2001-2010 | 20 |
| A. De la Structure et de l'organisation du système national de santé..... | 20 |
| B. Des intervenants dans le secteur santé | 21 |
| SECTION 2 : DES RESULTATS DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS | 21 |
| 2.1. DU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE..... | 21 |
| 2.1.1. DE LA CREATION DES STRUCTURES SANITAIRES | 21 |
| 2.1.2. DU RENFORCEMENT DES CAPACITES..... | 23 |
| 2.1.2.1. DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES..... | 23 |
| A. Formation de base..... | 23 |
| B. Formation continue | 24 |
| 2.1.2.2. DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES | 24 |
| A. Du Cadre Organique | 24 |
| B. Des Ressources Financières..... | 24 |
| C. De l'Equité et de la Justice Sociale | 26 |
| D. De l'utilisation rationnelle des Ressources..... | 27 |
| E. Des Autres Capacités Institutionnelles | 27 |

| | |
|---|----|
| 2.2. DU PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE..... | 27 |
| 2.2.1. DE LA MORBIDITE..... | 28 |
| 2.2.1.1. DES MALADIES TRANSMISSIBLES | 28 |
| i. Le Paludisme..... | 28 |
| ii. La Tuberculose..... | 29 |
| iii. Le VIH/Sida/IST..... | 29 |
| iv. Les Hépatites..... | 30 |
| v. DES MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE (MAPE) | 30 |
| 2.2.1.2. DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... | 33 |
| i. Le Cancer..... | 33 |
| ii. L'Epilepsie..... | 33 |
| iii. La Drépanocytose..... | 34 |
| iv. Les Maladies Bucco-dentaires et Traumatismes Maxillo-faciaux..... | 34 |
| v. La Surdité ou D ficiency Auditive..... | 34 |
| vi. Le Diabète et l'Hypertension Artérielle..... | 34 |
| vii. La C c t ..... | 34 |
| viii. Les Maladies rénales chroniques..... | 35 |
| ix. Les Maladies rhumatismales..... | 35 |
| x. L'Asthme et les affections respiratoires chroniques..... | 35 |
| xi. Les Maladies orphelines..... | 36 |
| 2.2.1.3. DES MALADIES TROPICALES NEGLIG ES | 36 |
| i. La Lèpre..... | 36 |
| ii. L'Ulcère de Buruli..... | 36 |
| iii. L'Onchocercose ou C c t  des Rivières..... | 36 |
| iv. La Trypanosomiase Humaine Africaine..... | 37 |
| v. Le Ver de Guinée..... | 37 |
| vi. Les Schistosomiasis..... | 37 |
| 2.2.2. DE LA MORTALITE..... | 38 |
| 2.2.3. DE LA FECONDITE..... | 39 |
| 2.3. DE L'EVOLUTION DES INDICATEURS DES OMD LIES A LA SANTE..... | 40 |
| 2.4. DES OBSERVATIONS SPECIFIQUES | 45 |
| 2.5. DE LA CONCLUSION ET DES RECOMMANDATIONS | 46 |
| 2.5.1. DE LA CONCLUSION | 46 |
| 2.5.2. DES RECOMMANDATIONS | 47 |
| 2.5.2.1. DES RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR DE LA SANTE..... | 47 |
| 2.5.2.2. DES RECOMMANDATIONS POUR LE SECRETARIAT TECHNIQUE DU CP/ SSS | 50 |
| 2.5.2.3. DES RECOMMANDATIONS POUR LES MINISTERES APPARENTES | 50 |
| CHAPITRE 2 : DES STRATEGIES..... | 52 |
| SECTION 1 : DU MODELE CONCEPTUEL | 52 |
| 1.1. INTRODUCTION..... | 52 |
| 1.2. DES RESULTATS OPERATIONNELS | 55 |
| 1.2.1. DES RESULTATS DE DEVELOPPEMENT | 56 |

| | |
|---|------------|
| 1.2.2. DE LA NOMENCLATURE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001-2015..... | 56 |
| 1.2.2.1. DU VOLET PRESTATION DES SERVICES ET SOINS DE SANTE..... | 57 |
| 1.2.2.2. DU VOLET RENFORCEMENT (RSS)..... | 65 |
| 1.2.2.3. DU PROCESSUS DE VIABILISATION DES DISTRICTS DE SANTE..... | 65 |
| SECTION 2 : DES OBJECTIFS ET DES AXES STRATEGIQUES..... | 74 |
| 2.1. DU BUT..... | 74 |
| 2.2. DES OBJECTIFS..... | 74 |
| 2.2.1. L'OBJECTIF GENERAL..... | 74 |
| 2.2.2. LES OBJECTIFS SPECIFIQUES..... | 74 |
| 2.2.3. DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001 – 2015 ET DES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE (OMD)..... | 74 |
| 2.2.4. DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001 – 2015 ET DU DISTRICT DE SANTE VIABLE..... | 76 |
| 2.3. DES AXES STRATEGIQUES..... | 77 |
| 2.3.1. LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (RSS)..... | 77 |
| 2.3.2. LA VULGARISATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES (PMA) ET DU PAQUET COMPLEMENTAIRE D'ACTIVITES (PCA) DANS LE DISTRICT DE SANTE..... | 77 |
| 2.3.3. LE SYSTEME D'APPUI ET D'ORIENTATION-RECOURS DU NIVEAU OPERATIONNEL..... | 78 |
| 2.3.4. LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR SANTE..... | 79 |
| 2.3.4.1. LES MINISTERES APPARENTES..... | 79 |
| 2.3.4.2. LE SECTEUR PRIVE..... | 80 |
| 2.3.4.3. LES COMMUNAUTES BENEFICIAIRES..... | 80 |
| 2.3.4.4. LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)..... | 81 |
| 2.3.4.5. LA STIMULATION DE LA DEMANDE..... | 81 |
| PARTIE 3 : DU CADRE OPERATIONNEL DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE..... | 83 |
| CHAPITRE 1 : DE LA SITUATION DES FINANCEMENTS BUDGETAIRES CONSACRES A LA SANTE..... | 84 |
| CHAPITRE 2 : DU CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME 2009-2013..... | 84 |
| SECTION 1 : LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CDMT SANTE..... | 84 |
| SECTION 2 : DE LA PRESENTATION DE LA SYNTHESE DU CDMT PAR PROGRAMME, PAR SOUS PROGRAMME ET PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE..... | 86 |
| 2.1. CDMT PAR PROGRAMME (DOMAINE D'INTERVENTION) ET PAR TYPE DE DEPENSE..... | 86 |
| 2.2. CDMT PAR SOUS-PROGRAMME..... | 87 |
| 2.3. CDMT PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE..... | 87 |
| SECTION 3 : DES STRATEGIES DE FINANCEMENT DE LA SANTE..... | 88 |
| PARTIE 4 : DU CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DE LA SSS..... | 89 |
| CHAPITRE 1 : DU CADRE DE PLANIFICATION..... | 90 |
| SECTION 1 : DES PLANS DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE..... | 90 |
| SECTION 2 : DU PLAN DE TRAVAIL ANNUEL (PTA)..... | 91 |
| CHAPITRE 2 : DU DISPOSITIF DU SUIVI - EVALUATION..... | 91 |
| SECTION 1 : DES GENERALITES..... | 91 |
| SECTION 2 : DU SYSTEME D'INFORMATIONS SANITAIRES..... | 91 |
| SECTION 3 : DU SYSTEME DE SUIVI – EVALUATION..... | 92 |
| ➤ LE CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION DE LA SSS 2001 - 2015..... | 93 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 107 |
| REMERCIEMENTS..... | 108 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Indicateurs de développement humain en 2005..... | 8 |
| Tableau 2 : Cadre global de planification et de programmation..... | 9 |
| Tableau 3 : Articulation des objectifs généraux et spécifiques..... | 13 |
| Tableau 4 : Les différents niveaux du secteur santé | 19 |
| Tableau 5 : Capital physique pour l'offre des services et soins entre 2001 et 2007..... | 22 |
| Tableau 6 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services du Pays en 2008..... | 22 |
| Tableau 7 : Ratio personnel de santé/population..... | 23 |
| Tableau 8: Situation des allocations et exécution du budget de 1994 à 2006..... | 25 |
| Tableau 9 : Evolution de la situation de la tuberculose..... | 29 |
| Tableau 10 : Evolution de la situation du choléra..... | 30 |
| Tableau 11 : Evolution de la situation de la méningite cérébrospinale | 31 |
| Tableau 12 : Evolution des cas de fièvre jaune de 2003 à 2008..... | 31 |
| Tableau 13 : Evolution des cas de rougeole de 2000 à 2008..... | 32 |
| Tableau 14 : Performance de la surveillance des PFA de 2001 à 2008 au Cameroun..... | 32 |
| Tableau 15 : Evolution des MAPE 1998 - 2006..... | 33 |
| Tableau 16 : Evolution de la situation de la lèpre..... | 36 |
| Tableau 17 : Prévalence de l'Onchocercose dans les régions du Cameroun 2007..... | 37 |
| Tableau 18 : Evolution de la mortalité maternelle et infantile (en ‰)..... | 38 |
| Tableau 19 : Causes de mortalité des moins de 5ans..... | 39 |
| Tableau 20 : Causes des décès maternels | 39 |
| Tableau 21 : Caractéristiques de la femme Camerounaise..... | 39 |
| Tableau 22 : Evolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans | 40 |
| Tableau 23 : Utilisation du condom en situation de risque..... | 41 |
| Tableau 24 : Pourcentage des sujets ayant encore des idées erronées à propos du VIH/SIDA chez les sujets de 15 à 24 ans..... | 42 |
| Tableau 25 : Couverture nationale des ménages ayant des enfants de moins de 5 ans par les moustiquaires imprégnées (2005-2008)..... | 43 |
| Tableau 26 : Couverture nationale des femmes enceintes par les moustiquaires imprégnées..... | 43 |
| Tableau 27 : Proportion de ménages ayant accès à de l'eau potable | 44 |
| Tableau 28 : Proportion des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées..... | 44 |
| Tableau 29 : Observations et recommandations des groupes ayant participé à l'évaluation à mi-parcours..... | 45 |
| Tableau 30 : Les OMD liés à la Santé..... | 53 |
| Tableau 31 : Nomenclature de la SSS 2001-2015, Volet des Interventions de Prestation des Services et Soins de Santé | 57 |
| Tableau 32 : Nomenclature de la SSS 2001- 2015, volet renforcement | 67 |
| Tableau 33 : relation entre l'objectif III de la SSS et les OMD 1, 6 et 7 | 75 |
| Tableau 34 : Synthèse du CDMT par programme (domaines d'intervention) et par type de dépense (en millions de FCFA)..... | 86 |
| Tableau 35 : Synthèse du CDMT par sous programme (en millions)..... | 87 |
| Tableau 36 : Synthèse du CDMT par niveau de la pyramide sanitaire (en millions) | 87 |
| Tableau 37 : cadre conceptuel du PISE..... | 92 |
| Tableau 38 : Cadre logique d'intervention de la SSS 2001 – 2015 | 94 |
| Tableau 39 : Tableau des indicateurs de Résultats | 98 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : DSCE et Stratégies Sectorielles..... | 11 |
| Figure 2 : Représentation graphique de l'évolution des parts de budget national allouée et/ou exécutée au MINSANTE..... | 25 |
| Figure 3 : Représentation graphique de l'évolution du taux d'exécution des budgets au niveau national et du MINSANTE..... | 25 |
| Figure 4 : Distribution géographique des schistosomiasés et helminthiases intestinales au Cameroun | 38 |
| Figure 5 : Corrélation entre la baisse des coûts de traitement aux ARV et le nombre de traitements mensuels sortis des stocks de la CENAME..... | 45 |
| Figure 6 : Illustration simplifiée du modèle conceptuel de la SSS 2001-2015 | 54 |
| Figure 7 : Résultats Opérationnels et de développement | 54 |
| Figure 8 : Architecture de la fonction santé du Cameroun | 85 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|------------------|---|
| ADPIC | Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle liés au Commerce Internationales |
| Afristat | Afrique Statistique |
| ALMA ATA | La période post Alma Ata des Soins de Santé Primaires |
| AMCs | Advanced Market Commitments |
| ARV | Antirétroviraux |
| AS | Approche Sectorielle ou Sector Wide Approach (SWAp) en Anglais |
| AVCI | Années de Vie Corrigées de l'Incapacité |
| | |
| BAD | Banque Africaine de Développement |
| BBH | Banso Baptist Hospital (hôpital Baptiste de Banso) |
| BCG | Bacille Calmette Guérie |
| BF | Budget de Fonctionnement |
| BIP | Budget d'Investissement Public |
| BM | Banque Mondiale |
| BUCREP | Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population |
| | |
| CAMAIR CO | Cameroon Airlines Corporation |
| CAPR | Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportement |
| C2D | Contrat de Désendettement pour le Développement |
| CDMT | Cadre de Dépenses à Moyen Terme |
| CEMAC | Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale |
| CENAME | Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels |
| CEPCA | Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun |
| CMA | Centre Médical d'Arrondissement |
| CNPS | Caisse Nationale de Prévoyance Sociale |
| COGE | Comité de Gestion |
| COGEDI | Comité de Gestion du District |
| COSA | Comité de Santé |
| COSADI | Comité de Santé du District |
| CPN | Consultation Périnatale |
| CSI | Centre de Santé Intégré |
| CTD | Collectivités Territoriales Décentralisées |
| | |
| DLM | Direction de la Lutte contre la Maladie |
| DOSTS | Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire |
| DPSP/DRSP | Délégation Provinciale/ Régionale de la Santé Publique |
| DS | District de Santé |
| DSCE | Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi |
| DSRP | Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté |
| DSV | District de Santé Viable |
| DTC3 | Diphthérie, Tétanos, Coqueluche |
| | |
| ECAM | Enquête Camerounaise auprès des Ménages |
| EDSC | Enquête Démographique et de Santé au Cameroun |
| ENAM | Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature |
| EVA | Education à la Vie et à l'Amour |
| | |
| FALC | Fondation Ad Lucem Cameroun |
| FINEX | Financements Extérieurs |
| FMSB | Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales |
| FS | Formation Sanitaire |
| FSPS | Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé |
| | |
| GAR | Gestion Axée sur les Résultats |
| GAVI | Global Alliance for Vaccines and Immunisation |
| GIC | Groupement Inter Communautaire |
| GTZ | Gesellschaft für Technishe Zusammenarbeit (Coopération Technique Allemande) |

| | |
|-----------------|---|
| HD | Hôpital de District |
| HP/HR | Hôpital Provincial/ Régional |
| HTA | Hypertension Artérielle |
| IADM | Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale |
| IEC | Information, Education, Communication |
| IFFIM | Facilité Internationale de Financement pour la Vaccination |
| IFORD | Institut de Formation et de Recherche Démographiques |
| INS | Institut National de la Statistique |
| IRA | Infections Respiratoires Aiguës |
| ISAAC | International Study on Asthma and Allergy in Childhood |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| IUCTMR | Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires |
| MAPE | Maladies à Potentiel Epidémique |
| MBB | Marginal Budgeting for Bottleneck |
| M&E | Monitoring & Evaluation (Monitoring et Evaluation) |
| MEG | Médicaments Essentiels Génériques |
| MEO | Mise en Oeuvre |
| MICS | Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples) |
| MII | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide |
| MILD | Moustiquaire Imprégnée Long Durée |
| MINSANTE | Ministère de la Santé Publique |
| MIO | Médicaments des Infections Opportunistes |
| NHMIS | National Health Management Information System (Système National de Gestion des Informations Sanitaires) |
| OCASC | Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun |
| OEV | Orphelins, Enfants Vulnérables |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisations non Gouvernementales |
| ONSP | Observatoire National de la Santé Publique |
| OSC | Organisations de la Société Civile |
| PAP | Programme d'Action Prioritaire |
| PCA | Paquet Complémentaire d'Activités |
| PCDSR | Plan Consolidé de Développement Sanitaire Régional |
| PCIME | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PCMAA | Prise en Charge des Maladies de l'Adolescent et de l'Adulte |
| PDS | Plan de Développement Sanitaire de District de santé |
| PEC | Prise en Charge |
| PECP | Prise en Charge Préventive |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PISE | Plan Intégré de Suivi Evaluation |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités |
| PNLP | Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNLT | Programme National de Lutte contre la Tuberculose |
| PPDS | Plan Pluriannuel de Développement Sanitaire |
| PPTE | Pays Pauvres Très Endettés |
| PTA | Plans de Travail Annuel |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère/ Enfant |
| PVVS | Personnes Vivantes avec le Virus du SIDA |
| RSS | Renforcement du Système de Santé |
| SAMU | Service d'Aide Médical aux Urgences |

| | |
|-------------------|---|
| SIDA | Syndrome de l'Immunodéficience Acquis |
| SIGIPES | Système Intégré de Gestion Informatique du Personnel et de la Solde |
| SONEU | Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence |
| SONUB | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base |
| SONUC | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets |
| SOUB | Soins obstétricaux d'Urgence de Base |
| SOUC | Soins obstétricaux d'Urgence Complets |
| SQI | Systemic Quality Improvement (Approche Systémique de l'Amélioration de la Qualité (ASAQ)) |
| SR | Santé de la Reproduction |
| SRAS | Syndrome Respiratoire Aigu Sévère |
| SSD | Service de Santé de District |
| SSP | Soins de Santé Primaires |
| SSS | Stratégie Sectorielle de Santé |
| STEPS 2004 | STatistical Education through Problem Solving 2004 |
| SYNAME | Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels |
| | |
| TBM | Taux Brut de Mortalité |
| TBS | Tableau de Bord Social |
| THA | Trypanosomiase Humaine Africaine |
| TIC | Technologies de l'Information et de la Communication |
| TMI | Taux de Mortalité Infantile |
| TMJ | Taux de Mortalité Juvénile |
| TMM | Taux de Mortalité Maternelle |
| TPI | Traitement Préventif Intermittent |
| TPM+ | Tuberculose Pulmonaire à bacilloscopie positive |
| | |
| UNFPA | United Nations Fund for Population (Fonds des Nations Unies pour la Population) |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) |
| UNIT AID | Facilité Internationale d'Achat de Médicaments |
| USD | United States Dollars |
| | |
| VAR | Vaccin AntiRougeoleux |
| VAT2+ | Vaccin Antitétanique 2 et plus |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| VPO3 | Vaccin antipolio 3e dose |

COMITE DE REDACTION

Coordinateurs : **Monsieur André MAMA FOU DA**

Ministre de la Santé Publique

Monsieur Alim HAYATOU

Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

Superviseur:

Général

Pr. ANGWAFO III FRU

Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Superviseur :

Technique

Dr René Vincent OWONA ESSOMBA

Chef 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 :

- **Dr LOUDANG Marlyse**

Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et du Médicament

- **Dr NGUM John WONGHI**

Expert en Santé Publique ST/CP-SSS

- **M. BANGUE Bernard**

Expert en Planification Sanitaire ST/CP-SSS

- **Dr NISSACK Françoise**

NPO/ OMS

EQUIPE TECHNIQUE D'APPUI :

- **M. BOGNI TSANE Francis**

Cadre ST/CP-SSS

- **M. OMOGA Omer**

Cadre ST/CP-SSS

- **AMOUGOU Rose**

Secrétaire ST/CP-SSS

- **NGA MANI Salomé**

Secrétaire ST/CP-SSS

PREFACE

LA PHOTO DU MSP

La Stratégie Sectorielle de Santé (2001-2010), élaborée en cohérence avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté a été mise en œuvre dans un contexte international largement favorable. En effet, l'environnement international en matière de politique du développement, a été marqué cette

dernière décennie, par un engagement sans précédent de la Communauté internationale en faveur du secteur de la santé, considéré comme catalyseur du développement économique et social en vue de la réduction de la pauvreté. Ce mouvement, qui a donné naissance aux « Initiatives Mondiales pour la Santé », a entraîné une forte mobilisation des Etats, en particulier ceux du G8, des Agences des Nations Unies, des ONGs et des Fondations Philanthropiques, avec pour but ultime d'assurer l'accès aux soins de qualité aux populations les plus démunies et les plus défavorisées de la planète.

Parallèlement, Son Excellence Monsieur Paul BIYA, Président de la République, Chef de l'Etat, dans sa politique des Grandes Ambitions dont la santé constitue incontestablement le cœur de la politique sociale, n'a eu de cesse de réaffirmer sa volonté politique pour le mieux être sanitaire de ses concitoyens. Aussi a-t-il prescrit au Gouvernement de prendre toutes les mesures nécessaires à l'effet de « **donner à notre système de santé la capacité de répondre aux besoins réels de la population, en donnant aux formations hospitalières et aux centres de santé les moyens nécessaires en personnel, en matériel et en médicaments** » d'une part, et d'œuvrer pour qu'à terme, nous aboutissions « **à un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais sans soins, quels que soient ses moyens** ».

Cette conjoncture doublement favorable, a accru l'exigence d'efficacité, de performance et de culture des résultats dans ce secteur vital, conformément à la Déclaration de Paris sur l'accroissement de l'efficacité de l'aide au développement. Cette déclaration a en effet consacré l'Harmonisation des procédures et l'Alignement aux politiques des pays récipiendaires de l'aide.

La présente Stratégie est arimée à l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et alignée sur les axes du Document de Stratégie de Croissance pour l'Emploi qui résulte de la révision du DSRP. Elle matérialise à ce titre l'un des engagements majeurs pris par le Gouvernement du Renouveau et ses Partenaires, à Kribi le 05 mai 2005, d'évoluer vers la mise en place d'un nouveau mécanisme de gestion du secteur de la santé à savoir l'Approche Sectorielle connue sous l'acronyme anglais SWAp.

Sans prétendre résumer ici la riche substance de ce document de référence, il me semble pertinent d'en relever au moins deux de ses caractéristiques fondamentales.

Premièrement, il priorise clairement le renforcement du système de santé en matière de ressources humaines, infrastructures, de chaîne d'approvisionnement en différents intrants, des informations sanitaires et de financement de la santé, y compris le soutien de la demande en santé, selon une approche intégrée, soutenue par une forte incitation à la gouvernance et à la décentralisation.

Cette orientation est soutenue par les réflexions en cours au sein de la Communauté sanitaire internationale, sur la nécessité de développer autant que possible, les synergies potentielles entre les systèmes de santé et les Initiatives Mondiales pour la Santé, en vue d'améliorer les résultats sanitaires et la rationalité économique.

Deuxièmement, il innove en mettant en relation étroite, le renforcement de notre système de santé et les prestations des soins et services de santé de qualité, assortis d'un accent particulier sur le Suivi-Evaluation afin de monitorer de manière continue les résultats obtenus. Ce qui constitue une réponse appropriée à l'érosion actuelle des capacités des Systèmes de Santé à satisfaire l'ensemble de la demande de santé.

Il s'agit en bref d'un véritable cadre stratégique, qui fixe les grandes orientations de l'action de tous les acteurs du secteur santé et en décline les principales modalités de mise en œuvre. Il doit servir à ce titre, en tant que cadre de référence, à assurer la cohérence et l'efficacité dans le secteur, en complémentarité avec les outils opérationnels qui en découleront à savoir les directives de planification, les Plans de développement sanitaire, les Plans opérationnels, etc.

Si la haute qualité technique de cette Stratégie et sa parfaite cohérence avec les instruments internationaux et nationaux de référence sont d'emblée des motifs légitimes de satisfaction pour tous les acteurs qui y ont contribué à différents titres, je tiens tout particulièrement à saluer, au nom du Gouvernement, l'esprit de participation et de consensus qui en ont guidé l'élaboration. En effet, l'ampleur des défis actuels de santé commande, qu'au-delà des ressources humaines, techniques et financières nécessaires à toute action d'amélioration de la santé, il soit développé les vertus de synergies, de consensus et de coordination.

Comment ne pas se féliciter, pour les en remercier chaleureusement au nom du Gouvernement camerounais, de la qualité de la contribution de nos Partenaires Techniques et Financiers à ce processus, allant de l'évaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001- 2010, à l'adoption de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, en passant par la longue actualisation participative de ce document.

Convaincu de la solidité de notre engagement commun et de notre détermination partagée pour la mise en œuvre du SWAp santé, je formule le vœu d'axer notre action vers l'atteinte, aux échéances prévues, des résultats escomptés par la présente Stratégie. Pour parvenir à ce succès, il faudra particulièrement développer, à chaque maillon de notre système de santé en commençant par les communautés, l'appropriation de ce document de référence et notre capacité à mieux utiliser les ressources allouées au secteur.

André MAMA FOU DA
Ministre de la Santé Publique

RESUME

Au Cameroun, malgré les efforts consentis par le Gouvernement et ses Partenaires Techniques et Financiers, le niveau des principaux indicateurs de santé ne s'est pas amélioré entre 1991 et 2006 comme le montre le tableau ci-dessous.

| Niveau attendu en 2015 pour les principaux indicateurs de santé | | | | | | | |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| INDICATEURS | 1991 (EDS1) | 1998 (EDS2) | 2000 (MICS) | 2004 (EDS3) | 2006 (Count down to 2015) | 2015 (Cible nationale) | 2015 (Cible OMD) |
| Taux de mortalité néonatale (p. 1000) | 31,1 | 37,2 | 40 | | | 10,4 | 10,4 |
| Taux de mortalité infantile (p. 1000) | 65 | 77 | | 74 | 87 | 25 | 22 |
| Taux de mortalité juvénile (p. 1000) | 65,6 | 79,9 | | | | 21,9 | 21,9 |
| Taux de mortalité infanto-juvénile (p. 1000) | 126,3 | 150,7 | | 144 | 149 | 50 | 42,10 |
| Taux de malnutrition (12-23 mois) (%) | 32 | 44 | | 19 | | 16 | 16 |
| Taux de mortalité maternelle (p. 100.000 naissances vivantes) | 430 | 430 | | 669 | 1000 | 250 | 107,5 |
| Sources : EDS 1991, 1998 et 2004; Documents Sommet du millénaire; MICS 2000 et 2006; Count down to 2015 | | | | | | | |

A cet effet, l'amélioration de l'état de santé des populations demeure, plus que jamais, un objectif de développement social et de croissance économique. Le Gouvernement compte atteindre cet objectif à travers une synergie intersectorielle, nécessaire dans la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) actualisée et portée à l'horizon 2015, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cette dernière reflète clairement la volonté des autorités camerounaises, de garantir de manière pérenne, l'accès universel aux services et aux soins de santé de qualité, à travers l'amélioration de leur offre et du financement de leur demande.

De manière plus concrète, la stratégie sectorielle de santé actualisée visera les objectifs spécifiques ci-après :

- amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un District de Santé;
- amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours;
- réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables;
- réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- réduire de 2/5 la mortalité maternelle.

Pour atteindre ces objectifs spécifiques, cinq (05) axes stratégiques ont été retenus :

- 1) le renforcement du système de santé ;
- 2) la vulgarisation de la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA) dans le district de santé ;
- 3) le développement d'un système d'orientation-recours opérationnel ;
- 4) le renforcement du partenariat dans le secteur ;
- 5) la stimulation de la demande.

Le déroulement de ces stratégies permet de dégager les interventions majeures relatives aux services et soins de santé, regroupées selon une nomenclature qui s'organise en quatre (4) domaines, 21 classes d'intervention, 63 catégories d'intervention et 265 types d'intervention. Le tableau ci-dessous détaille l'organisation de la nomenclature de la SSS 2001-2015.

| Subdivision | | | | | Total |
|------------------------------------|--|-------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------|
| Domaines : | Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent | Lutte contre la maladie | Promotion de la santé | Viabilisation du District de santé | 4 |
| Classes d'intervention : | 3 | 8 | 3 | 7 | 21 |
| Catégories d'intervention : | 13 | 12 | 11 | 27 | 63 |
| Types d'intervention : | 54 | 48 | 39 | 124 | 265 |

Afin de répondre aux exigences d'une approche intégrée, la mise en œuvre de la SSS 2001-2015 aura pour cadre de référence la matrice de cette nomenclature. A partir des types d'intervention, chaque niveau de la pyramide sanitaire dégagera dans son plan d'action, les activités correspondant à ses missions primaires. Au niveau du DS, unité d'opérationnalisation de la SSS, cette approche se traduit par l'intégration de fait, des activités de toutes les interventions. En outre, chaque département ministériel apparenté au secteur développera dans son plan d'action des activités liées aux types d'interventions relevant de son domaine de compétence et par niveau de sa structuration.

A long terme, les interventions dans le domaine de la **santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent** viseront la réduction de la mortalité tant maternelle qu'infantile. A court terme, les résultats suivants sont attendus :

- qualité des soins fournis aux femmes enceintes, aux parturientes et en post partum améliorée ;
- accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgences de qualité accru ;
- accès aux services de planification familiale accrue ;
- cancers génésiques davantage dépistés et pris en charge ;
- fistules obstétricales davantage dépistées et prises en charge ;
- offre des soins et services d'immunisation améliorée avec une couverture vaccinale au (DTC3, VAR, VPO3, BCG) de 92% ;
- accès au traitement des enfants infectés au VIH/ sida assuré ;
- accès des enfants à la PCIME accru; malnutrition mieux jugulée au sein de la population ;
- capacité des adolescents relative à la vie courante accrue ;
- santé des étudiants et des enfants fréquentant des établissements scolaires améliorés ;
- accès universel des orphelins aux soins de qualité assuré.

La lutte contre la maladie va se poursuivre de manière intégrée pour réduire considérablement la charge morbide, notamment chez les pauvres et les populations vulnérables. Les actions menées seront centrées sur :

- la lutte contre le VIH/SIDA ;
- la lutte contre le paludisme et la tuberculose ;
- la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- la lutte contre les maladies tropicales négligées ;
- la surveillance intégrée des maladies et réponse ;
- la gestion des catastrophes et autres événements de santé publique y compris ceux à portée internationale ;
- la santé de la personne âgée ainsi que la santé mentale et comportements humains.

Pour ce qui est de la **lutte contre le VIH/SIDA**, qui constitue une priorité nationale au regard de son impact tragique sur le développement humain, le Gouvernement portera ses interventions particulièrement sur :

- la Prévention du VIH/IST ;
- le Conseil et dépistage volontaire ;
- la Prise en charge des PVVIH/TB-VIH ;
- la Surveillance de la résistance aux ARV ;
- la Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables ;
- la Prise en charge des IST ;
- la Sécurité sanguine ;
- la Nutrition des Personnes vivants avec le VIH/SIDA.

La lutte contre cette pandémie continuera d'être basée sur l'approche multisectorielle implémentée depuis 2000. Des efforts seront donc faits pour rendre les ARV disponibles dans tous les districts de santé.

En ce qui concerne la **lutte contre le Paludisme**, première cause de morbidité et de mortalité au Cameroun, les objectifs ci-après sont visés à l'horizon 2015 :

- 80% d'enfants de moins de 05 ans dorment sous moustiquaire imprégnée/longue durée ;
- 80% de relais communautaires appliquent le paquet de prise en charge communautaire du paludisme dans au moins 4/5 des aires de santé de chaque district ;
- 60% des formations sanitaires appliquent les normes et standards de prise en charge du paludisme dans au moins 4/5 des districts de santé de chaque région.

La **promotion de la santé** se fera quant à elle à travers trois (03) classes d'intervention :

- 1) communication intégrée en faveur des programmes de santé ;
- 2) santé, nutrition et environnement ;
- 3) prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles.

Les interventions relatives à la classe **santé, nutrition et environnement** seront orientées pour optimiser la lutte contre la maladie, notamment en ce qui concerne :

- (a) l'hygiène du milieu et corporelle (lutte anti vectorielle, hygiène des aliments, hygiène des mains et corporelle et amélioration du cadre de vie environnemental en zones urbaine et rurale : habitat, déchets ménagers, construction/utilisation des latrines aménagées, etc.) ;

- (b) la sécurité sanitaire des aliments (promotion du contrôle de qualité des aliments, promotion des normes, promotion des bonnes pratiques de fabrication/préparation et conservation, protection de la santé du consommateur, etc.).

La **viabilisation du District de Santé** est le processus à travers lequel chaque District de Santé doit atteindre son autonomie technique, économique et institutionnelle. Dans cette optique, le district de santé est dit viable lorsqu'il est capable d'identifier ses problèmes de santé, de les résoudre de manière satisfaisante, avec l'appui des structures d'orientation-recours (gestion et prestation de soins) du système national de santé.

Pour y parvenir, les efforts du Gouvernement seront orientés vers l'amélioration de **l'offre des services et soins de santé** d'une part et la **stimulation de la demande** des soins de santé d'autre part.

En ce qui concerne **l'offre des services et des soins de santé**, elle sera basée sur :

- la carte sanitaire rationalisée de manière à recentrer la création des Districts de Santé, à maîtriser les constructions/réhabilitations des infrastructures, l'acquisition des équipements biomédicaux et assurer la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines ;
- l'accès aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels de qualité ;
- le développement d'un système d'assurance qualité sur les médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels.

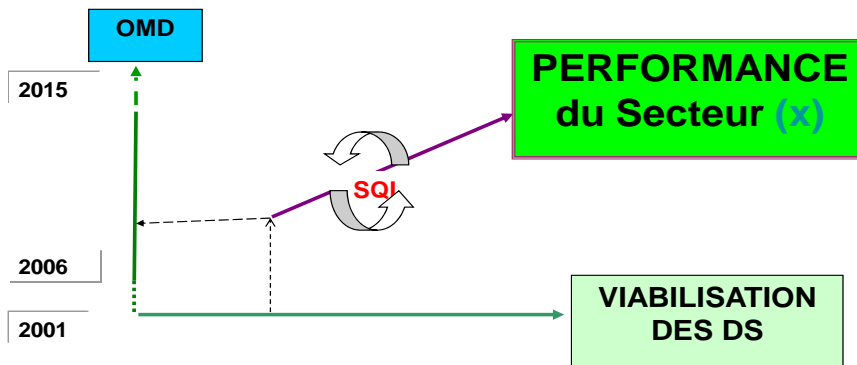
Quant à la **stimulation de la demande**, elle se fera à travers :

- la promulgation d'une loi fixant le cadre général de la couverture de la population en matière de mutualisation du risque maladie ;
- l'existence d'au moins une mutuelle de santé dans chaque District de Santé ;
- la couverture d'au moins 40% de la population générale par un système de partage du risque maladie.

Pour contribuer à l'atteinte des OMD liés à la santé, le secteur santé du Cameroun entend s'organiser de manière à rendre viables ses 178 districts de santé (situation de 2007) grâce à des efforts de renforcement de l'ensemble du système de santé.

Un **système de suivi-évaluation intégré** des performances du secteur sera développé et rendu fonctionnel. Il devra permettre de s'assurer de l'évolution du processus de viabilisation des districts de santé, avec la production conséquente des résultats de prestation des soins et services de santé de qualité à même de contribuer à l'atteinte des OMD ciblés. L'Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité ou Systemic Quality Improvement en anglais, sera l'un des outils privilégiés non seulement du suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS, mais aussi un outil de promotion de la qualité des services et soins de santé.

Cette vision, illustrée de manière simplifiée dans le schéma ci-dessous, est à la base du modèle conceptuel de la SSS actualisée.



SQI: Systemic Quality Improvement (Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité)
(x) Performance = Efficacité + efficacité.

D'après ce modèle conceptuel, le secteur aura à suivre 02 niveaux de résultats : (i) les résultats opérationnels et (ii) les résultats de développement.

✓ Les résultats opérationnels

Les résultats opérationnels attendus (2012) relèvent de :

- la capacité de mobilisation des intrants pour le secteur santé en général et en particulier pour le système de santé du district,
- la capacité de maîtrise des processus
- la capacité de prestation des soins et services de santé de qualité

✓ Les résultats de développement

Les résultats de développement identifiés par la SSS 2001-2015 sont constitués des:

- effets qui découlent des prestations des soins et services de santé (2015) ;
- impacts de ces prestations c'est-à-dire la contribution du secteur santé dans l'atteinte des OMD liés à la santé (2020).

Pour situer la mise en œuvre de la SSS 2001-2015 dans le cadre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), conscients des enjeux que celle-ci implique, ont convenu de saisir les opportunités de l'environnement actuel du Cameroun, favorables à l'évolution vers la mise en place de l'Approche Sectorielle ou Sector Wide Approach (SWAp) en Anglais. Il s'agit :

- (a) de la volonté politique;
- (b) de la confiance mutuelle et l'intérêt partagé;
- (c) du fort engagement du Gouvernement et de son leadership;
- (d) du processus de décentralisation en cours;
- (e) de l'existence d'une masse critique de ressources humaines qualifiées;
- (f) de l'augmentation des flux financiers en faveur de la santé.

Pour ce faire, la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle Santé actualisée servira de base à l'élaboration du Programme Commun, élément essentiel de tout SWAp.

INTRODUCTION GENERALE

Le Gouvernement du Cameroun est engagé depuis février 2007 dans la révision de sa stratégie de réduction de la pauvreté adoptée en avril 2003. Dans ce cadre, de nombreuses activités ont été réalisées, notamment la publication des résultats de la troisième Enquête Camerounaise auprès des ménages (ECAM III), une étude sur l'évaluation des progrès vers l'atteinte des OMD (2008), ainsi que l'adoption de la stratégie nationale de développement statistique ; instrument essentiel pour le suivi-évaluation des politiques de développement (janvier 2009). Des consultations participatives (2008) ont également été réalisées dans l'ensemble des départements de la République. Ces activités ont permis de dégager des orientations stratégiques plus précises, avec l'élaboration de la vision de développement à l'horizon 2035 et la revue conséquente des stratégies sectorielles.

Dans cette dynamique, il a fallu que la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2010, l'une des premières Stratégies Sectorielles dont s'est doté le Cameroun dans le cadre de l'élaboration des Documents de référence exigés pour les opérations de remise de la dette, s'adapte à la nouvelle donne. De même, le contexte international et national a enregistré des évolutions structurantes exigeant une actualisation de la Stratégie Sectorielle de Santé (2001-2010) au moment où elle atteint la mi-parcours de sa période de mise en œuvre.

Au plan international, on peut relever le regain d'intérêt de la Communauté internationale pour les questions de santé, marqué notamment par la création de multiples structures multilatérales de soutien technique et financier à la santé d'une part, et par le lancement de nombreuses initiatives ambitieuses d'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé d'autre part. Au niveau national, le secteur santé, dont les progrès notables ont facilité l'admission du Cameroun au Point d'achèvement de l'initiative PPTTE, a engagé effectivement des réformes déterminantes pour le renforcement du secteur santé, dans un environnement institutionnel où la décentralisation progresse inexorablement.

Dans le secteur de la santé, l'engagement pris le 05 mai 2006 à Kribi par le Gouvernement camerounais, à travers le Ministère de la Santé Publique, et ses Partenaires techniques et financiers de mettre en place l'Approche Sectorielle, plus connue sous le vocable anglais de Sector Wide Approach (SWAp) constitue un déclencheur décisif de l'actualisation de la Stratégie Sectorielle de Santé.

En effet, au terme de la Déclaration commune que le Gouvernement et ses Partenaires Techniques et Financiers ont signée à cette date, il ressort notamment qu'ils ont pris acte de l'environnement favorable pour le SWAp, à savoir :

- la confiance mutuelle et l'intérêt partagé ;
- la volonté politique d'accélérer les progrès pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et du DSRP et de la nécessité de se doter de nouveaux mécanismes et modalités de financement sous le leadership du Gouvernement ;
- l'engagement clairement exprimé des principaux partenaires, à savoir l'Allemagne, la Banque Mondiale, la France et l'OMS au nom de l'ensemble des Agences du système des Nations Unies, à accompagner le Ministère de la Santé Publique dans ce processus ;
- l'existence d'une masse critique de ressources humaines qualifiées ;
- l'opportunité offerte par l'augmentation des flux financiers en faveur de la santé.

Dans cette perspective, ils ont convenu de travailler de concert à l'atteinte des résultats suivants qui concourent à la mise en place progressive d'un programme sectoriel devant s'inscrire au budget 2008 :

- une Stratégie Sectorielle de Santé révisée, assortie d'un plan opérationnel ;
- un cadre formel de coordination et de mobilisation des partenaires, y compris le secteur privé à but lucratif et non lucratif ;
- un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) mis à jour et traduit dans une programmation budgétaire par objectif ;
- l'adoption des différentes options de financement, de même que des dispositions communes de gestion, suivi, monitoring et rapportage nécessaires au SWAp ;
- l'adaptation d'un système d'information sanitaire permettant d'évaluer l'atteinte des résultats sanitaires et le degré de performance ;
- un mécanisme de consultation avec les bénéficiaires.

L'élaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 a été précédée d'une évaluation participative de la Stratégie Sectorielle 2001-2010 en cours de mise en œuvre, à l'effet de fournir au Gouvernement et à ses Partenaires Techniques et Financiers l'information nécessaire pour apprécier objectivement la performance réalisée jusque là et faire des recommandations pour l'actualisation de cette Stratégie.

Le présent document essaie de tirer les premières leçons de toutes ces réflexions. Il s'articule autour de quatre grandes parties.

La première partie, après les généralités sur le Cameroun, aborde le cadre global actuel de planification et de programmation ; elle énonce ensuite les objectifs de la vision, les principaux objectifs du Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et se termine par une section traitant du suivi-évaluation dudit document.

La deuxième partie fait l'analyse de situation du secteur santé à mi-parcours de la mise en œuvre de sa Stratégie Sectorielle 2001-2010 et énonce les axes stratégiques ainsi que le modèle conceptuel de la SSS actualisée et portée à l'horizon 2015.

La troisième partie définit le cadre opérationnel de la SSS 2001-2015 ainsi que la programmation des interventions prioritaires pour la période 2009-2013 assortie du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), la période 2014-2019 devant être programmée à la suite de l'évaluation de la précédente.

La quatrième partie développe le cadre de mise en œuvre et de suivi de la SSS 2001-2015.

**PARTIE 1 : DU CONTEXTE GENERAL – DES ENJEUX
ET DES DEFIS**

CHAPITRE 1 : DES GENERALITES SUR LE CAMEROUN

SECTION 1 : DU MILIEU PHYSIQUE

Pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2^{ème} et 13^{ème} degrés de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degrés de longitude Est, le Cameroun, de forme triangulaire avec une superficie de 475.440 Km², s'étend du Sud au Nord sur près de 1.200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au Sud -Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique.

Le milieu naturel est très diversifié avec des écosystèmes multiples :

- le plateau central a une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique, un climat chaud et humide avec des précipitations abondantes.
- la plaine côtière est une région de très faible altitude où prédomine une végétation de mangroves avec une pluviosité abondante.
- les hauts plateaux de l'ouest, une région de terres volcaniques ont une végétation peu dense et un climat frais.
- le plateau de l'Adamaoua présente un climat de type soudano-sahélien plutôt tempéré avec des savanes arbustives et des forets galleries.
- la plaine de la Bénoué, dont la végétation dominante est une savane herbeuse parsemée de steppes, a un climat de type sahélien.

Le climat devient chaud et sec avec des précipitations raréfiées au fur et à mesure que l'on s'approche du lac Tchad.

SECTION 2 : DU CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

Le Cameroun est une mosaïque humaine, riche de plus de 200 ethnies et presque autant de langues nationales.

La population estimée à 15 millions d'habitants en 2000 est passée à un peu plus de 18 millions en 2008¹, soit une densité moyenne de 39 habitants au km². Le taux de croissance démographique est de 2,8% par an.

D'après l'Annuaire Statistique 2004 du Cameroun, la structure de la population de plus en plus jeune, se présente ainsi qu'il suit :

- Moins de cinq (05) ans : 16,3%
- 5-14 ans : 28,3%
- 15-24 ans : 20,2%
- Plus de 65 ans : 3,8%

La frange potentiellement active de la population (15 – 49 ans)² représente à présent 42,99 %.

¹ Source : Projections MINEPAT

La majorité de la population réside en zone rurale. Cependant, l'urbanisation gagne en importance puisque la population urbaine représentait 48,2% du total en 2005³ avec une forte concentration à Douala (environ 1,6 million d'habitants) et Yaoundé (environ 1,4 million). Plusieurs autres villes ont une population de plus de cent mille habitants à l'exemple de Garoua, Maroua, Bamenda, Bafoussam, Kumbo, Nkongsamba, Ngaoundéré.

La taille moyenne du ménage est de 4,4 personnes en 2007 (ECAM III) contre 5 en 2001 (ECAM II). Plus de 4 personnes sur 10 vivent dans un ménage nucléaire ou unipersonnel.

SECTION 3 : DES INFRASTRUCTURES ET VOIES DE COMMUNICATION

Le Cameroun dispose d'un réseau varié de communications.

- Le réseau routier

Malgré une évolution sensible depuis les années 2000, il est peu dense avec moins de 5000 km de routes bitumées inégalement réparties sur le territoire.

- Le réseau ferroviaire

Il compte sur moins de 1200 km, deux lignes de desserte vétustes soumises à la dure concurrence de la route.

- Le réseau maritime

Le Cameroun dispose d'une façade maritime qui abrite d'importants ports : Douala, principal port sur l'estuaire du Wouri, Limbé et Kribi, ports secondaires en eau profonde. Le port fluvial de Garoua sur la Bénoué n'est navigable que pendant trois mois sur l'année.

- Le réseau aéroportuaire

Il est composé de trois aéroports internationaux (Douala, le plus important, Garoua et Yaoundé) et plusieurs aérodromes (Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Maroua, Ngaoundéré).

Le trafic aérien, a été assuré depuis les années 1970 par la compagnie nationale Cameroon Airlines dissoute en 2006. Une nouvelle société créée, CAMAIR CO, est en cours de démarrage. L'on note également des compagnies privées depuis la libéralisation du secteur en 1990.

SECTION 4 : DU PAYSAGE MEDIATIQUE ET DES TELECOMMUNICATIONS

Le paysage médiatique est en pleine mutation du fait de la libéralisation intervenue dans le secteur. Il est dominé par trois types de média : audio, audio visuel et écrit.

- Les médias audio

La station radio nationale couvrant l'ensemble du pays, avec ses dix (10) stations régionales et des stations de fréquence modulée, constituent le réseau public. Le secteur

² Source : INS 2004.

³ Source : Atouts Economiques, édition 2007

privé comprend une dizaine de stations radio rurales et plusieurs stations de fréquence modulée.

– **Les médias audio visuels**

Le pays dispose d'une chaîne de télévision nationale qui émet en français et en anglais sur l'étendue du territoire national. Le paysage audio visuel s'est récemment enrichi de chaînes de télévision privées et de plusieurs distributeurs d'images par câble.

– **Les médias écrits**

Outre le quotidien national bilingue d'informations, de nombreux organes privés de presse écrite peuplent ce paysage.

La richesse de ce réseau informationnel constitue un facteur favorable à la promotion des activités d'IEC.

– **Les télécommunications**

Le réseau de télécommunication, en cours de diversification est animé par un opérateur public et deux privés dans la téléphonie mobile. Malgré le coût encore élevé, le nombre cumulé des abonnés actifs en progression dépasse 2 millions.

S'agissant des nouvelles technologies de l'information et de la communication, elles ont connu un essor remarquable depuis quelques années, mais leur utilisation reste faible, l'utilisation d'internet en l'occurrence ne concernant que 0,16% de la population en 2005.

Le développement de ces différentes infrastructures ferait de celles-ci un important outil de compétitivité de l'économie nationale.

SECTION 5 : DU CONTEXTE ADMINISTRATIF ET POLITIQUE

Le récent texte portant réorganisation administrative du Cameroun a découpé le pays en régions, départements et arrondissements.

En attendant la mise en application totale de ce texte, le pays compte aujourd'hui 10 Régions, 58 Départements, 306 Arrondissements, 54 Districts administratifs et 339 communes. Le paysage politique est animé par plus de 200 partis politiques. Le pays utilise deux langues officielles : l'Anglais et le Français.

SECTION 6 : DU CONTEXTE ECONOMIQUE

Le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région CEMAC. En effet, en 2008, son PIB était estimé à 10 434 milliards de francs CFA soit 30,82% de celui de la sous-région (33 855,70 milliards de francs CFA)⁴. Les engagements pris par les chefs d'Etat devraient davantage faciliter les échanges commerciaux entre les états membres. Une bourse des valeurs mobilières a vu le jour à Douala, et de nombreuses institutions financières et établissements de micro finance fonctionnent à travers le pays.

La bonne exécution des programmes de réformes macro-économiques et structurelles par le Gouvernement depuis 1996 avec l'appui de ses partenaires au développement a permis l'atteinte du point de décision de l'Initiative PPTE en Septembre

⁴ Source : MINEPAT (DAE)

2000. La mise en œuvre des programmes du Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) approuvée par les institutions de Bretton Woods, a conduit à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTTE en avril 2006.

Les secteurs sociaux, notamment la santé, ont alors bénéficié de nombreuses opportunités de financement à l'instar du C2D et de l'IADM. Par ailleurs, l'on assiste à l'émergence des mécanismes innovants de financement de la santé dont la Facilité Internationale de Financement pour la Vaccination (International Financing Facilities for Immunization ou IFFIm), l'Advanced Market Commitments (AMCs), le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, l'Alliance GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization), etc.

SECTION 7 : DU CONTEXTE SOCIO-CULTUREL

Les données des EDS II et III relèvent une amélioration de l'accès des populations à l'eau potable (45 à 53%) et à l'électricité (41 à 47%)

Quant aux indicateurs de développement humain, la situation en 2005 est présentée sur le tableau n°1 ci-dessous.

Tableau 1 : Indicateurs de développement humain en 2005.

| Indicateurs | Cameroun | Afrique Sub-saharienne | Pays moins développés | Tous les pays en développement |
|--|----------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Indicateur d'espérance de vie | 0,414 | 0,410 | 0,492 | 0,685 |
| Indicateur de niveau d'éducation | 0,660 | 0,571 | 0,519 | 0,725 |
| Indicateur de PIB, (selon la parité pouvoir d'achat) | 0,523 | 0,500 | 0,452 | 0,662 |
| Indicateur de développement humain | 0,532 | 0,493 | 0,488 | 0,691 |
| Scolarité Combinée (Secondaire et Supérieure) | 62,3% | 50,6% | 48,0% | 64,1% |
| PIB par habitant (USD) | 2 299 | 1 998 | 1 499 | 5 282 |

Source : *Rapport mondial sur le développement humain 2007*

L'espérance de vie à la naissance a régressé en raison de la pandémie du SIDA et des endémies, et se situe autour de 53,3 ans (hommes : 52,54 ans ; femmes : 54,08 ans) en 2008⁵.

En ce qui concerne l'emploi, la récession économique ayant rétréci les perspectives, le secteur informel reste largement prédominant. Dans le secteur de la santé, cette situation s'exprime à travers l'intensification de la pratique illégale de la médecine, le trafic illicite des médicaments et la formation clandestine des personnels de santé. Néanmoins, les récents recrutements de personnels et les efforts de professionnalisation de la formation ont permis une réduction significative de la précarité de l'emploi et une amélioration des effectifs dans le secteur. Cette tendance est appelée à s'améliorer avec l'entrée en fonctionnement des facultés publiques et privées récemment créées comportant une variété de filières en médecine, odonto-stomatologie, sciences pharmaceutiques, sciences infirmières et laboratoires.

⁵ Source : CIA World Factbook, 2008

CHAPITRE 2 : DES ENJEUX ET DES DEFIS

SECTION 1 : DU CADRE GLOBAL DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION

L'organisation de la réflexion stratégique distingue trois étapes pour chacune desquelles des outils appropriés ont été développés avec un horizon déterminé. Ce sont la prospective, la planification et la programmation.

La prospective est l'expression d'une exploration de l'avenir sur le long terme ; la planification, dont les documents comprennent en général des éléments de programmation fournit un cadre d'intervention dans un horizon plus proche. La programmation, qui se fait aussi bien au niveau national que ministériel s'attèle à opérationnaliser et ajuster les interventions dans le temps selon les perspectives de ressources.

L'articulation de ces étapes apparaît dans le schéma ci-après.

Tableau 2 : Cadre global de planification et de programmation

| Prospective (30 ans) | Planification (10 ans) | Programmation (5ans) |
|--|---|-------------------------|
| Vision nationale de développement | DSCE (Incluant cadre de résultats clés et Matrice des programmes prioritaires) | CDMT central |
| | Stratégies sectorielles (incluant PAP) | CDMT sectoriel |
| | Plan Pluriannuel de Développement Sanitaire (PPDS) | CDMT ministériel |

*niveau national en gris

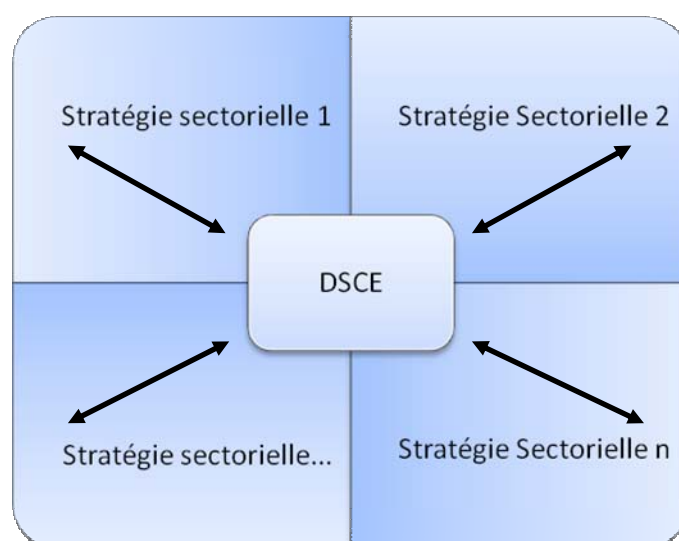
La vision est le principal produit de la prospective ; sur un horizon de trente ans, elle dessine le Cameroun tel que le projettent les autorités et les populations. Elle inclut un phasage correspondant à des étapes de planification décennales. Le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) est l'outil de planification de la première étape qui devra canaliser l'action vers l'atteinte des objectifs identifiés.

Au-delà de son Programme d'action Prioritaire (ancienne matrice d'action), le DSCE s'exécute au travers des stratégies sectorielles et des Plans Pluriannuels ministériels qui en sont des déclinaisons successives. En effet, l'élaboration du DSCE exige une exploration profonde des options stratégiques sectorielles, afin d'en apprécier le potentiel de contribution aux objectifs nationaux et d'en orienter les choix. A cet égard, la relation entre le DSCE et les stratégies sectorielles est itérative. De plus l'existence d'une stratégie sectorielle fournit en général la preuve d'une capacité d'action immédiate. Dans ce sens,

une revue des stratégies sectorielles a été engagée dans le cadre du DSCE afin de donner une meilleure lisibilité stratégique à l'action des secteurs.

Toutefois, la finalisation du DSCE devra induire l'ajustement des stratégies sectorielles pour les arrimer aux options stratégiques prises à l'issue des arbitrages définitifs. Le schéma ci-après illustre l'articulation DSCE -Stratégies sectorielles.

Figure 1 : DSCE et Stratégies Sectorielles



Le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) peut être analysé d'une part comme le cadre de rencontre entre les différentes stratégies sectorielles et donc une synthèse de celles-ci (bottom-up), d'autre part comme un cadre d'orientation à un niveau élevé de priorisation qui trouve son extension dans les stratégies sectorielles (Top-down).

SECTION 2 : DES OBJECTIFS DE LA VISION

La vision de développement vise, sur un horizon de 30 ans (2035), à faire du Cameroun un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité. Cette formulation traduit un souhait d'évolution induisant de changements structurels et institutionnels importants. C'est pourquoi :

- a. **A titre de pays émergent**, le Cameroun entrerait dans une ère de développement économique et social durable avec une économie forte, diversifiée et compétitive. Ce qui suppose la prédominance de l'industrie manufacturière dans le PIB et les exportations, l'intégration à l'économie mondiale, une pauvreté résiduelle.
- b. **Pour le renforcement de la démocratie**, les institutions devront être stables et la séparation des pouvoirs réelle. La justice sera indépendante et reposera sur une législation assainie et ajustée aux valeurs locales et au contexte économique. L'Etat camerounais devra être fort, régalien, catalyseur du développement économique et social, son autorité reposant sur une légitimité populaire. L'administration devra être effectivement décentralisée, bien équipée et disposer de ressources humaines motivées et compétentes.
- c. **Au titre de l'unité et de l'intégration nationale**, il faudra que ces valeurs soient vécues dans le respect des différences et des identités. Les notions telles que le respect de l'autorité, la cohésion, la solidarité, l'intégrité, l'éthique, le travail et la fierté devront guider les comportements individuels et collectifs. Le fonctionnement de la société se fondera sur la concertation, le dialogue, la tolérance, le respect mutuel, le recours à la médiation ou à la justice. La sécurité des personnes et des biens devra être assurée sur toute l'étendue du territoire.

L'accomplissement de la vision implique de ce fait la réalisation d'un certain nombre d'objectifs généraux à savoir : (i) éradiquer la pauvreté ; (ii) devenir un pays à revenu intermédiaire ; (iii) atteindre le stade de Nouveau Pays Industrialisé ; (iv) consolider le processus démocratique et renforcer l'unité nationale.

1. Eradiquer la pauvreté consistera à la ramener à un niveau résiduel. De manière spécifique, il s'agit d'intensifier et de généraliser la disponibilité et la qualité des services de santé, d'éducation, de formation et des autres infrastructures (énergie, routes, eau potable, etc.). Ceci nécessite une croissance durable et mieux redistribuée.
2. L'ambition de devenir un pays à revenu intermédiaire se décline spécifiquement par la nécessité pour le pays d'accélérer et de conforter le rythme de croissance économique en vue d'atteindre un revenu moyen par tête supérieur à 3900 USD (valeur de 2007).
3. Dans la perspective de devenir un nouveau Pays Industrialisé, le Cameroun devra améliorer le poids des produits issus de l'industrie manufacturière dans le PIB et en infléchir l'importation tout en améliorant leur part dans les exportations.
4. L'objectif de consolidation du processus démocratique est de garantir l'existence des espaces d'expression et des libertés, l'existence de contre pouvoirs et d'organes de régulation opérationnels et crédibles. La vision d'unité renvoie à l'unification et à la mobilisation des différentes composantes (sociologiques, religieuses, linguistiques, corporatistes, ...) de la société autour des idéaux communs à savoir la paix, la liberté, la justice, le progrès social et la solidarité nationale.

Ces objectifs généraux déclinés en objectifs sectoriels sont résumés au tableau ci-après. Ils se situent davantage sur les plans macroéconomique, démographique, du développement rural, du développement des infrastructures productives et au niveau industriel.

Tableau 3 : Articulation des objectifs généraux et spécifiques

| OBJECTIFS GENERAUX | OBJECTIFS SECTORIELS |
|---|--|
| 1- Eradiquer la pauvreté en la ramenant à un niveau résiduel socialement tolérable, c'est-à-dire à un taux de pauvreté monétaire inférieur à 10% | <p>Faire de la population un facteur effectif de développement</p> <p>Promouvoir la création d'une masse critique d'emplois décents</p> <p>Réduire les écarts entre riches et pauvres par l'amélioration des systèmes de redistribution</p> <p>Améliorer l'offre et garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité</p> <p>Améliorer la protection et la sécurité sociales</p> <p>Augmenter l'offre, la qualité et l'adéquation de la formation</p> |
| 2- Devenir un pays à revenu intermédiaire avec un revenu moyen par tête supérieur à 3900 USD (valeur de 2007) par une croissance forte et durable dont les fruits sont mieux repartis | <p>Accroître la productivité de l'économie, notamment en intensifiant les activités sylvo-agropastorales et piscicoles ainsi que l'extraction minière</p> <p>Intensifier les investissements dans les infrastructures et les secteurs productifs</p> <p>Préserver la stabilité macro-économique</p> <p>Promouvoir la mutation et la professionnalisation des services</p> <p>Promouvoir, vulgariser et valoriser les résultats de la recherche</p> |
| 3- Atteindre le stade de Nouveau pays industrialisé en améliorant le poids de l'industrie dans l'économie (notamment dans le PIB et les exportations) | <p>Développer un secteur manufacturier sain, compétitif et diversifié, capable d'inverser la structure du commerce extérieur (exportations et importations)</p> <p>Collecter l'épargne et financer la croissance et le développement</p> <p>Modifier la structure des échanges extérieurs et élargir les marchés</p> <p>S'intégrer dans la sphère financière internationale et améliorer l'intermédiation bancaire</p> |
| 4-Renforcer l'unité nationale et consolider la démocratie en promouvant les idéaux de paix, de liberté, de justice, de progrès social et de solidarité nationale | <p>Renforcer la solidarité nationale</p> <p>Consolider l'Etat, garant de l'intérêt général</p> <p>Promouvoir l'Etat de droit et la crédibilité du système judiciaire</p> <p>Assurer une plus grande participation des populations</p> <p>Consolider les libertés sociales (expression, association...)</p> <p>Renforcer la sécurité des personnes et des biens</p> <p>Affermir la décentralisation et le développement local</p> |

Source : Vision Cameroun 2035

1. **Sur le plan macroéconomique**, l'objectif est de conférer à l'économie camerounaise l'architecture propre aux pays émergents, en ce qui concerne notamment la productivité, les structures de production et l'emploi, l'investissement, la technologie et les échanges commerciaux. Il sera donc question de faire croître l'économie à des taux de 9-10% sur la période 2015-2025, avec un taux d'investissement qui passerait de son niveau actuel de 17,4 à 30,3% en 2025. La performance du secteur manufacturier devra relever sa contribution de 10% du PIB actuellement à 23%. Le secteur primaire verrait sa contribution diminuer de 44% à 15% en raison du boom attendu dans le secondaire. La contribution des produits agricoles primaires aux exportations regresserait ainsi de 20,5% à moins de 10% en 2035 au profit des produits manufacturiers.
2. **Sur le plan social et du développement humain**, à l'horizon de la vision, la population présenterait un niveau intellectuel élevé, fournissant une main-d'œuvre suffisamment qualifiée et générant d'importants revenus par tête d'habitant. Le taux de croissance de la population aujourd'hui de 2,8% devra être ramené à moins de 2%. L'espérance de vie à la naissance actuelle de 53,3 ans devra s'établir à 62,0 ans en 2035. Dans ce cadre, il conviendra de :

- réduire la mortalité générale ;
- suivre en particulier le problème de la mortalité maternelle pour la ramener à moins de 200 décès pour 100000 naissances vivantes contre 669 actuellement ;
- Réduire le risque de décès chez les enfants à travers le relèvement de la couverture vaccinale complète de 75 à 95%, la couverture de tous les DS en matière de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et une extension de l'offre de l'eau potable à toutes les populations, surtout en zones rurales ;
- renforcer l'éducation et la formation des ressources humaines dans le domaine de la santé, des sciences et des techniques en passant par exemple de 7 à 70 médecins pour 100 000 habitants ;
- relever la proportion d'élèves dans les filières scientifiques du secondaire et du supérieur de 5% actuellement à 30% à l'horizon de la vision.

3. Sur le plan du développement rural, le secteur de l'agriculture est confronté à des difficultés majeures concernant :

- l'accès à la terre, à l'eau et aux financements adaptés aux spécificités des activités rurales ;
- le retard accusé dans la recherche agronomique et la faible vulgarisation des résultats de recherche ;
- la prédominance des exploitations familiales caractérisées par leur petite taille, des rendements faibles, des techniques de production archaïques, une utilisation de la main d'œuvre familiale ;
- les pertes importantes après récolte.

Le Gouvernement compte lever ces difficultés à travers la promotion de grandes exploitations utilisant un puissant appareil productif, avec notamment l'usage des machines et des intrants appropriés.

Ces investissements supposés permettront de redresser le niveau de mécanisation agricole pour soutenir le passage d'une agriculture extensive à une agriculture intensive, moderne et mécanisée. Le taux de mécanisation sera multiplié par 90 en 2025 (de 0,84 tracteur pour 100 hectares de cultures à 0,75 tracteur par hectare) et porté à environ 1,2 tracteur par hectare en 2035.

En général, l'emploi devra correspondre à des formations qualifiantes et les paysans ou fermiers des opérateurs professionnels.

4. Sur le plan des infrastructures productives, il sera question d'améliorer substantiellement le taux d'accès aux infrastructures en générant une offre qui suit la demande. Les financements à mobiliser dans ce cadre interpellent également le secteur privé, sur la base d'un partenariat judicieusement négocié. De manière spécifique, il s'agira de tripler la proportion du réseau routier bitumé, soit une évolution de 10 % actuellement à 30 % à l'horizon de la vision. Le nombre de lignes téléphoniques pour 1000 habitants devrait passer de 6,7 actuellement à 30 à l'horizon de la vision. Le taux d'accès à l'eau potable devra être relevé de 50 à 75 %, la multiplication des puits et forages accompagnant le processus de fourniture.

Les investissements requis permettront de résorber les insuffisances actuelles de ces réseaux et agrandir leurs capacités.

En matière d'énergie, il s'agit de doubler la consommation d'énergie, en passant de 27,7 % actuellement à 45 % par unité de PIB à l'horizon de la vision.

5. **Sur le plan industriel**, le Cameroun émergent devra réussir à briser les entraves à la greffe d'un noyau industriel et aux grandes initiatives en la matière. Il devra par conséquent s'emparer d'un pan du secteur secondaire et son industrie devra présenter :

- des performances basées sur une technologie essentiellement endogène ;
- des activités diversifiées formant un intense réseau d'échanges intérieurs ;
- une grande compétitivité.

SECTION 3 : DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU DSCE

Les enquêtes statistiques récentes montrent que la pauvreté monétaire a pratiquement stagné, passant de 40,2 en 2001 à 39,9 en 2007 sous l'effet conjugué d'une croissance en dessous des attentes et d'une hausse considérable des prix à la consommation des ménages. Le taux de chômage au sens du BIT (4,4%), bien que relativement bas, masque un fort sous-emploi qui caractérise la précarité des revenus de la population active.

Le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi va couvrir les dix premières années (2010-2019) de la vision à long terme et sera centré sur l'accélération de la croissance, la création d'emplois décents, la gouvernance et la réduction de la pauvreté. Les autorités sont en effet convaincues que la création des richesses quoique restant le pilier essentiel de la réduction de la pauvreté, devra être accompagnée par un maillon essentiel de redistribution qu'est l'emploi. Le DSCE va également poursuivre l'atteinte des objectifs du millénaire qui trouvent un ancrage évident dans la vision à long terme et qui s'inscrivent à fortiori dans l'amélioration des conditions de vie de la population.

Pour la réalisation des objectifs du Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi, le Gouvernement va s'appuyer sur les quatre axes stratégiques ci-après :

1. le développement des infrastructures, notamment dans les domaines de l'énergie, des routes, des ports, des chemins de fer, des TIC, de l'eau, du développement urbain, du logement
2. la modernisation de l'appareil de production dans le secteur rural, l'exploitation minière, le développement des filières (bois, tourisme etc.), la mise à niveau des entreprises, le développement technologique, l'artisanat et l'économie sociale
3. le développement humain notamment à travers l'amélioration de l'éducation et de la santé, le renforcement de la sécurité sociale et la promotion des autres politiques sociales (handicapés, enfants de la rue, malades mentaux, personnes âgées, genre)
4. gestion stratégique de l'Etat : Etat stratège (planificateur, régulateur et agent économique), rationalisation des choix budgétaires et qualité des projets, décentralisation, protection de l'espace économique national etc.

SECTION 4 : DU SUIVI-EVALUATION DU DSCE

Les travaux actuels sur le suivi-évaluation sont en grande partie inspirés du Cadre de Référence fourni par Afristat et alimentés par de nombreuses réflexions engagées dans le cadre de la révision du DSRP. L'idée est d'organiser au niveau central le suivi de la pauvreté en trois principales composantes : une pour le suivi des programmes prioritaires,

une pour la réalisation des études thématiques sur la pauvreté et la troisième sur le suivi des impacts. Au niveau vertical, Il s'agit de renforcer la dimension participative qui vise à organiser un suivi à partir des communes. Des options opérationnelles sont envisagées et précisées dans le DSCE. Le gage majeur pour le suivi-évaluation du DSCE est l'alignement de celui-ci sur la GAR. A cet effet, Il conviendra de bien distinguer les éléments de la chaîne des résultats et de bien formuler les indicateurs d'appréciation des changements.

Pour ce qui est du secteur santé, il s'agira de suivre et d'évaluer les progrès vers les objectifs du millénaire repris à l'encadré ci-dessous.

Encadré : les Objectifs du Millénaire pour le Développement

1. éliminer l'extrême pauvreté et la faim en réduisant de moitié le nombre de Camerounais vivant au-dessous du seuil de pauvreté et qui souffrent de la faim ;
2. assurer une éducation primaire pour tous en donnant à tous les enfants les moyens d'achever le cycle d'études primaires ;
3. promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes, en éliminant les disparités entre les sexes dans les enseignements primaires et secondaires, et si possible à tous les niveaux d'enseignement ;
4. réduire de deux tiers, la mortalité à la naissance et celle des enfants de moins de cinq ans;
5. améliorer la santé maternelle, en réduisant de trois quarts la mortalité maternelle ;
6. combattre et stopper la propagation du VIH/SIDA, maîtriser le paludisme et d'autres grandes endémies en inversant leur tendance;
7. assurer un environnement durable en réduisant de moitié la proportion de la population qui n'a pas accès à l'eau potable, améliorer sensiblement l'habitat en intégrant les principes de développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle de la déperdition des ressources environnementales ;
8. mettre en place un partenariat pour le développement des technologies de l'information et de la communication et pour l'application des politiques et des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile.

**PARTIE 2 : DE L'ANALYSE DE SITUATION ET DES
AXES STRATEGIQUES**

CHAPITRE 1 : DU DIAGNOSTIC – DE L'ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE LA SANTE

SECTION 1 : DE LA DESCRIPTION DU SECTEUR

1.1. DE L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

1.1.1. PERIODE D'AVANT 2001

Quatre étapes majeures ont marqué jusqu'en 2001, l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun : (i) *La période coloniale ou l'apogée de la stratégie d'Eugène Jamot*, (ii) *La période post indépendance ou phase des expérimentations*, (iii) *La période post Alma Ata des Soins de Santé Primaires*, (iv) La période de réforme du Secteur Santé à travers la réorientation des Soins de Santé Primaires.

Cette réforme élaborée et rendue publique en 1989 a été officiellement adoptée à travers la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé en 1992 et de la déclaration de la mise en œuvre de la « **Réorientation des Soins de Santé Primaires** » en 1993. Ce dernier concept repose sur les principes de base ci-après :

- la participation de la communauté dans le but de son **auto-responsabilisation** vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ;
- le respect des Droits de l'Homme, dont celui d'être informé et celui de l'intégrité, y compris son libre arbitre.

Dans le cadre de cette réforme, le centre de santé est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé. De ce fait, il sert de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux avec pour premier recours, l'hôpital de district.

La réorientation des Soins de Santé Primaires va entraîner un certain nombre d'aménagements juridiques du secteur dont :

- la loi Cadre de la santé (janvier 1996) ;
- les différentes lois et les textes réglementaires relatifs au recouvrement des coûts ;
- les textes réorganisant le territoire national en Districts de Santé.

Ces dispositions vont entraîner la réorganisation du système national de santé en trois niveaux décrits au tableau ci-après.

Tableau 4 : Les différents niveaux du secteur santé

| Niveau | Structures administratives | Compétences | Structures de soins | Structures du SYNAME | Structures de dialogue |
|----------------------|---|--|---|---|--|
| Central | Services Centraux du Ministère de la Santé Publique | -Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation | Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux Les Organismes sous-tutelle | CENAME Grossistes répartiteurs privés Centrales d'achat du Secteur Privé à but non Lucratif | Conseils d'Administration ou Comités de gestion |
| Intermédiaire | Délégations Provinciales | Appui technique aux districts de santé | Hôpitaux Provinciaux et Assimilés | CAPP (Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial) Pharmacies des hôpitaux Centraux et Généraux | Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé |
| Périphérique | Services de Santé de District | Mise en œuvre des programmes | Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé | Pharmacies des formations Sanitaires des autres niveaux Officines Privées de Pharmacies | COSADI COGEDI COSA COGE |

Source : Cadre conceptuel du DS viable révisé (MINSANTE)

Malgré ces aménagements, quelques insuffisances ont été relevées notamment :

- absence de cadre juridique pour la participation communautaire ;
- absence de statut juridique pour certaines structures du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels, notamment la CENAME et les CAPP ;
- absence de réformes en matière de formation de base et continue ;
- inexistence de cadre de collaboration entre les intervenants du secteur ;
- insuffisance de régulation, de supervision, de suivi et d'évaluation ;
- forte centralisation de la gestion du secteur ;
- faible utilisation des structures publiques de soins ;
- insuffisance d'organisation des SSP en milieu urbain ;
- faible disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels ;
- faible développement du système de référence/contre-référence ;
- prédominance du paiement direct des soins.

1.1.2. DE 2001 à 2010

1.1.2.1. DE L'ELABORATION ET DE L'ADOPTION DU DOCUMENT DE SSS

L'adoption consensuelle en 2001 du document de SSS marque une nouvelle ère dans l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun. Cette SSS traduisait la vision du futur et proposait un ensemble de réformes à mener face aux problèmes de santé des populations. Elle avait pour objectifs de : (i) Réduire du tiers la charge morbide globale et la mortalité des groupes de population les plus vulnérables, (ii) Mettre en place une formation

sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA), à une heure de marche et pour 90% de la population, (iii) Pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et des services de santé publics et privés, à différents niveaux de la pyramide. Ces objectifs se déroulaient en 17 axes stratégiques dont la mise en œuvre s'est faite en huit programmes et 39 sous-programmes.

1.1.2.2. DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE 2001-2010

L'adoption en Avril 2003 par le Gouvernement du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP) a marqué une étape décisive dans la poursuite des réformes menées par les autorités camerounaises pour réduire sensiblement la pauvreté au moyen d'une croissance économique forte et durable. En effet, l'atteinte en Octobre 2000 du Point de Décision pour l'admission du Cameroun à l'Initiative renforcée d'allègement de la dette des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) et du Point d'Achèvement en Avril 2006 a permis un afflux de capitaux orientés prioritairement vers les secteurs sociaux dont la santé, pour la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire (OMD).

A. De la Structure et de l'organisation du système national de santé

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS 2001-2010, le système national de santé reste structuré en trois niveaux dont chacun dispose de structures administratives, formations sanitaires et structures de dialogue aux fonctions spécifiques. Il s'articule lui-même en trois sous-secteurs :

- un sous-secteur public ;
- un sous-secteur privé ;
- un sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Le sous-secteur public comprend également des structures sanitaires sous-tutelle d'autres Départements Ministériels à l'instar de ceux en charge de la Défense, du Travail et de la Sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale), des Enseignements Secondaires, de l'Enseignement Supérieur, de l'Administration Pénitentiaire, de la Sureté Nationale, etc.

Le sous-secteur privé regroupe les structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif.

La médecine traditionnelle est une composante du système de santé que l'on ne saurait négliger ou ignorer. Le regain d'intérêt de l'Etat pour sa promotion s'est manifesté à travers diverses actions notamment :

- la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique, pour en assurer l'intégration dans le système national de santé ;
- l'élaboration d'un cadre juridique en cours d'adoption ;
- La revitalisation de l'Institut de Recherche Médicale et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM) ;
- l'incitation à l'organisation des tradipraticiens en Associations.

Cependant, plusieurs problèmes minent encore cette composante du secteur santé dont :

- la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne ;

- la non structuration de la profession ;
- l'analphabétisme de la plupart des tradi-praticiens ;
- la mystification des pratiques ;
- l'infiltration de la profession par de nombreux charlatans.

B. Des intervenants dans le secteur santé

Les intervenants du secteur tout au long de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé 2001-2010 demeurent l'Etat, les ménages, les Organisations de la Société Civile (OSC), le secteur privé à but lucratif et non lucratif, les tradipraticiens, les partenaires techniques et financiers et les communautés.

Les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 Juillet 2004 fixant les règles applicables aux collectivités territoriales décentralisées (régions et communes) ont conféré à celles –ci un rôle très important dans le développement sanitaire et social. Il s'agit entre autres de :

- la création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional conformément à la carte sanitaire ;
- la participation à l'organisation et à la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé ;
- l'organisation et la gestion de l'assistance au profit des nécessiteux.

Dans le but de promouvoir et rendre opérationnelle la complémentarité entre tous ces acteurs de santé, le MINSANTE a opté pour une dynamique de contractualisation des interventions. Ainsi, en 2007, il s'est lancé dans le renforcement du partenariat public-privé à travers la signature des conventions cadres et des contrats d'exécution. A titre d'illustration, des contrats ont été signés avec trois grands partenaires du sous secteur à but non lucratif OCASC, CEPCA, FALC.

SECTION 2 : DES RESULTATS DE L'EVALUATION A MI-PAROURS

La méthodologie utilisée pour cette évaluation reposait sur deux volets :

- le volet quantitatif qui consistait en l'analyse des données collectées à partir des sources primaires (parties prenantes) et des sources secondaires (résultats des études et enquêtes réalisées depuis 2001) ;
- le volet qualitatif qui consistait en la consultation des parties prenantes à savoir les bénéficiaires, les prestataires et les partenaires de coopération internationale.

Les résultats de cet exercice sont présentés ci-dessous avec parfois des mises à jour suivant la disponibilité des données.

2.1. DU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

2.1.1. DE LA CREATION DES STRUCTURES SANITAIRES

L'accessibilité physique aux soins de santé demeure insuffisante malgré des grands efforts de création, de construction/équipement des formations sanitaires et l'existence désormais d'un document de stratégie nationale de technologie de la santé. Ceci est dû notamment à une inégalité de leur répartition, elle-même conséquente à l'inexistence d'une carte sanitaire nationale, à la vétusté de la plupart des infrastructures et équipements et à l'insuffisance de leur maintenance.

Les investissements effectués ont permis une amélioration du capital physique du secteur santé entre 2001 et 2007 comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Capital physique pour l'offre des services et soins entre 2001 et 2007

| Catégories de formation Sanitaires | Nombre en 2001 | Nombre en 2007 |
|--|----------------|-----------------------------|
| Hôpitaux de 1 ^{ère} catégorie | 4 | 4 fonctionnels ⁶ |
| Hôpitaux de 2 ^{ème} catégorie | 3 | 3 fonctionnels |
| Hôpitaux Régionaux et Assimilés | 8 | 11 fonctionnels |
| Services de Santé de District | 143 | 174 dont 172 fonctionnels |
| Hôpitaux de District | 130 | 162 dont 154 fonctionnels |
| Centres Médicaux d'Arrondissement | / | 159 dont 155 fonctionnels |
| Centres de Santé Intégrés | 1689 | 1952 dont 1888 fonctionnels |
| Centres de Santé Privés à but non lucratif | / | 579 dont 559 fonctionnels |
| Cabinets de soins | / | / |
| Hôpitaux Privés à but non lucratif | / | 93 fonctionnels |

Source : MINSANTE/DOSTS

Sur l'ensemble des Centres de Santé fonctionnels des sous-secteurs public et privé à but non lucratif, 79 % sont du public, 21% sont privés à but non lucratif. Quant aux hôpitaux toutes catégories confondues, 65% sont du public et 35% du privé à but non lucratif. Il est à noter que ces résultats ne prennent pas en compte les formations sanitaires des ministères apparentés prestataires des soins de santé.

Le sous/secteur privé à but lucratif a connu depuis 2002 une augmentation significative du nombre des pharmacies d'officines privées, marquant la volonté du gouvernement d'améliorer l'accès des populations aux médicaments de qualité. De nombreuses structures de soins dénommées GIC santé et plusieurs cabinets de soins ont malheureusement vu le jour sans obtention préalable d'un agrément du MINSANTE, échappant ainsi à son contrôle.

La dernière mise à jour du capital physique pour l'offre des services et soins en 2008 est résumée dans le tableau n°6 ci-dessous :

Tableau 6 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services du Pays en 2008

| Régions | Population | Superficie (km ²) | Densité | AS | CSI public | CS privé | CMA | HD | DS | Pharmacies privées | Ratio pop/CSI public | Ratio pop/CMA | Ratio pop/HD | Ratio pop/DS |
|-------------------|---|-------------------------------|-----------|--------------|--------------|------------|------------|------------|------------|--------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| ADAMAOUA | 824 291 | 60 000 | 12 | 74 | 92 | 32 | 12 | 6 | 8 | 10 | 8 960 | 68 691 | 137 382 | 103 036 |
| CENTRE | 2 934 657 | 71 050 | 37 | 296 | 370 | 201 | 36 | 28 | 29 | 101 | 7 932 | 81 518 | 104 809 | 101 195 |
| EST | 885 935 | 106 000 | 7 | 100 | 120 | 37 | 8 | 14 | 14 | 5 | 7 383 | 110 742 | 63 281 | 63 281 |
| EXTREME-NORD | 3 193 055 | 41 984 | 68 | 203 | 260 | 48 | 15 | 24 | 28 | 13 | 12 281 | 212 870 | 133 044 | 114 038 |
| LITTORAL | 2 583 975 | 31 984 | 72 | 158 | 151 | 111 | 12 | 18 | 18 | 107 | 17 112 | 215 331 | 143 554 | 143 554 |
| NORD | 1 439 643 | 63 005 | 20 | 96 | 152 | 30 | 3 | 14 | 15 | 16 | 9 471 | 479 881 | 102 832 | 95 976 |
| NORD-OUEST | 2 159 464 | 18 100 | 107 | 172 | 181 | 82 | 22 | 16 | 18 | 12 | 11 931 | 98 157 | 134 967 | 119 970 |
| OUEST | 2 325 577 | 13 960 | 149 | 230 | 256 | 127 | 18 | 19 | 20 | 33 | 9 084 | 129 199 | 122 399 | 116 279 |
| SUD | 627 536 | 45 059 | 12 | 128 | 145 | 42 | 17 | 9 | 10 | 12 | 4 328 | 36 914 | 69 726 | 62 754 |
| SUD-OUEST | 1 488 353 | 24 300 | 55 | 130 | 161 | 50 | 12 | 16 | 18 | 22 | 9 244 | 124 029 | 93 022 | 82 686 |
| TOTAL Pays | 18 462 485 | 475 442 | 35 | 1 587 | 1 888 | 760 | 155 | 164 | 178 | 331 | 9 779 | 119 113 | 112 576 | 103 722 |
| NB: | AS=AIRES DE SANTE, CSI=CENTRE DE SANTE INTEGRE, CMA=CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT, DS=DISTRICT DE SANTE | | | | | | | | | | | | | |

Source : MINSANTE/DOSTS

Malgré les efforts de sensibilisation menés par le Ministère de la Santé Publique en direction des populations, les ménages restent vulnérables face aux écarts de

⁶ Fonctionnels = présence de ressources humaines et matérielles (sans respect de toutes les normes)

comportement des personnels de santé (mauvais accueil, double paiement, corruption, détournement des malades, ventes parallèles des médicaments, pratiques illégales de la médecine, etc.).

La participation communautaire dans la gestion des structures de santé demeure faible.

2.1.2. DU RENFORCEMENT DES CAPACITES

2.1.2.1. DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES

Tableau 7 : Ratio personnel de santé/population

| Catégorie de personnel | Normes de l'OMS | En 1998 | En 2000 | En 2007 |
|---|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| Médecins | 1/1 000 | 1/9 164 | 1/10 083 | 1/13 468 |
| Personnel médico-sanitaire ⁷ | 1/3 000 | 1/2 214 | 1/2 249 | 1/3 094 |
| Chirurgiens dentistes | 1/10 000 | 1/148 514 | 1/145 454 | 1/105 882 |

Source : MINSANTE

Sur le tableau ci-dessus, on note par rapport aux normes de l'OMS, que la couverture de la population en personnel médical ne cesse de se dégrader en dépit des efforts de recrutement déployés par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires (Fonds PPTTE, C2D, etc.). Le ratio professionnel de santé/population est de 0,63 pour 1000 habitants au Cameroun contre 2,3 (norme internationale).

Suite à l'analyse de la situation des ressources humaines, même si l'on note des améliorations en termes de traitement des personnels des différents corps de la santé (attribution d'un statut particulier, revalorisation des salaires, démarrage du SIGIPES santé...), la plupart des problèmes identifiés en 2001 persistent.

A. Formation de base

Le Cameroun compte aujourd'hui 03 facultés publiques de Médecine fonctionnelles dont 02 ayant des filières en Pharmacie et en Odonto-Stomatologie (Yaoundé et Douala), et 01 à Buéa,

Des filières des sciences infirmières et des techniques de laboratoire sont ouvertes à l'Université de Buéa et à la faculté de médecine de Yaoundé depuis 2002.

Plusieurs initiatives de création des facultés privées sont en cours. Il existe des facultés privées de médecine et pharmacie déjà opérationnelles (Bangangté, Ebolowa, Nanga-Eboko). De même des filières de sciences infirmières sont fonctionnelles à l'Université Catholique de Yaoundé et à l'Université Adventiste de Nanga-Eboko depuis 2006

La formation spécialisée dans certaines disciplines paramédicales continue à faire défaut.

Depuis le début de l'année académique 2007-2008, la filière de formation en Administration de la santé a été réouverte à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM).

Faute de structures locales de formation, les ingénieurs biomédicaux continuent à être formés exclusivement à l'étranger. Avec l'appui des partenaires techniques et financiers, le Gouvernement a ouvert la filière de formation en maintenance hospitalière dans 04 lycées techniques (Bertoua, Yaoundé, Kumba et Garoua).

⁷ Personnel médico-sanitaire : Personnels paramédicaux (tous grades confondus)

B. Formation continue

La formation continue quant à elle, demeure peu organisée et insuffisante.

2.1.2.2. DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES

A. Du Cadre Organique

En 2002, l'organigramme du MINSANTE a été adapté aux exigences de la mise en œuvre de la SSS 2001-2010. La régulation du secteur de la santé a été renforcée par la création entre autres de trois inspections générales avec un accent sur l'inspection pharmaceutique. Toutefois, les insuffisances du cadre législatif et réglementaire restent une préoccupation pour la mise en œuvre efficace de cette stratégie.

B. Des Ressources Financières

Le Cameroun a bénéficié de financements innovants de la santé suite aux nombreuses initiatives internationales visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015. Il s'agit des financements de l'Alliance Mondiale pour la vaccination et l'immunisation (Global Alliance for Vaccines and Immunization ou GAVI), du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, de la Facilité Internationale de Financement pour la Vaccination, de l'UNIT AID, etc. Par ailleurs, l'allègement de la dette du Cameroun à travers les mécanismes de l'initiative PPTE a apporté des ressources additionnelles au secteur (C2D, PPTE, IADM).

Le processus de décentralisation offre une nouvelle opportunité de financement du secteur santé par les collectivités territoriales décentralisées. Dès lors, le SWAp est apparu comme un instrument clé d'optimisation de l'utilisation des ressources allouées à la santé pour la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la SSS entre 2001 et 2006 a favorisé le lancement du processus de couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé. Celles-ci participent de la promotion des mécanismes alternatifs de financement de la santé. En 2006, 120 mutuelles de santé couvrant 2.348 ménages ont été mises sur pied. De même, le gouvernement est en train de peaufiner l'approche nationale de l'assurance maladie.

De fortes disproportions demeurent cependant entre les différentes sources de financement. En effet, selon le DSRP, la contribution des ménages au financement de la santé continue d'augmenter, passant de 73% du financement global (173 milliards) en 1996 à 83%⁸ de 409 milliards en 2001.

Une bonne partie du financement du secteur par les ménages se fait encore dans l'informel (stocks parallèles de médicaments dans les formations sanitaires, paiements directs aux praticiens, achat des médicaments et soins dans les structures illicites ...)

Quant aux dépenses totales en santé, elles représentaient 5,2%, 4,9% et 5,2% du PIB en 1996, 2001 et 2005 respectivement⁹.

Globalement, la part du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique a évolué en dent de scie entre 2001 et 2006. Elle demeure largement en dessous des 15% préconisés par les chefs d'Etat africains à Abuja en 2000. Au cours de la même période, le

⁸ Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments, IFORD, 2004

⁹ WHO, National accounts series (1996-2005)

taux d'exécution du budget alloué à la santé a régressé (65,6% en 2006 contre 82,2% de moyenne nationale). Les tableaux et graphiques ci-dessous illustrent ces tendances.

Tableau 8: Situation des allocations et exécution du budget de 1994 à 2006

| Année | Prévisions | | | Exécution | | | Taux d'exécution du budget (%) | |
|-----------|----------------------------|----------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-------------------|--------------------------------|----------|
| | Evolution du budget alloué | | | Evolution du budget exécuté | | | National | MINSANTE |
| | National | MINSANTE | % budget national | National | MINSANTE | % budget national | | |
| 1994-1995 | 613 253 671 655 | 16 143 318 611 | 2,6 | 473 530 884 214 | 14 096 196 503 | 3,0 | 77,2 | 87,3 |
| 1995-1996 | 647 575 916 281 | 18 140 453 073 | 2,8 | 616 129 983 829 | 16 239 865 906 | 2,6 | 95,1 | 89,5 |
| 1996-1997 | 1 075 534 803 346 | 20 239 246 266 | 1,9 | 863 532 262 412 | 23 145 893 822 | 2,7 | 80,3 | 114,4 |
| 1997-1998 | 1 468 680 859 800 | 29 592 151 974 | 2,0 | 1 218 323 397 060 | 30 838 116 078 | 2,5 | 83,0 | 104,2 |
| 1998-1999 | 1 229 275 235 706 | 38 076 550 783 | 3,1 | 1 091 179 532 370 | 30 199 397 186 | 2,8 | 88,8 | 79,3 |
| 1999-2000 | 1 296 603 433 656 | 31 922 529 144 | 2,5 | 1 193 198 628 276 | 30 736 748 796 | 2,6 | 92,0 | 96,3 |
| 2000-2001 | 1 475 165 181 360 | 55 286 712 672 | 3,7 | 1 240 516 706 328 | 34 850 037 612 | 2,8 | 84,1 | 63,0 |
| 2001-2002 | 1 544 796 447 480 | 69 127 704 126 | 4,5 | 1 386 574 517 250 | 51 560 926 326 | 3,7 | 89,8 | 74,6 |
| 2003. | 1 507 387 326 811 | 59 378 473 971 | 3,9 | 1 376 738 328 846 | 41 296 683 874 | 3,0 | 91,3 | 69,5 |
| 2004. | 1 617 000 000 000 | 79 283 991 600 | 4,9 | 1 451 933 044 650 | 46 483 639 400 | 3,2 | 89,8 | 58,6 |
| 2005. | 1 742 903 687 000 | 85 587 607 374 | 4,9 | 1 476 103 929 297 | 51 520 103 229 | 3,5 | 84,7 | 60,2 |
| 2006. | 1 860 999 999 859 | 84 250 137 237 | 4,5 | 1 529 845 656 787 | 55 250 734 959 | 3,6 | 82,2 | 65,6 |

Figure 2 : Représentation graphique de l'évolution des parts de budget national allouée et/ou exécutée au MINSANTE

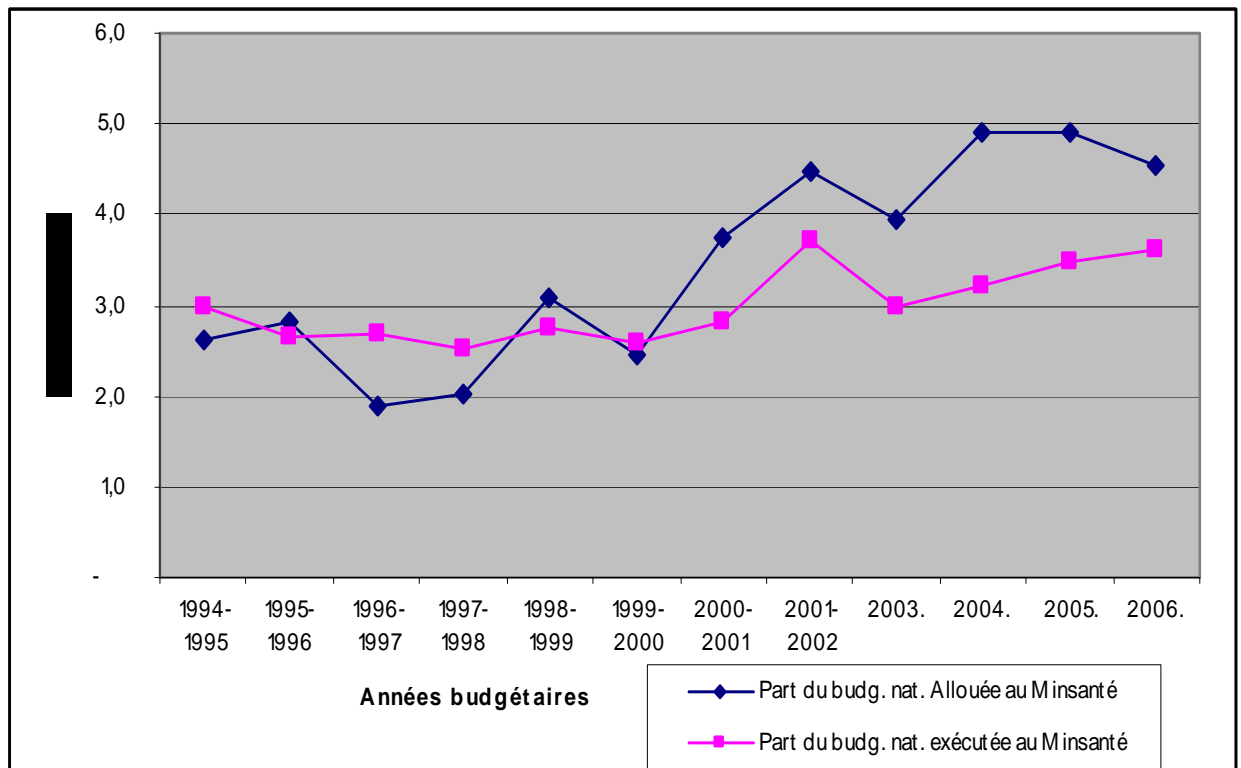
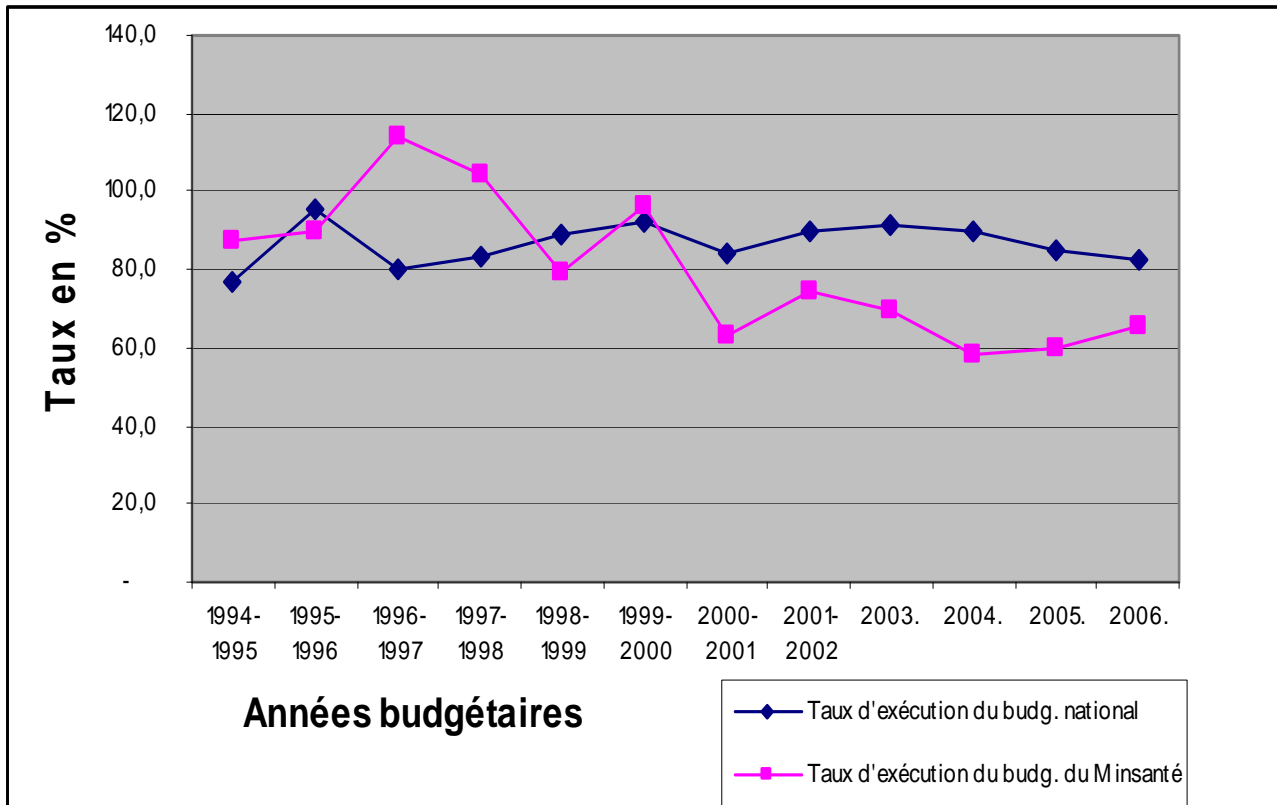


Figure 3 : Représentation graphique de l'évolution du taux d'exécution des budgets au niveau national et du MINSANTE



L'allocation des ressources longtemps non rationalisée en l'absence d'un outil d'arbitrage approprié, s'est améliorée avec le peaufinement du CDMT santé.

C. De l'Équité et de la Justice Sociale

Le Gouvernement mène des actions visant l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour toutes les couches des populations sans exclusive. A ce titre, on peut relever :

- l'harmonisation des prix des médicaments sur l'ensemble du territoire national ;
- l'inscription d'une ligne pour les indigents dans le budget de certaines formations sanitaires ;
- la gratuité des antituberculeux ;
- la gratuité des antirétroviraux depuis 2007 ;
- la gratuité des tests de dépistage du VIH/SIDA pour certains groupes vulnérables (femmes enceintes, détenus de prisons, étudiants, etc.) ;
- la baisse de l'ordre de 65% du prix de l'ensemble des médicaments dans les FS publiques ;
- la baisse de 14 000 à 3 000 f.cfa du prix de l'insuline pour les malades du diabète ;
- la subvention de la dialyse chez les insuffisants rénaux (coût passant de 60 000 à 5 000 f.cfa la séance) ;
- la substantielle baisse dans les secteurs public et privé, des prix des antipaludéens ;
- la subvention et la revue à la baisse du prix de certains anticancéreux ;
- la création, la construction, l'équipement et l'opérationnalisation (affectation du personnel) de nouvelles formations sanitaires.
- le développement des mécanismes de partage du risque maladie à travers la mise en place progressive des mutuelles de santé.

Malgré ces efforts, des disparités subsistent quant à l'accessibilité aux soins de qualité, notamment pour les populations vulnérables.

D. De l'utilisation rationnelle des Ressources

Les constats faits en 2001 sur les facteurs limitant l'utilisation rationnelle des ressources en santé demeurent et la tendance à la verticalisation des interventions de santé y a fortement contribué. Cependant, des avancées remarquables ont été enregistrées en ce qui concerne la collaboration Public-Privé. Le paquet minimum d'activités (PMA) ainsi que le paquet complémentaire d'activités (PCA) ont été définis, validés et diffusés.

E. Des Autres Capacités Institutionnelles

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS 2001-2010, des résultats opérationnels remarquables ont été obtenus entre 2001 et 2006. L'on peut citer entre autres :

- la mise en place du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques pour plusieurs programmes prioritaires ;
- l'élaboration des plans de développement sanitaire des districts et des plans consolidés régionaux de développement sanitaire ;
- le renforcement des institutions et structures dans le secteur santé ;
- le déclenchement du processus de réforme hospitalière ;
- l'élaboration d'un CDMT et la mise en place progressive du Swap santé ;
- le lancement des études sur les mutuelles de santé ;
- l'organisation de la recherche opérationnelle en santé et de la bioéthique ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines assorties du plan d'urgence 2006-2007 ayant abouti en 2007 ;
- le lancement des activités du SAMU ;
- la subvention des médicaments et des examens de dépistage et de suivi biologique du VIH/Sida ;
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments et dispositifs médicaux pour certaines classes thérapeutiques ;
- le renforcement de la gouvernance du secteur ;
- la construction, la réhabilitation et l'équipement de plusieurs formations sanitaires.

2.2. DU PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

Comme la plupart des pays en développement, le Cameroun est en phase de transition épidémiologique avec l'augmentation des maladies non transmissibles, la réémergence de certaines maladies infectieuses, la pandémie de l'infection à VIH/Sida, les

menaces du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) et de la Pandémie Aviaire. Cependant, les efforts de lutte contre la maladie ont produit certains résultats remarquables notamment en ce qui concerne la Rougeole, le ver de Guinée, la Lèpre.

2.2.1. DE LA MORBIDITE

Selon le rapport de l'Enquête sur les déterminants du recours aux soins et aux médicaments au Cameroun¹⁰, la morbidité (ou prévalence d'une maladie) se définit par la proportion des individus ayant souffert d'une maladie quelconque au cours d'une période de référence donnée. Au niveau national, un peu plus d'un individu sur cinq a déclaré avoir été malade au cours des deux semaines précédant l'enquête, soit un taux de morbidité générale de 23% qui, extrapolé à l'année, correspond à une moyenne de plus de 6 épisodes morbides par personne et par an. Ce taux est inférieur à celui enregistré lors de l'ECAM II (33%). Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions climatiques au cours des deux enquêtes, l'ECAM s'étant déroulée en saison de pluie plus favorable à l'apparition de maladies.

Les résultats de cette enquête renseignent que :

- le niveau de morbidité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (23,9% contre 21,8%)
- la région de l'Extrême-Nord est la plus touchée par la morbidité (32%), suivie du Sud-Ouest, de l'Est, du Centre et de l'Ouest, la prévalence la plus faible étant enregistrée dans le Nord-Ouest ;
- Les personnes âgées et les enfants de moins de 5 ans constituent les groupes les plus vulnérables (43% et 29% respectivement) ;
- Les zones rurales sont les plus affectées ;
- L'instruction contribue à diminuer le niveau de morbidité ;
- Les ménages les plus aisés encourent un niveau de morbidité moindre.

Pour l'ensemble du pays, le poids des dix principales maladies déclarées par les individus enquêtés est de 80%. Il s'agit par ordre d'importance de la fièvre (49%), des infections respiratoires, de la diarrhée, des céphalées, des douleurs abdominales, des caries dentaires, des troubles gastriques, des maladies de la peau, des blessures et des maux d'yeux. Il est à noter que dans la population générale, la fièvre est d'emblée assimilée au paludisme.

Chez les enfants de moins de cinq ans, la fièvre, les infections respiratoires et la diarrhée constituent à elles seules 77,2% des principales plaintes à la consultation pédiatrique. Elles sont également les maladies les plus fréquentes pour l'ensemble de la population (66,5%).

2.2.1.1. DES MALADIES TRANSMISSIBLES

i. Le Paludisme

Le paludisme représente la première cause de morbidité et demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun. Selon les résultats d'une enquête menée par le programme national de lutte contre le paludisme en décembre 2004 dans 166 districts de santé, le taux de morbidité clinique est estimé à 40,1% et le taux de mortalité à 2,2%. Ces taux varient en fonction des régions et sont plus élevés chez les enfants de moins de 5 ans.

En 2005 plus de 930.000 cas ont été notifiés (Cf. les atouts économiques, 2007). Selon le rapport annuel du PNLP en 2008, plus de 1 650 749 cas ont été notifiés et le taux de morbidité clinique estimé à 41%.

¹⁰ IFORD, 2004.

Il existe encore un gap important entre les interventions jusqu'alors menées et les objectifs mondiaux de contrôle du paludisme à l'horizon 2015 ; seulement 13% d'enfants de moins de cinq ans dorment sous moustiquaires imprégnées, 37% de femmes enceintes sont sous TPI2 et 58% des cas compliqués sont promptement et correctement pris en charge (MICS 2006).

ii. La Tuberculose

La situation déjà dramatique des maladies infectieuses et parasitaires s'est aggravée avec la pandémie due au VIH/SIDA qui gagne rapidement du terrain, accélérant par la même occasion la résurgence de la tuberculose. La lutte contre la tuberculose a connu un regain de vitalité traduit par l'intensification du dépistage ; c'est ainsi que 24 589 nouveaux malades ont été dépistés et traités en 2007 avec un taux de guérison supérieur à 74%. La prévalence est estimée à 192 cas de tuberculose toutes formes confondues pour 100 000 habitants et de 83 cas de TB pulmonaire à bacilloscopie positive pour 100 000 habitants¹¹. Le taux de mortalité liée à cette maladie est de 29 pour 100 000 habitants.

Bien que sa prise en charge soit très souvent associée à la lutte contre le VIH/Sida, elle est considérée comme une maladie négligée. La synthèse des rapports statistiques mensuels est présentée ci-après par région.

Tableau 9 : Evolution de la situation de la tuberculose

| Régions | Nb cas en 1998 | Nb de cas en 2007 | Nb de cas en 2008 |
|----------------|----------------|-------------------|-------------------|
| Adamaoua | 113 | 929 | 1 035 |
| Centre | 48 | 1 568 | 1 577 |
| Yaoundé | | 4 072 | 3 659 |
| Est | 144 | 1 622 | 2 087 |
| Extrême - Nord | 1 026 | 2 515 | 2 586 |
| Littoral | 39 | 1 065 | 1 039 |
| Douala | | 4 719 | 4 682 |
| Nord | 233 | 1 702 | 1 858 |
| Nord-Ouest | 96 | 2 207 | 2 134 |
| Ouest | 318 | 1 469 | 1 498 |
| Sud | 189 | 998 | 1 035 |
| Sud-Ouest | 55 | 1 721 | 1 935 |
| Total | 2 261 | 24 589 | 25 125 |

Source : MINSANTE/DEPI : Rapports NHMIS 1998 et PNLT

Les villes de Douala et Yaoundé ont été comptées comme régions à part afin de mettre en évidence l'importance de la tuberculose comme problème de santé urbaine par excellence.

Le test de VIH est recommandé pour tous les patients tuberculeux. Le taux de réalisation du test de VIH chez les patients tuberculeux est de 71% avec une prévalence de la coinfection de 40%.

iii. Le VIH/Sida/IST

Estimée à 11% en 2000 sur la base des données de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, les résultats de l'EDS III situent à 5,5% la séroprévalence au VIH/Sida chez les adultes âgés de 15 à 49 ans en 2004. La variation des méthodologies utilisées expliquerait cette différence.

Selon EDS III :

¹¹ Source : Rapport de l'OMS 2008 WHO/HTM/TB/2008

- le taux de séroprévalence chez les femmes de 15 à 49 ans (6,8%) est supérieur au taux estimé chez les hommes du même groupe d'âge (4,1%). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,7 ;
- La proportion des personnes séropositives varie avec l'âge : d'un minimum de 1,4% parmi les personnes de 15 à 19 ans, la proportion atteint un maximum de 8,9% parmi celles de 30 à 34 ans pour ensuite diminuer à 4,7% parmi les personnes de 45 à 49 ans.
- Les hommes et les femmes du milieu urbain sont nettement plus susceptibles d'être séropositifs que ceux du milieu rural. Par ailleurs, la séroprévalence n'est pas uniformément répartie entre les différentes régions ; elle est de 8,7% au Nord-Ouest, 8,6% à l'Est, 8,0% au Sud-Ouest, 8,3% dans la ville de Yaoundé, 2,0% dans la région de l'Extrême-Nord et de 1,7% au Nord.

Environ 63 881 cas d'IST traités ont été notifiés au niveau national en 2008, contre 47 488 en 2007. Les femmes sont de loin plus concernées que les hommes ; elles représentent 68 % des cas notifiés.

Sur le plan étiologique, la gonococcie est la première cause d'IST avec 24 803 cas soit 39 % des cas dépistés, suivie de la syphilis (28 %), du trichomonas (17 %), du Chlamydia (11 %) et du Chancre Mou (5 %).

iv. Les Hépatites

Les hépatites virales ont en commun : un tropisme hépatique des virus, des risques d'évolution chronique vers la cirrhose, l'insuffisance hépatique, le cancer primitif du foie pour les hépatites B et C.

Avec une prévalence de 13%, pour l'hépatite virale C, de 10% pour l'hépatite virale B, le Cameroun est une zone de haute endémicité pour ces deux pathologies et leurs complications que sont les cirrhoses et les cancers du foie.

Les hépatites dues à d'autres virus, bien que moins fréquentes sont tout aussi sévères surtout lorsqu'elles touchent les patients immunodéprimés au VIH.

v. DES MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE (MAPE)

➤ Le Choléra

Le choléra sévit de façon endémique dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord, du Littoral, de l'Ouest et du Sud. Suite à la dernière poussée épidémique qui a sévi dans les régions du Littoral et du Centre en 2006, le Gouvernement et les Partenaires ont mis en place des mesures efficaces de sécurisation de l'eau et d'assainissement qui ont permis de contrôler l'endémie. Cependant, la prise en charge efficace des nombreux réfugiés en provenance des pays voisins représente un important défi pour notre pays.

Tableau 10 : Evolution de la situation du choléra

| Régions | Année 2006 | | 2008 | |
|----------------|------------|-------|------------|-------|
| | Nombre cas | Décès | Nombre cas | Décès |
| Adamaoua | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centre | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Est | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Extrême - Nord | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Littoral | 331 | 6 | 0 | 0 |
| Nord | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nord-Ouest | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ouest | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | |
|--------------|------------|----------|----------|----------|
| Sud | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sud-Ouest | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 334 | 7 | 0 | 0 |

Source : MINSANTE/DLM

➤ La Méningite Cérébrospinale

Cette affection sévit de manière cyclique dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord situées dans la ceinture méningitique, et au-delà, fait des poussées épidémiques dans d'autres régions du pays.

Tableau 11 : Evolution de la situation de la méningite cérébrospinale

| Régions | 2006 | | 2008 | |
|----------------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Nombre cas | Décès | Nombre cas | Décès |
| Adamaoua | 0 | 0 | 10 | 2 |
| Centre | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Est | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Extrême - Nord | 0 | 0 | 26 | 5 |
| Littoral | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nord | 35 | 11 | 0 | 0 |
| Nord-Ouest | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ouest | 0 | 0 | 14 | 1 |
| Sud | 0 | 0 | 5 | 1 |
| Sud-Ouest | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 35 | 11 | 47 | 10 |

Source : MINSANTE/DLM

➤ La Fièvre Jaune

En Afrique, l'OMS classe le Cameroun parmi les pays à hauts risques de fièvre jaune, d'où l'organisation ces dernières années des campagnes de riposte de vaccination à Méri, Bafia, Messaména, Akonolinga, où des flambées épidémiques ont été enregistrées.

Tableau 12 : Evolution des cas de fièvre jaune de 2003 à 2008

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Prélèvements suspects | 126 | 434 | 829 | 859 | 906 | 859 |
| Cas confirmés | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Décès | 0 | 5 | 12 | 25 | 17 | 0 |

Source : MINSANTE/DLM

➤ La Rougeole

La rougeole constituait la plus forte cause de morbidité des maladies du système d'alerte en 1998, le nombre de cas déclarés ayant presque doublé entre 1997 (8 222) et 1998 (14 161).

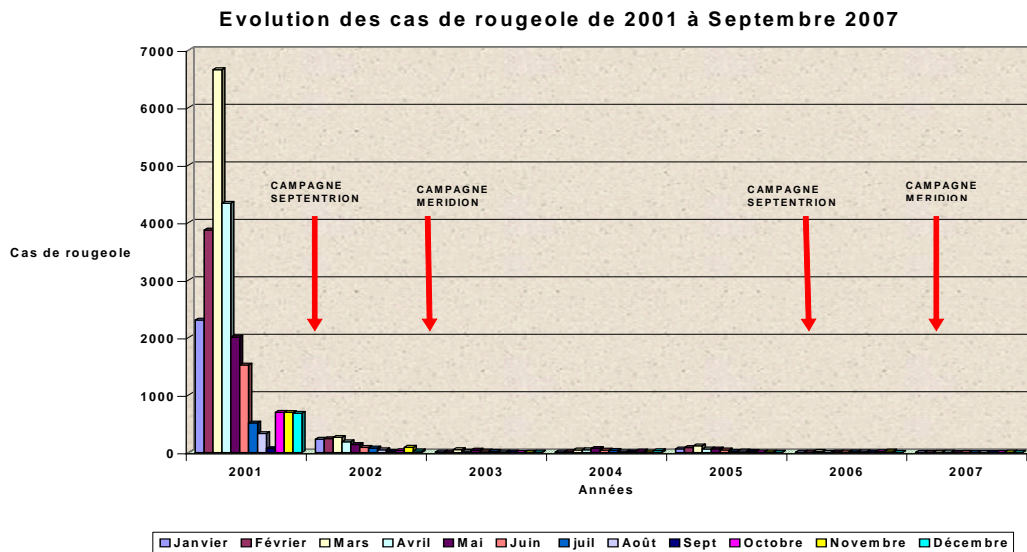
Suite aux campagnes de vaccination menées en 2002 et à l'amélioration globale du taux de couverture vaccinale anti rougeoleuse (68% en 2005), le nombre de cas de rougeole est passé de 23.691 cas en 2001 à 528 cas en 2005, soit une réduction de près de 98%. Quant à la mortalité liée à la rougeole, elle est passée de 258 décès en 2001 à 29 décès en 2005 soit une réduction de 89%. Après chaque campagne de vaccination, les efforts sont soutenus dans le PEV de routine par l'administration du vaccin à 9 mois, la surveillance épidémiologique et la riposte vaccinale.

Les activités menées depuis quelques années dans le cadre du contrôle de la rougeole ont produit des effets positifs puisque le nombre de cas et de décès dus à la rougeole a diminué de plus de 95% et de 90% respectivement.

Tableau 13 : Evolution des cas de rougeole de 2000 à 2008

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------|--------|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| Prélèvements suspects | 14 623 | 23 934 | 1448 | 899 | 1038 | 1328 | 709 | 659 | 709 |
| Cas confirmés | | 23 691 | 220 | 232 | 358 | 528 | 134 | 41 | 134 |
| Décès | 352 | 258 | 37 | 17 | 25 | 29 | 12 | 10 | 12 |

Source : MINSANTE/PEV



➤ La Poliomyélite/Paralysie Flasque Aiguë

En 2002, le Cameroun avait atteint le standard de pré-certification. Mais, ces efforts ont été perturbés par la parution en 2003 de deux cas importés de polio virus sauvages, 13 en 2004, 01 en 2005 et 02 en 2006. Cette résurgence de l'épidémie de polio dans la plupart des pays de l'Afrique du Centre et de l'Ouest a amené le Gouvernement à organiser des journées nationales de vaccination synchronisées avec les pays voisins. Malgré l'absence de nouveaux cas de poliovirus sauvages dans le pays au cours des années 2007 et 2008, il convient de rester vigilant à travers le renforcement de la couverture vaccinale de routine, de la surveillance épidémiologique et les mesures de riposte face à un nouveau cas éventuel.

Tableau 14 : Performance de la surveillance des PFA de 2001 à 2008 au Cameroun

| Indicateurs | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Nombre PFA | 166 | 101 | 142 | 219 | 261 | 193 | 198 | |
| Cas de poliovirus sauvages | 0 | 0 | 2 | 13 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Qualité des prélèvements | 92,7% | 84,4% | 77,5% | 77,2% | 81,6% | 84,9% | 81,8% | |

Source : MINSANTE/PEV

➤ La Grippe Aviaire, Syndrome Respiratoire Aiguë (SRAS) et Chikungunya

Ces maladies ont suscité l'intérêt du Gouvernement depuis le milieu des années 2000.

La Grippe aviaire est une anthroponose qui sévit sur le plan mondial depuis quelques années. En Afrique, de nombreux pays ont été contaminés, mais seuls l'Egypte et dans une moindre mesure le Nigeria ont présenté des cas humains : 34 cas confirmés dont 25 décès.

Au Cameroun, quelques cas de volailles contaminées ont été enregistrés à Maroua, Garoua et Yaoundé en 2006. Dès lors, des actions sont menées sur le terrain sous la coordination et la supervision du Comité Interministériel logé dans les Services du Premier Ministre.

Le tableau ci-dessous présente le résumé de l'évolution des MAPE.

Tableau 15 : Evolution des MAPE 1998 - 2006

| MAPE | Nombre de cas en 1998 | Nombre de cas en 2006 |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Le Choléra | | 334 |
| La Méningite cérébrospinale | 4 583 | 35 |
| La Fièvre jaune (Cas confirmés/investigués) | ND | 1/859 |
| La Rougeole (Cas confirmés/investigués) | 14 161 | 134/709 |
| La Poliomyélite/paralysie flasque Aiguë | /40 | 2/193 |
| La Rage humaine | 77 | ND |
| Le Virus Ebola | 0 | 0 |
| Le Chikungunya | 0 | 0 |
| Le SRAS | 0 | 0 |
| La Grippe aviaire | 0 | 0 |

Source : MINSANTE

ND= Non Disponible, SRAS= Syndrome Respiratoire Aiguë

2.2.1.2. DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

i. Le Cancer

Selon les estimations faites en 2002, 12.000 nouveaux cas de cancer sont enregistrés au Cameroun chaque année avec 25.000 personnes vivant avec la maladie. Ces chiffres pourraient doubler d'ici 2020 si rien n'est fait. Les cancers les plus fréquents sont ceux du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du foie et les lymphomes.

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 le diagnostic.

ii. L'Épilepsie

L'épilepsie est une maladie neurologique chronique sévère. Elle touche plus de 50 millions de personnes dans le monde dont 30 millions dans la région asiatique et 10 millions en Afrique.

Au Cameroun, on retrouve des cas d'épilepsie dans toutes les régions du pays.

En milieu hospitalier, l'épilepsie représente 15,78% des consultations neurologiques chez les adultes et 1,85% des consultations pédiatriques.

iii. La Drépanocytose

La prévalence est de 60,5 % (soit environ 1 000 000 de personnes). Toutes les tranches d'âge sont touchées et les jeunes de 10 à 29 ans représentent 89,2% des malades.

iv. Les Maladies Bucco-dentaires et Traumatismes Maxillo-faciaux

Les affections bucco dentaires, 5^{ème} fléau mondial selon l'OMS concernent 80% de la population et sont bien présentes au Cameroun. Pathologies très précoces, elles interviennent à tous les âges et nécessitent une véritable stratégie de prise en charge complète dès l'enfance (campagne de dépistage et prévention, prise en charge clinique et réhabilitation).

La carie dentaire et ses complications sont les 1^{ères} causes de consultation (85%), mais chez les patients vivant avec le VIH/SIDA, on observe une explosion des autres affections notamment les lésions buccales. Une étude menée chez 33 d'entre eux, au Baptist Bango Hospital (BBH) de novembre 2000 à février 2001, donnait déjà les chiffres suivants :

Candidoses : 24,20%, Herpes Zoster : 9,10%, Papillome Viral : 3,03% ; Gingivite/Parodontite : 6,10% ; Sarcome de Kaposi : 18,20% ; Lymphome 9,10 % ; Carcinome : 3,03 % ; Stomatite Herpétique 3,03% ; Hypertrophie de la Glande Salivaire : 9,10% ; Thrombocytopénie et Purpura : 6,10% ; Adénite : 6,10% ; Aucune Lésion 6,10%.

Leur incidence sur la santé en général et leur coût de traitement très élevé en font une priorité de santé publique.

Enfin, les traumatismes maxillo-faciaux ont augmenté dans l'ensemble du pays suite aux violences interpersonnelles et aux accidents de la circulation notamment ceux dus à la prolifération de motos taxis.

v. La Surdité ou D ficiance Auditive

La surdité reste et demeure en Afrique un problème de santé publique ; environ 15 à 40% des élèves ont des problèmes d'audition. La charge morbide en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) des maladies des organes de sens est de 12.005.000, soit 0,8% de toutes les autres affections.

La prévalence réelle n'est pas connue au Cameroun ; cependant des études réalisées dans deux écoles primaires de la ville de Yaoundé notaient un taux de surdité de 15,5% (2002). L'impact de ce fléau est aussi bien psychosocial (exclusion et stigmatisation, faible performance scolaire) qu'économique (augmentation des dépenses de santé, faible rendement socioprofessionnel).

vi. Le Diabète et l'Hypertension Artérielle

Au Cameroun selon l'enquête STEPS 2004, la prévalence du diabète est de 6% (soit 1 000 000 de personnes) ; pour l'HTA, elle est de 24% (soit 4 000 000 de personnes). Les facteurs de risque les plus incriminés sont l'inactivité physique (90% de personnes affectées sont physiquement inactives) et l'alimentation malsaine (consommation des huiles grasses, sel, sucre).

Les facteurs socioculturels et économiques et la faible disponibilité des soins de qualité sont des obstacles à la prise en charge efficace des malades, ce qui entraîne des complications invalidantes voire désastreuses.

vii. La Cécité

Selon l'OMS, la prévalence de la cécité serait de 1% dans notre région. Ainsi, 180 000 personnes souffriraient de cécité au Cameroun. Le nombre de malvoyants est estimé à 540 000.

Les principales causes de cécité sont :

- la cataracte, 50% des causes de cécité ;
- l'onchocercose, 15% ;
- le glaucome, 10-15% ;
- la rétinopathie diabétique et hypertensive ;
- les vices de réfraction ;
- les cécités de l'enfant ;
- les opacités cornéennes.

Le Cameroun dispose depuis 2002 d'un Programme de Lutte contre la Cécité. Un financement sur fond PPTTE permet de subventionner la lutte contre la cécité liée à la cataracte depuis 2006, permettant de réduire le coût de l'opération à 5000 F CFA pour les personnes indigentes, sur tout le territoire national.

L'amélioration des plateaux techniques dans les formations sanitaires et le renforcement des capacités des personnels de santé et des communautés sont des interventions actuellement mises en œuvre. En effet, un cycle de spécialisation en ophtalmologie pour les médecins à la FMSB (Université de Yaoundé I) et un autre pour les infirmiers (Ecole Nationale des infirmiers de Yaoundé) sont opérationnels et permettront de compléter progressivement le déficit en ressources humaines.

viii. Les Maladies rénales chroniques

La transition épidémiologique au Cameroun se répercute aussi au niveau des maladies rénales chroniques. Aujourd'hui, le taux de progression est élevé, et on prévoit que le nombre de patients ayant le diabète de type 2 aura doublé dans le monde dans les 25 années à venir. Ceci va conduire à une augmentation du nombre de patients ayant une Insuffisance Rénale Chronique (IRC) au Cameroun et du nombre de ceux nécessitant une thérapie de suppléance rénale, en particulier l'hémodialyse.

Face à cette situation, le Gouvernement a réagi en multipliant les centres d'hémodialyse et pour en faciliter l'accessibilité, a subventionné le coût d'une session d'hémodialyse qui revient désormais à 5000 FCFA.

ix. Les Maladies rhumatismales

Dans une étude portant sur les Maladies Rhumatismales menée par une équipe de chercheurs de l'Hôpital Général de Yaoundé en 2007, il ressort que : sur 12494 patients reçus dans le service de médecine interne, 536 malades, dont 9,4% présentaient des affections rhumatismales, les femmes constituant le groupe le plus affecté soit 62,31%. Parmi ces affections, 36,5% présentaient la maladie dégénérative de la colonne vertébrale ; 20,5% l'ostéoarthrite des membres ; 15,5% des désordres dans la région musculo-squelettique ; 9,3% l'arthrite associée aux infections ; 8,2% des infections chroniques et des maladies des tissus conjonctifs et 5,9%, les autres rhumatismes non classés.

Ceci démontre l'importance que le Gouvernement doit accorder à la lutte contre les maladies rhumatismales dans le cadre des interventions prioritaires du Ministère de la Santé Publique.

x. L'Asthme et les affections respiratoires chroniques

Les enquêtes internationales récentes sur l'asthme et l'allergie chez l'enfant « International Study on Asthma and Allergy in Childhood » (ISAAC), ont montré que l'asthme est une maladie fréquente dans la plupart des pays du monde. La prévalence déclarée des symptômes de l'asthme chez les enfants de 13-14 ans est variable d'un pays à l'autre : elle est plus élevée en Nouvelle Zélande (25%) et dans les pays les plus industrialisés, mais elle est déjà importante dans certaines villes des pays d'Afrique (10%) et d'Amérique Latine (13%). Au Cameroun, une enquête menée dans la région de l'Ouest en 2003 (ISAAC) a montré une prévalence de 5,7%.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'augmentation de la morbidité pour asthme est prévisible en raison de la jeunesse de la population, de la croissance démographique, de la diminution de la prévalence des maladies infectieuses, de l'augmentation de l'urbanisation, de l'industrialisation et aussi du changement progressif du style de vie (IUCTMR, 2006).

Au Cameroun, les affections respiratoires chroniques occupent de plus en plus une place importante dans le profil épidémiologique du pays.

xi. Les Maladies orphelines

Parmi les maladies orphelines, on note l'autisme et toutes les autres maladies rares comme certaines malformations qui prennent de l'importance dans une population croissante et aux modes de vie changeants. C'est pour cela que le Gouvernement a décidé d'élaborer des stratégies et des interventions pour leur prise en charge efficace.

2.2.1.3. DES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES

i. La Lèpre

Suite à une intensification de la recherche active des cas et à une modification de la stratégie de lutte désormais intégrée dans le PMA, 1455 nouveaux cas de lèpre (paucibacillaire et multibacillaire) ont été enregistrés en 1998 et 465 en 2007. A ce jour, avec une prévalence de 0,25 cas pour 10 000 habitants, la lèpre ne représente plus un problème de santé publique au Cameroun. Il se pose cependant le problème de réinsertion sociale et économique des personnes handicapées de la lèpre qui incombe actuellement au Ministère des affaires sociales. Le tableau ci-après montre l'évolution de la lèpre.

Tableau 16 : Evolution de la situation de la lèpre

| Régions | Nb cas en 1998 | Nb cas en 2007 |
|------------------------------|----------------|----------------|
| Adamaoua | 129 | 69 |
| Centre | 107 | 26 |
| Est | 89 | 40 |
| Extrême - Nord | 257 | 45 |
| Littoral | 144 | 36 |
| Nord | 257 | 87 |
| Nord-Ouest | 155 | 53 |
| Ouest | 65 | 16 |
| Sud | 21 | 6 |
| Sud- Ouest | 231 | 87 |
| Total (nombre de cas) | 1455 | 465 |

Source : MINSANTE/DLM

ii. L'Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli sévit dans certaines parties du pays et les premiers cas ont été rapportés en 1975. Depuis 2002, près de 1000 cas ont été diagnostiqués et traités dans les districts endémiques d'Ayos, Akonolinga, Mbalmayo, Bankim, Mbonge des régions du Centre, de l'Est et du Sud-Ouest. Les victimes sont en majorité les enfants de moins de 15 ans.

Cette maladie constitue un problème de santé publique au regard du nombre sans cesse croissant des cas et de la découverte de nouveaux sites endémiques.

iii. L'Onchocercose ou Cécité des Rivières

L'Onchocercose ou cécité des rivières est endémique dans toutes les régions du pays à des degrés variables de gravité (108 sur 176 districts de santé en 2007). La

population à risque est estimée à 62%, et la population infectée à 40% de la population à risque. Plus de 9 millions de personnes vivent dans les zones hyper/méso endémiques pour cette maladie. Environ 1,5 million de personnes souffrent d'altérations cutanées sérieuses dues à l'onchocercose et 90 000 de cécité ou d'altérations de la vue.

Tableau 17 : Prévalence de l'Onchocercose dans les régions du Cameroun 2007

| Régions | Nombre de villages enquêtés | Nombre de personnes examinées | Nombre de personnes avec nodules | Pourcentage |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------|
| Adamaoua | 54 | 1 667 | 519 | 31,13 |
| Centre | 77 | 2 359 | 717 | 30,39 |
| Est | 11 | 266 | 33 | 12,40 |
| Extrême-Nord | 47 | 1651 | 225 | 13,62 |
| Littoral | 24 | 684 | 424 | 61,98 |
| Nord | 29 | 803 | 278 | 34,62 |
| Nord-Ouest | 18 | 742 | 319 | 42,99 |
| Ouest | 51 | 1 710 | 1 187 | 69,41 |
| Sud | 26 | 695 | 109 | 15,60 |
| Sud-Ouest | 42 | 2 041 | 1 134 | 55,56 |

Source : MINSANTE/Programme ONCHO

La riposte du secteur santé à travers la distribution de l'Ivermectine selon l'approche « sous directive communautaire » a permis d'atteindre une couverture thérapeutique nationale de 70% en moyenne. Le Gouvernement envisage maintenant de passer à l'éradication de l'onchocercose en visant une couverture thérapeutique de 80% associée à la lutte anti vectorielle (Annual review 2008, Sight Savers International).

iv. La Trypanosomiase Humaine Africaine

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) reste encore un problème de santé publique au Cameroun. Pour une population à risque évaluée à environ 70 000 personnes, il existe actuellement six foyers actifs sur le territoire national : Campo et Bipindi (Région du Sud), Fontem et Mamfé (Région du Sud-Ouest); Mbandjock (Région du Centre) et Doumé (Région de l'Est). Malgré la résurgence observée ces dernières années, les actions entreprises ont considérablement concouru à réduire la prévalence à 0,2% environ soit 1 cas pour 14 000 habitants, proche du seuil de l'élimination fixé à moins d'un cas pour 10 000 habitants.

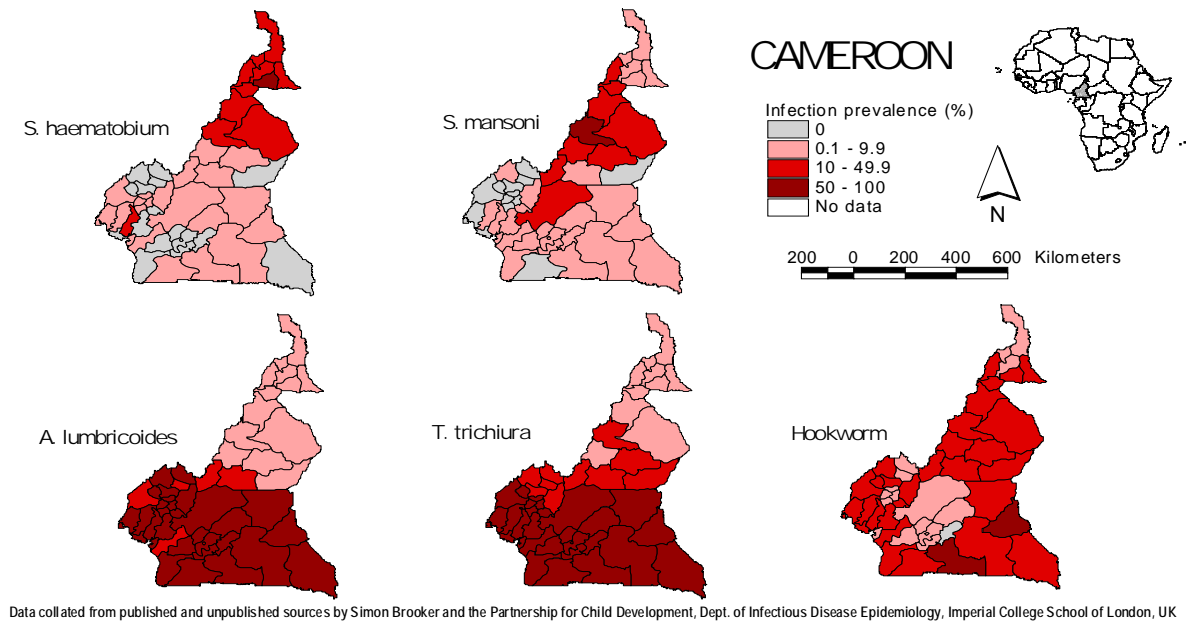
v. Le Ver de Guinée

Le Cameroun a été déclaré par l'OMS indemne de ver de Guinée en début 2008. Toutefois, cette maladie reste sous surveillance épidémiologique.

vi. Les Schistosomiasis

La schistosomiase et les helminthiases intestinales constituent un important problème de santé publique. Touchant respectivement 2 millions (avec 5 millions à risque) et 10 millions de Camerounais, ces infections parasitaires sont très largement répandues sur l'ensemble du territoire. Elles sont liées à la pauvreté qu'elles contribuent par ailleurs à perpétuer. En effet, les communautés les plus pauvres sont les plus frappées et la maladie entraîne une baisse de productivité, de performance cognitive et de croissance des enfants. Les enfants en âge scolaire (6-15 ans) constituent le groupe vulnérable le plus touché. La figure n° 4 montre l'évolution de la schistosomiase et des helminthiases intestinales au Cameroun.

Figure 4 : Distribution géographique des schistosomiases et helminthiases intestinales au Cameroun



2.2.2. DE LA MORTALITE

Tableau 18 : Evolution de la mortalité maternelle et infantile (en ‰)

| Indicateurs | Situation en 1991 | Situation en 1998 | Situation en 2004 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Taux Brut de Mortalité (TBM) en ‰ | 12,8 | 10,1 | 15,3* |
| Taux de Mortalité Infantile (TMI) en ‰ | 65 | 77 | 74 |
| Taux de Mortalité Juvénile (TMJ) en ‰ | 65,6 | 79,9 | 75 |
| Taux de Mortalité Maternelle (TMM) (pour 100 000 naissances vivantes) | 430 | 430 | 669 |
| Espérance de vie à la naissance (en années) | 54,3 | 59 | 53.3* |

*Source: EDSC 1991, 1998, 2004 et *CIA World Factbook, 2008*

Selon EDS III, le taux de mortalité chez les adultes de 15 à 49 ans est de 6,28 et 6,65‰ respectivement pour les femmes et les hommes.

Si les données de EDS II relevaient les taux les plus élevés de mortalité infantile dans les régions septentrionales (Adamaoua, 153 ‰ ; Nord et Extrême-Nord 135 ‰), celles de EDS III révèlent que la région de l'Est est désormais la plus affectée (111 ‰) suivie de celle du Nord (106 ‰).

Comme pour la morbidité, le paludisme constitue la principale cause de mortalité dans certains groupes cibles. En effet, les résultats d'une enquête transversale réalisée en décembre 2004 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dans 166 districts de santé renseigne que la létalité palustre estimée à partir de 22.286 patients hospitalisés pour le paludisme est de $3,01 \pm 0,04\%$. Elle est plus élevée dans la province de l'Adamaoua ($8 \pm 0,02\%$) et faible dans la région du Littoral ($0,21 \pm 0,01\%$). La létalité chez les enfants de moins de 5 ans est plus élevée ($4,2 \pm 0,08\%$) que chez les femmes enceintes ($2,3 \pm 0,09\%$).

Cependant, d'après l'enquête MICS 2006, il y a une tendance à la dégradation des principaux indicateurs de mortalité par rapport aux résultats de l'EDS III 2004 :

- mortalité infantile : 87 pour mille
- mortalité Infanto-juvénile : 149 pour mille
- mortalité maternelle : 669 pour cent mille naissances vivantes

Tableau 19 : Causes de mortalité des moins de 5ans

| Tranches d'âges | Taux de mortalité en % | Causes de mortalité néonatale |
|--------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Néonatale (0 à 28 jours) | 25 | Diarrhée (2%) |
| | | Tétanos (3%) |
| | | Congénitale (8%) |
| | | Asphyxie (25%) |
| | | Infection (25%) |
| | | Prématuré (30%) |
| | | Autres (7%) |
| (29 jours à 5 ans) | 75 | Malaria (23%) |
| | | Pneumonie (22%) |
| | | Diarrhée (17%) |
| | | VIH/SIDA (7%) |
| | | Rougeole (4%) |
| | | Traumatismes (2%) |
| | | Autres (15%) |

Source : OMS 2006 et Lawn JE, Cousens SN for CHERG (novembre 2006)

Tableau 20 : Causes des décès maternels

| | Taux de mortalité | Causes de mortalité |
|----------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Mortalité maternelle | 669/ 100 000 naissances vivantes | Hémorragies 34% |
| | | Eclampsie 9% |
| | | Infections 10% |
| | | Dystocie 4% |
| | | Avortement 4% |
| | | Autres causes directes 7% |
| | | Autres causes indirectes 32% |

Source : OMS 2006 et Lawn JE, Cousens SN for CHERG (novembre 2006)

2.2.3. DE LA FECONDITE

L'indice synthétique de fécondité de la femme camerounaise est passé de 5,14 (EDS II) à 5,0 (EDS III).

Tableau 21 : Caractéristiques de la femme Camerounaise

| Indicateurs | 1991 | 1998 | 2004 |
|--|------|------|-------------------|
| Age médian au premier rapport sexuel (femmes âgées de 15-49 ans) | 15,8 | 15,8 | 16,5 (20-49 ans) |
| Age médian à la première union (femmes âgées de 15-49 ans) | 16,5 | 17,4 | 17,6 |
| Age moyen à la première naissance (femmes âgées de 15-49 ans) | 18,7 | 19 | 19,1 (25-49 ans)* |

Source : EDSC 1991, 1998 et 2004.

2.3. DE L'EVOLUTION DES INDICATEURS DES OMD LIES A LA SANTE

- **OMD 1 : Objectif** : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim

Cible 2 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Indicateur 4 : Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale

Indicateur 5 : Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

Selon EDS III, les enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale sont évalués à 18,1%. Près d'un enfant sur 5 âgé de moins de 5 ans au Cameroun souffre d'insuffisance pondérale modérée et 4% d'insuffisance pondérale sévère. Cette situation reste préoccupante, puisque ces proportions sont nettement supérieures à celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3% et 0,1%) (Sources : NCHS/CDC/OMS). Les enfants des zones rurales sont les plus affectés.

➤ Sur le plan **nutritionnel**, la situation des enfants camerounais s'est aggravée en l'espace de 15 ans en termes relatifs et en termes absolus

Tableau 22 : Evolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans

| Indicateurs | Prévalence | | | |
|---|------------|---------|---------|---------|
| | 1991 | 1998 | 2004 | 2006 |
| Malnutrition chronique (Retard de croissance) | 24.4% | 29.3% | 31.7% | 30.4% |
| Nombre d'enfants retardés en croissance | 536,167 | 681,156 | 833,138 | 834,514 |
| Malnutrition aiguë (Emaciation) | 3.0% | 6.0% | 5.0% | 6.1% |
| Nombre d'enfants émaciés | 69,151 | 141,720 | 131,410 | 167,452 |
| Insuffisance pondérale | 13.6% | 22.2% | 18.1% | 19.3% |
| Nombre d'enfants en insuffisance pondérale | 316,886 | 527,397 | 489,500 | 557,165 |

Source : EDSC 1991, 1998 et 2004 et MICS 2006

- **OMD 4 : Objectif** : Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 5 : Réduire de 2/3 entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateur 13 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateur 14 : Taux de mortalité infantile

Indicateur 15 : Proportion d'enfants de 1 an vacciné contre la rougeole

Le taux de mortalité infantile (entre la naissance et 01 an) est passé de 65 à 77 et 74‰ entre 1991, 1998 et 2004. Pour l'année 2004, ce taux est plus élevé en milieu rural (91‰) qu'urbain (68‰). Ceci indique une grande disparité de l'état de santé entre les différents milieux de vie, la pauvreté étant plus accentuée en zones rurales.

S'agissant du taux de mortalité infanto-juvénile (entre la naissance et 5 ans), il est de 144‰ avec 119 en zone urbaine et 169 en zone rurale. Ce taux de mortalité infanto-juvénile se situait à 126,3‰ en 1991 et à 150,7‰ en 1998. Après la dégradation observée entre 1991 et 1998, on note une légère amélioration (Cf tableaux 15 et 16).

- OMD 5 : Objectif : Améliorer la santé maternelle

Cible 6 : Réduire de 3/4, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

Indicateur 16 : Taux de mortalité maternelle

Indicateur 17 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Le taux de mortalité maternelle est resté constant à 430 pour 100 000 naissances vivantes entre 1991 et 1998 puis s'est dégradé jusqu'à 669 en 2004 (Données EDS I, II et III)

Le pourcentage d'accouchements assistés est estimé à 63,8% (EDS, 1991), 58,2% (EDS, 1998) et 61,8 % (EDS, 2004)

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 13%.

- OMD 6 : Objectif : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible 7 : D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle

Indicateur 18 : Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans

Indicateur 19 : Taux d'utilisation de la contraception¹²

Indicateur 20 : Nombre d'enfants orphelins du SIDA

Les données de séroprévalence chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans ne sont pas disponibles ; cependant, celles concernant les femmes en général de la même classe d'âge sont ainsi qu'il suit : 2,2 % et 7,9% respectivement pour les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans (EDS III)

S'agissant du taux d'utilisation des préservatifs, la proportion d'hommes de 15 à 24 ans ayant utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels est plus élevée que celle des femmes (27% contre 18% Données EDS III). Par ailleurs, le tableau ci-après donne des indications sur les rapports sexuels à haut risque et l'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque,

Tableau 23 : Utilisation du condom en situation de risque

| Indicateurs | Chez les femmes (%) | Chez les hommes (%) |
|--|---------------------|---------------------|
| Pourcentage de sujets ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois. | 28,7 | 61,9 |
| Effectif de sujets sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois | 8,060 | 36,60 |
| Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque | 40,5 | 54,7 |
| Effectif de sujets ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois. | 23,10 | 22,66 |

Source : EDS III, 2004

¹² Selon l'OMD-6, le taux d'utilisation des préservatifs parmi les utilisateurs de la contraception ne pouvant se mesurer que chez les femmes vivant en couple, il sera complété par un indicateur sur l'utilisation des préservatifs dans les situations à haut risque. Ensuite ces indicateurs seront complétés par un indicateur sur la connaissance et les fausses opinions des 15 à 24 ans concernant le SIDA.

Quant aux idées erronées sur la transmission du VIH/SIDA, le tableau ci-dessous en fournit quelques données.

Tableau 24 : Pourcentage des sujets ayant encore des idées erronées à propos du VIH/SIDA chez les sujets de 15 à 24 ans

| N° d'ordre | Indicateurs | Femmes | Hommes |
|------------|---|--------|--------|
| 1 | Pourcentage d'enquêtés qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida | 68 | 76 |
| 2 | Pourcentage d'enquêtés qui savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques | 53 | 59 |
| 3 | Pourcentage d'enquêtés qui savent que le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels | 65 | 78 |
| 4 | Pourcentage d'enquêtés qui savent que le sida ne peut pas être transmis en partageant les repas d'un malade du sida | 71 | 79 |
| 5 | Pourcentage d'enquêtés qui rejettent les deux idées courantes et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida | 35 | 42 |
| 6 | Pourcentage d'enquêtés ayant une idée complète du sida | 27 | 35 |

Source : EDS III, 2004.

Ces données montrent qu'une frange importante de la population reste encore tributaire d'idées erronées sur le SIDA ; d'où la nécessité de continuer/intensifier l'information et la sensibilisation de ladite frange. Selon les données de l'EDS III, les jeunes hommes sont mieux informés que les jeunes filles. Les jeunes de 15 à 24 ans constituent une population à risque dans la mesure où, à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent.

- OMD 6 (suite) : Objectif** : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies
 Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateur 21 : Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie

Indicateur 22 : Proportion de la population, vivant dans les zones à risque, qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme

Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. EDS III fait relever qu'il est responsable de 35 à 40% de l'ensemble des décès dans les formations sanitaires, 50% de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, 40 à 45% des consultations médicales et 30% des hospitalisations. Il est aussi la cause de 26 % des absences en milieu professionnel et de 40 % de dépenses de santé de ménages.

Tableau 25 : Couverture nationale des ménages ayant des enfants de moins de 5 ans par les moustiquaires imprégnées (2005-2008)

| Régions | Nombre de ménages avec enfants de moins de 5 ans à atteindre ¹³ | Nombre de ménages avec enfants de moins de 5 ans atteints | Taux de couverture (%) |
|--------------|--|---|------------------------|
| Adamaoua | 93 058 | 95 894 | 103,0 |
| Centre | 262 761 | 253 699 | 97,2 |
| Est | 82 602 | 82 508 | 99,9 |
| Extrême-Nord | 595 493 | 506 180 | 85,0 |
| Littoral | 196 066 | 20 000 | 10,2 |
| Nord | 242 299 | 256 474 | 105,9 |
| Nord-Ouest | 234 714 | 196 339 | 83,7 |
| Ouest | 219 414 | 10 000 | 4,6 |
| Sud | 58 556 | 60 678 | 103,6 |
| Sud-Ouest | 111 189 | 112 626 | 101,3 |
| Total | 2 096 152 | 1 594 398 | 76 |

Tableau 26 : Couverture nationale des femmes enceintes par les moustiquaires imprégnées

| Régions | MII distribuées | | | Taux de couverture | Ecart/Objectif en 2005 |
|--------------|-----------------|---------|---------|--------------------|------------------------|
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2005 | |
| Adamaoua | 7 050 | 7 050 | 13 409 | 32,4% | -47,6% |
| Centre | 8 728 | 22 000 | 44 014 | 31,9% | -48,1% |
| Est | 2 123 | 7 324 | 19 292 | 44,7% | -35,3% |
| Extrême-Nord | 5 405 | 26 540 | 20 850 | 13,4% | -66,6% |
| Littoral | 5 961 | 19 350 | 60 419 | 53,5% | -26,5% |
| Nord | 3 720 | 11 577 | 32 363 | 46,5% | -33,5% |
| Nord-Ouest | 5 030 | 17 675 | 20 915 | 20,5% | -59,5% |
| Ouest | 2 372 | 13 269 | 56 048 | 50,1% | -29,9% |
| Sud | 3 366 | 3 658 | 24 890 | 79,7% | -0,3% |
| Sud-Ouest | 3 200 | 12 000 | 53 340 | 76,2% | -3,8% |
| Total | 46 955 | 140 443 | 345 540 | 38,4% | -41,6% |

- **OMD 6 (suite) : Objectif** : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateur 23 : Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie

Indicateur 24 : Proportion des cas de tuberculose détectés et guéris dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe (cf 2.2.1.1 ii)

¹³ Chaque ménage ayant un enfant de moins de 5 ans ne reçoit qu'une MII quel que soit le nombre d'enfants de moins de 5 ans.

- OMD 7 : Objectif : Assurer un environnement durable

L'eau potable, les latrines et dans une certaine mesure l'électricité sont des déterminants à la création et au maintien des conditions d'hygiène et de salubrité.

Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre

Indicateur 30 : Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau moderne

Tableau 27 : Proportion de ménages ayant accès à de l'eau potable

| | 2000 ⁽²⁾ | 2001 ⁽¹⁾ | 2004 ⁽³⁾ | 2006 ⁽²⁾ | Cible OMD |
|----------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| Urbain | | 86,2% | 76% | 90% | 93,1% |
| Rural | | 31,3% | 33% | 49% | 65,7% |
| Ensemble | 52% | 50,5% | 53% | 69,4% | 75,3% |

Source : ⁽¹⁾ ECAM ; ⁽²⁾ MICS ; ⁽³⁾ EDS

- OMD 7 : Objectif : Assurer un environnement durable

Cible 11 : Réussir, d'ici à 2015, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

Indicateur 31 : Proportion de la population urbaine ayant accès à un meilleur système d'assainissement

Tableau 28 : Proportion des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées

| | 2001 ⁽¹⁾ | 2004 ⁽³⁾ | 2006 ⁽²⁾ |
|----------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Urbain | 18,1% | 42% | 51,8% |
| Rural | 1,5% | 24% | 14,8% |
| Ensemble | 7,3% | 36% | 33,0% |

Source : ⁽¹⁾ ECAM ; ⁽²⁾ MICS ; ⁽³⁾ EDS

- OMD 8 : Objectif : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Cible 17 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

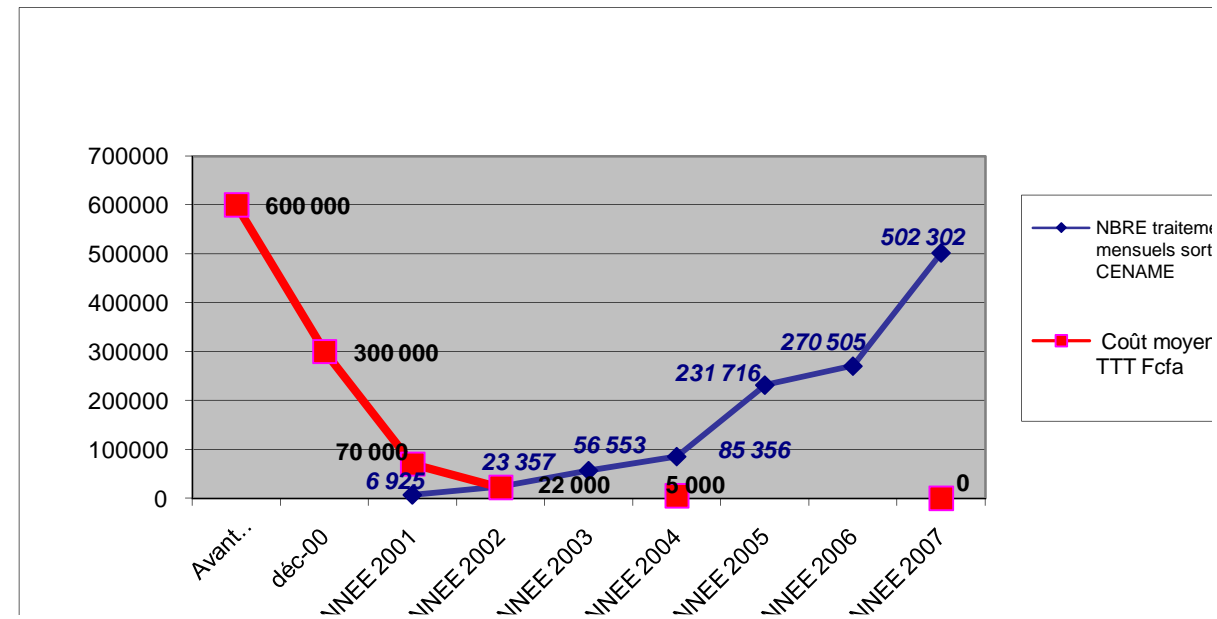
Indicateur 46 : Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable

La disponibilité des médicaments a été évaluée dans les formations sanitaires sur un échantillon de 5 médicaments au cours de l'enquête sur le suivi des dépenses publiques, et la satisfaction des bénéficiaires, dans les secteurs de la santé publique et de l'éducation en Juillet 2006 par l'Institut National de la Statistique.

Cette étude révèle que le nombre moyen de jours de rupture de stock en médicaments essentiels varie de 7,3 à 10,2 jours au cours des trois derniers mois. Par ailleurs, l'analyse situationnelle du secteur pharmaceutique réalisée en septembre 2008 situe la durée moyenne de rupture de stocks des médicaments traceurs à 23,7 jours/mois tandis que la disponibilité moyenne des médicaments essentiels est de 86,2%.

Les prix des médicaments essentiels ont connu une baisse significative ces dernières années dans le secteur public. A titre d'illustration, le coût du traitement mensuel des PVVS avec les ARV de première ligne a considérablement baissé. Il est passé de 600 000 francs environ en 2001 à la gratuité en mai 2007. Quelques médicaments des infections opportunistes (MIO) sont désormais gratuits. La gamme des ARV pédiatrique est améliorée. Le coût de certains protocoles a également été revu à la baisse.

Figure 5 : Corrélation entre la baisse des coûts de traitement aux ARV et le nombre de traitements mensuels sortis des stocks de la CENAME



Source : CENAME

Cette amélioration relative de l'accessibilité des médicaments aux populations a été rendue possible grâce à diverses subventions de l'Etat, à l'appui des partenaires au développement, à l'amélioration des techniques d'achat (mise à concurrence des fournisseurs, promotion du médicament générique, etc.). La mise à profit des flexibilités des accords ADPIC est en cours en vue de développer l'industrie pharmaceutique locale.

2.4. DES OBSERVATIONS SPECIFIQUES

Les principales observations résultant des discussions de groupes menées au cours de l'évaluation à mi-parcours sont présentées dans le tableau n° 29 ci-dessous :

Tableau 29 : Observations et recommandations des groupes ayant participé à l'évaluation à mi-parcours

| Participants (enquêtés) | Observations | Recommandations |
|-------------------------------------|--|--|
| Utilisateurs (bénéficiaires) | <p>1-Inégal bénéfice par les régions, des avantages du partenariat extérieur ;</p> <p>2-Rareté des initiatives de collaboration à la recherche en médecine traditionnelle ;</p> <p>3-Inégalités dans la répartition des offres de soins et services de santé ;</p> <p>4-Impression d'une grande masse d'argent disponible dont l'utilisation prioritaire n'est pas affectée à l'offre des services et soins de santé dans les formations sanitaires ; c'est ainsi que le lucre (voire l'opulence) de certains programmes verticaux a été décrié.</p> | <p>1-D'accentuer la capitalisation des expériences réussies (bonnes pratiques), notamment dans le cadre des partenariats sur financements extérieurs, pour en envisager la généralisation ;</p> <p>2-D'accentuer les approches de programmation / gestion davantage décentralisée et concertée des ressources, constructions, équipements...</p> |
| Prestataires | <p>1-Ces derniers ont particulièrement insisté sur les conditions de travail</p> | <p>1-D'améliorer les conditions de travail des personnels ;</p> <p>2-De renforcer les aspects législatifs et réglementaires ;</p> <p>3-De clarifier les rôles des acteurs et leur capacitation</p> |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Partenaires internationaux | 1-La subsistance des agendas et intérêts particuliers ; 2-L'absence de pratiques de programmation régulière concertée (plans d'opération). | 1-D'identifier et de hiérarchiser plus clairement les priorités au contraire de la recherche de l'exhaustivité (réduction des thèmes abordés, réduction des disparités régionales) ; 2-De produire un document de SSS plus accessible et d'en assurer une réelle appropriation à tous les niveaux ; 3-D'arrimer les objectifs révisés de la SSS aux OMD. 4-D'accélérer la mise en œuvre du SWAp ; 5-De créer un cadre formel et permanent de concertation sur la SSS. |
|-----------------------------------|---|---|

2.5. DE LA CONCLUSION ET DES RECOMMANDATIONS

L'analyse de situation qui précède, permet de résumer ci-après les informations nécessaires à l'appréciation objective des performances de la mise en œuvre de la SSS au cours de la période 2001-2006.

Des travaux d'évaluation se dégagent une conclusion sous forme de tendance générale assortie de quelques points saillants ainsi que des recommandations pour l'actualisation de cette stratégie, son alignement à l'horizon 2015 en conformité avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ainsi que sa mise en œuvre.

2.5.1. DE LA CONCLUSION

La tendance générale fait ressortir les points saillants ci-après :

- ✓ Tous les enquêtés sont unanimes à reconnaître les avancées du système à travers les améliorations en matière d'offre de soins et services de santé liées à la mise en œuvre de la SSS.
- ✓ Les programmes retenus dans la SSS sont globalement pertinents. Leur mise en œuvre nationale et les résultats à mi-parcours ont été jugés satisfaisants par la quasi-totalité des enquêtés ; toutefois la durabilité de ces acquis reste fragilisée par la verticalité de la mise en œuvre desdits programmes, approche préjudiciable au processus de viabilisation du District de Santé.
- ✓ Les nombreuses opportunités recensées et les forces inhérentes au système, mises en exergue par l'évaluation, n'ont pas été suffisamment exploitées, du fait du manque de coordination, de planification et de suivi/évaluation intégrés dans la mise en œuvre de la SSS.
- ✓ l'inadéquation entre la structuration des programmes et l'organigramme du 19 août 2002 du Ministère de la Santé Publique ; ce qui n'a pas facilité la coordination des activités par le District de Santé.
- ✓ la non réalisation de certains préalables contenus dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2010, notamment certains aspects relatifs à la décentralisation/déconcentration, la coordination, les études sur les conditions cadres, etc.

- ✓ la lourdeur des procédures financières, notamment le processus de passation de marchés qui freine la réalisation de plusieurs activités programmées.
- ✓ Dans tous les aspects visités :
 - ✚ La faiblesse du financement a été relevée. Non seulement les financements disponibles n'ont pas été utilisés de manière efficace et efficiente, mais leur mobilisation est restée une préoccupation constante, du fait notamment de la lourdeur administrative et les retards de décaissement.
 - ✚ Le déficit, tant quantitatif que qualitatif, en ressources humaines reste une préoccupation majeure voire une menace à la réussite de la mise en œuvre de la SSS, les efforts actuels de mise à niveau des effectifs demeurant largement en deçà des besoins.
 - ✚ La faible performance du système d'informations sanitaires n'a pas permis de cerner avec exactitude les performances réelles de la mise en œuvre de la SSS ; les quelques données fiables provenaient en majorité des systèmes parallèles d'information sanitaire de différents programmes. Cette situation handicape fortement le système de suivi/évaluation intégré de la mise en œuvre de la SSS.
 - ✚ L'absence d'une carte sanitaire opérationnelle a été un handicap pour le développement approprié de l'offre des services et soins de santé tel que prévu dans la SSS.

2.5.2. DES RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette analyse de situation vont servir non seulement à améliorer les prestations, mais aussi à corriger la vision globale de la Stratégie Sectorielle de Santé. Aussi, des recommandations ont-elles été formulées dans la perspective de l'actualisation de cette stratégie, afin de l'aligner aux Objectifs du Millénaire pour le Développement et la porter à l'horizon 2015. Ces recommandations s'adressent au secteur de la santé pour l'amélioration et à l'alignement de sa politique ; au Secrétariat Technique du Comité de pilotage pour le suivi et la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle et aux secteurs apparentés pour le renforcement des approches multisectorielles.

2.5.2.1. DES RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR DE LA SANTE

Elles portent sur cinq axes principaux à savoir :

- l'amélioration de la politique nationale de santé et alignement
- la viabilisation des districts de santé.
- la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant
- la lutte contre la maladie
- la Promotion de la santé

i. De l'amélioration de la politique nationale de santé et alignement

- ✓ Identifier et hiérarchiser plus clairement les priorités de la SSS.
- ✓ Traiter les aspects de gouvernance, de régulation et de bonnes pratiques comme autant de priorités.
- ✓ Revoir les nomenclatures figurant dans la stratégie, et notamment celles permettant de classer les programmes, les sous programmes et les autres unités de ces rubriques, selon les principes de classification retenues au niveau international pour faciliter le suivi et l'évaluation.

- ✓ Aligner les objectifs de la SSS actualisée aux OMD et les porter à l'horizon 2015.
- ✓ Insérer dans le document de stratégie, un répertoire des programmes et sous-programmes devant être mis en œuvre avec la précision sur ses structures de gestion prévues pour son fonctionnement (coordination centrale et/ou supervisions régionales). Ce répertoire vise à faciliter le suivi, voire la supervision intégrée des programmes et sous-programmes.
- ✓ Jumeler des programmes IST/VIH/SIDA et la tuberculose en un seul programme afin de mieux identifier et gérer les cas de tuberculose et de SIDA, la tuberculose étant l'infection opportuniste la plus fréquente chez les malades atteints de VIH/SIDA.
- ✓ Actualiser la liste des indicateurs du cadre logique pour le suivi de la Stratégie sectorielle de la Santé et la mettre à la disposition des différentes administrations chargées de la production de ces indicateurs.
- ✓ Vulgariser le document de la SSS actualisée et en assurer une réelle appropriation à tous les niveaux.

ii. De la viabilisation des Districts de Santé

S'agissant de l'offre des services et soins de santé

- ✓ Améliorer les conditions de travail des personnels au sein des formations sanitaires.
- ✓ Doter les formations sanitaires en matériels roulants.
- ✓ Actualiser et opérationnaliser la carte sanitaire.
- ✓ Mettre la priorité sur les ressources humaines en viabilisant leurs effectifs, leur formation, et leur rémunération.
- ✓ Mettre en place un système de complémentarité et de continuité des soins (références internes et externes).

S'agissant de Médicaments

- ✓ Promouvoir et améliorer la disponibilité, l'accessibilité ainsi que la gestion de tous les médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels de qualité.
- ✓ Promouvoir la production locale.

A propos du financement

- ✓ Améliorer l'exécution et le suivi budgétaires du MINSANTE (en lien avec DSRP, SSS, OMD).
- ✓ Rendre plus flexibles les procédures d'utilisation des recettes affectées.
- ✓ Renforcer la promotion du partage du risque maladie dans le financement des soins.
- ✓ Promouvoir les autres mécanismes de stimulation de la demande (vouchers, subventions directes, paiement pour les services, etc.).

Au sujet du Partenariat

- ✓ Renforcer les capacités des acteurs du système de santé à tous les niveaux et créer les conditions leur permettant de réellement assumer leurs responsabilités dans le cadre des approches multi acteurs.
- ✓ Motiver les membres des structures de dialogue.
- ✓ Améliorer la communication entre les différents partenaires.
- ✓ Clarifier les rôles des acteurs et renforcer leurs capacités.

- ✓ Formaliser la collaboration entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle.

Pour le Processus gestionnaire

- ✓ Accélérer les réformes en matière de qualité des services et soins de santé à travers la production des normes, standards et protocoles de soins.
- ✓ Revoir l'approche verticale des programmes de santé pour en pérenniser les résultats.
- ✓ Accélérer l'actualisation de la carte sanitaire.
- ✓ Accentuer les approches de programmation / gestion davantage décentralisée et concertée des ressources, constructions, équipements...

Pour la Gouvernance

- ✓ Réformer la gouvernance du système de santé à tous les niveaux afin que les mesures de management, gestion et contrôle des ressources, y compris les aspects de partenariats et d'information / communication, contribuent plus efficacement à l'atteinte des objectifs de la SSS à travers les approches modernes d'incitation à la performance.
- ✓ Accentuer l'opérationnalisation de la déconcentration et de la décentralisation en matière de santé.

Prestation des services et soins de qualité

- ✓ Accentuer la capitalisation des expériences réussies (bonnes pratiques), notamment dans le cadre des partenariats sur financements extérieurs, pour en envisager la généralisation.

Pour l'offre des services et soins de santé

- ✓ Améliorer les plateaux techniques des différents niveaux de formations sanitaires.

iii. De la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant

- ✓ Redoubler d'efforts pour réduire les taux de mortalité maternelle et infantile encore très élevés par rapport aux OMD à travers les interventions avérées de meilleurs rapports coût/efficacité.
- ✓ Renforcer le plaidoyer pour le financement de la SR pour le passage à l'échelle de certaines interventions en cours et démarrage de celles prévues.
- ✓ Maintenir l'indépendance vaccinale et l'appui des financements de l'État et des partenaires en faveur du PEV.

iv. De la lutte contre la maladie

- ✓ Intensifier les approches de prévention des maladies transmissibles et autres, avec une participation communautaire plus accrue et plus qualitative.
- ✓ Augmenter l'accessibilité géographique et financière des services de PEC dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.
- ✓ Assurer de manière proactive un développement des infrastructures et équipements pour la riposte contre les urgences, épidémies et catastrophes y compris la prise en charge des accidents liés au transport.

- ✓ Élaborer une stratégie nationale de prise en charge de la santé des personnes âgées et des adolescents (PCMAA).
- ✓ Augmenter l'accessibilité financière et géographique des services de PEC des maladies tropicales dites négligées.
- ✓ Assurer la prise en charge des urgences, catastrophes, épidémies.

v. De la promotion de la santé

- ✓ Intensifier les approches de promotion de la santé pour la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles et émergentes, avec une participation communautaire plus accrue et plus qualitative, l'accentuation des services de la Communication intégrée et du plaidoyer en faveur des programmes de santé.
- ✓ Finaliser, adopter et vulgariser tous les documents stratégiques et législatifs de la promotion de la santé.
- ✓ Renforcer les activités de la Communication pour la santé.
- ✓ Accorder davantage d'intérêt à la santé mentale, la lutte contre la drogue, le tabagisme par la mise en œuvre effective des activités y relatives (visibilité institutionnelle à tous les niveaux).

2.5.2.2. DES RECOMMANDATIONS POUR LE SECRETARIAT TECHNIQUE DU CP/ SSS

- ✓ Accélérer la mise en œuvre du SWAp santé.
- ✓ Créer un cadre formel et permanent de concertation sur la SSS.
- ✓ Anticiper sur les conditions et approches ainsi que les directives opérationnelles pour la mise en œuvre et le suivi de la SSS.
- ✓ Assurer une appropriation plus effective de la SSS: validation et adoption de haut niveau, diffusion et sensibilisation à tous les niveaux, implication des parties prenantes au suivi participatif...
- ✓ Accélérer le processus d'élaboration des comptes nationaux de la santé.
- ✓ Développer le processus de contractualisation jusqu'au niveau opérationnel lors de l'actualisation de la SSS 2001-2015.
- ✓ Préparer un plaidoyer solide pour le financement de la santé (offre et demande) au cours de l'actualisation de la SSS et bien établir la corrélation entre la demande et l'offre de santé.

2.5.2.3. DES RECOMMANDATIONS POUR LES MINISTRES APPARENTES

- ✓ Augmenter la part du budget de la santé dans leurs budgets respectifs.
- ✓ Assouplir les procédures étatiques de mobilisation des fonds alloués à la santé.
- ✓ Accélérer la mise en place des mécanismes alternatifs de financement de la santé avec la pleine participation des clients.
- ✓ Améliorer le suivi et l'évaluation des programmes chargés des enquêtes lourdes (EDS, ECAM, MICS) et doter ces structures de budgets conséquents pour leur permettre d'intégrer les indicateurs de santé dans les enquêtes lourdes.
- ✓ Accélérer la mise en œuvre de la politique de décentralisation.
- ✓ Amener l'Etat à jouer pleinement son rôle de régulation et contrôle du secteur santé.

-
- ✓ Outre les éléments qui précèdent, le comité ad hoc chargé de la validation des résultats de l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2010 a identifié d'autres points ayant retardé la mise en œuvre de ladite stratégie notamment : l'inadéquation entre la structuration des programmes et l'organigramme du 19 août 2002 du Ministère de la Santé Publique, la non réalisation de certains préalables contenus dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2010 et la lourdeur des procédures de gestion financière.

CHAPITRE 2 : DES STRATEGIES

SECTION 1 : DU MODELE CONCEPTUEL

1.1. INTRODUCTION

La SSS 2001 – 2015 se propose de renforcer la mise en œuvre des réformes du secteur santé en vue de traduire par les faits la « *Déclaration de la politique sectorielle de santé de 1992* ». D'après celle-ci, le système de santé, conforme au scénario africain de développement sanitaire basé sur le système de santé du district, est organisé en 03 niveaux :

- ✓ le niveau opérationnel qui correspond au système de santé du district
- ✓ le niveau intermédiaire chargé de l'appui technique et qui correspond au niveau de la Délégation Régionale de la Santé Publique
- ✓ le niveau central chargé d'élaborer des stratégies de développement sanitaire du Cameroun.

Conformément à ce scénario, le système de santé du district a été retenu par le Cameroun comme le niveau où doivent se dérouler les opérations de mise en œuvre des stratégies nationales de santé.

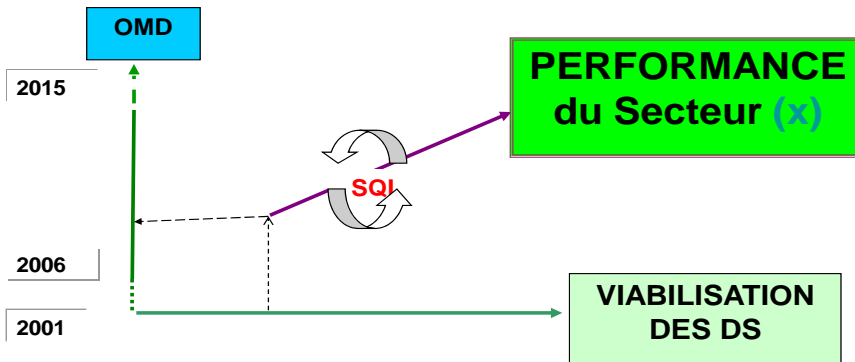
Par ailleurs, le Cameroun à l'instar des autres états membres de l'Organisation des Nations Unies, a souscrit à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. Le secteur santé est particulièrement engagé par rapport aux OMD suivants (tableau n° 30 ci-dessous):

Tableau 30 : Les OMD liés à la Santé

| N° | OBJECTIFS | N° | CIBLES | INDICATEURS |
|----|--|-----|--|---|
| 1 | Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim | 2. | Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim | 4. Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale 5. proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique |
| 4 | Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans | 5. | Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans | 13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 14. Taux de mortalité infantile 15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole |
| 5 | Améliorer la santé maternelle | 6. | Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle | 16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié |
| 6 | Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies | 7 | D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle | 18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation de la contraception 20. Nombre d'enfants orphelins du SIDA |
| | | 8 | D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle | 21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe |
| 7 | Assurer un environnement durable | 10. | Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre | 30. Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau meilleure |
| | | 11. | Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis | 31. Proportion de la population urbaine ayant accès à un meilleur système d'assainissement |
| 8 | Mettre en place un partenariat mondial pour le développement | 17. | En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement | 46. Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable |

Pour contribuer à l'atteinte des OMD liés à la santé, le secteur santé du Cameroun entend s'organiser de manière à rendre viables ses 178 districts de santé grâce à des efforts de renforcement de l'ensemble du système de santé. Pour s'assurer de l'évolution du processus de viabilisation des districts de santé avec la production conséquente des résultats de prestation des soins et services de santé à même de contribuer à l'atteinte des OMD liés à la santé, un système de monitoring des performances du secteur sera également développé et rendu fonctionnel. Tout ceci est illustré par la figure 6 ci-dessous.

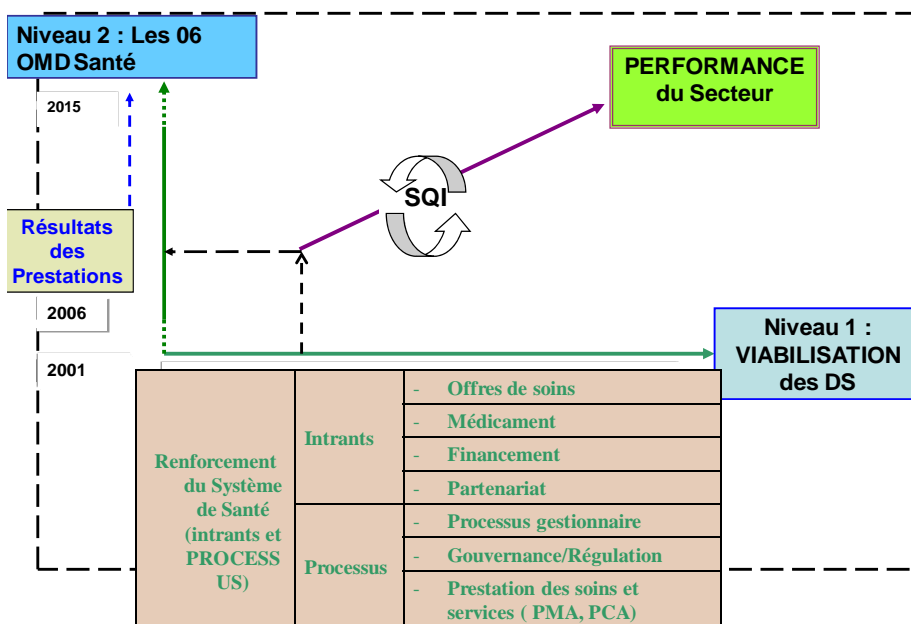
Figure 6 : Illustration simplifiée du modèle conceptuel de la SSS 2001-2015




SQI: Systemic Quality Improvement (Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité)
 (x) Performance = Efficacité + efficacité.

La performance mesure le degré d'atteinte des OMD en fonction du niveau de viabilisation du district de santé. Le SQI constitue l'un des outils permettant de mesurer la performance du système.

Figure 7 : Résultats Opérationnels et de développement



Légende :  = Effets / impacts des résultats de prestation

Le secteur aura donc à suivre 02 niveaux de résultats :

- ✓ les résultats opérationnels (niveau 1, Figure n° 7)
- ✓ les résultats de développement (niveau 2, Figure n° 7)

1.2. DES RESULTATS OPERATIONNELS

Les résultats opérationnels attendus porteront sur le niveau:

- ✓ de mobilisation des intrants pour le secteur santé en général et en particulier pour le système de santé du district
- ✓ de maîtrise des processus qualitatif et quantitatif de prestation des soins et services de santé

Mobilisation des intrants

Il s'agit de renforcer les capacités du système national de santé, à tous les niveaux, pour qu'il soit en mesure d'améliorer continuellement et de façon pérenne :

- ✓ l'offre des soins (ressources humaines, infrastructures et équipements) ;
- ✓ le développement du partenariat dans le secteur ;
- ✓ les mécanismes de financement du secteur ;
- ✓ le système d'approvisionnement en médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux.

Maîtrise des processus

La viabilisation des districts de santé vise à autonomiser chaque district dans la production pérenne des services et soins de qualité, accessibles à toutes les populations qu'il dessert.

Pour y parvenir, l'ensemble du système doit être doté des capacités de maîtrise :

- ✓ des processus gestionnaires, de gouvernance, de prestation des soins et services ;
- ✓ des normes, procédures et standards de prestation des soins ;
- ✓ de l'utilisation des outils résultant des différents processus.

Prestation des soins et services de santé de QUALITE.

Pour atteindre les OMD, un certain nombre d'interventions de prestation de soins et services de santé a été retenu par la communauté sanitaire internationale sur base des études scientifiquement menées (LANCET, BMJ, COCHRANE etc...)

Il s'agira d'amener toutes les structures sanitaires concernées à prodiguer les soins relatifs à ces types d'intervention.

1.2.1. DES RESULTATS DE DEVELOPPEMENT

Les résultats de développement sont constitués des:

- ✓ effets qui découlent des prestations des soins et services de santé de qualité;
- ✓ impacts de ces prestations c'est-à-dire la contribution du secteur santé dans l'atteinte des OMD liés à la santé (cf. tableau n° 30 ci-dessus).

1.2.2. DE LA NOMENCLATURE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001-2015

La nomenclature de la SSS 2001 – 2015 comprend:

04 Domaines d'intervention dont trois pour les prestations des soins à savoir :

- i) santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant
- ii) lutte contre la maladie
- iii) promotion de la santé

et un pour le renforcement du système de santé

- iv) viabilisation du district de santé

14 classes d'intervention de prestation des soins

07 classes d'intervention de renforcement des services de santé

63 catégories dont 36 de prestation des soins et 27 de renforcement des services de santé

265 types d'intervention dont 141 interventions de prestation des soins et 124 de renforcement des services de santé

Les détails relatifs à cette nomenclature figurent sur les tableaux n° 31 et 32 ci-dessous.

1.2.2.1. DU VOLET PRESTATION DES SERVICES ET SOINS DE SANTE

Tableau 31 : Nomenclature de la SSS 2001-2015, Volet des Interventions de Prestation des Services et Soins de Santé

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION |
|--|----------------------------------|--|--|
| 1. SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT | 1.1 Santé de la mère | 1.1.1 CPN recentrée et Consultation post natale | 1.1.1.1 CPN |
| | | | 1.1.1.2 MII / MILD |
| | | | 1.1.1.3 PTME (dépistage, ARV prophylactique de la mère et l'enfant, soutien) |
| | | | 1.1.1.4 TPI du paludisme |
| | | | 1.1.1.5 C Post natale |
| | | | 1.1.1.6 Soins post-abortum |
| | | | 1.1.1.7 Dépistage et PEC des risques (cancers, fistules obstétricales, IST, Pré éclampsie, menaces d'accouchement prématuré, diabète, drépanocytose, asthme, épilepsie, troubles de comportements, etc.) |
| | | | 1.1.1.8 Vaccination anti tétaniques |
| | | | 1.1.1.9 Supplémentation en micro nutriments (Fer, acide folique, calcium...) |
| | | 1.1.2 Accouchement et Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences | 1.1.2.1 Accouchement propre et soins du cordon (activités communautaires, réorientation) |
| | | | 1.1.2.2 Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) |
| | | | 1.1.2.3 Soins Obstétricaux d'Urgence Complet (SOUC) |
| | | | 1.1.2.4 Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels d'Urgences (SONEU) |
| | | | 1.1.2.5 PEC post abortum |
| | | | 1.1.2.6 Dépistage et PEC des Fistules obstétricales |
| | | | 1.1.2.7 Prise en charge des complications (Rupture Prématurée des membranes, Dystocies, éclampsie, hémorragie...) |
| | | 1.1.3 Planification Familiale | 1.1.3.1 Counselling sur le choix de la méthode |
| | | | 1.1.3.2 Offre de services de planification familiale et Prise en charge des effets secondaires (complications) des méthodes contraceptives. |
| | | | 1.1.3.3 Planification familiale dans le post-partum, post-abortum et chez les adolescents |
| | | 1.1.4 Consultation des femmes et dépistage des cancers génésiques | 1.1.4.1 Consultation préventive |
| 1.1.4.2 Dépistage | | | |

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|---|---|--|
| | | | 1.1.4.3 | Consultation curative et prise en charge | | |
| | | | 1.1.5 Consultation des mères et dépistage des fistules obstétricales | 1.1.5.1 | Dépistage | |
| | | | | 1.1.5.2 | Consultation curative et prise en charge | |
| | | | | 1.2 Santé de l'enfant | 1.2.1 Immunisation des enfants (PEV) | 1.2.1.1 |
| | | | | 1.2.2.1 | Diagnostic précoce à 6 semaines | |
| | | | | 1.2.2 PECP de l'enfant exposé ou infecté au VIH | 1.2.2.2 | Prise en charge globale précoce (Suivi biologique, ARV et médicaments des infections opportunistes, Soutien (observance, nutrition, psycho-sociale), etc.) |
| | | | | 1.2.3.1 | PCIME communautaire | |
| | | | | 1.2.3 PCIME | 1.2.3.2 | PCIME clinique |
| | | | | 1.2.3.3 | PCIME Scolaire | |
| | | | | 1.2.4.1 | Surveillance de la croissance de l'enfant | |
| | | | | 1.2.4 Consultation préscolaire | 1.2.4.2 | Distribution des MII/MLD |
| | | | | 1.2.4.3 | Démonstrations diététiques dans les Formations Sanitaires et en stratégie avancée | |
| | | | | 1.2.4.4 | Déparasitage | |
| | | | | 1.2.4.5 | Supplémentation en micro nutriments (vit A, zinc, iode etc.) | |
| | | | | 1.2.5.1 | Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë | |
| | | | | 1.2.5 Prise en charge de la malnutrition | 1.2.5.2 | Fortification alimentaire en micronutriments |
| | | | | 1.2.5.3 | Surveillance communautaire de la croissance de l'enfant | |
| | | | | 1.2.5.4 | Promotion des démonstrations diététiques dans les Formations Sanitaires et en stratégie avancée | |
| | | | | 1.2.5.5 | Déparasitage des enfants de 1 à 15 ans | |
| | | | | 1.3.1.1 | Séances d'écoute | |
| | | | | 1.3 Santé de l'adolescent | 1.3.1.2 | Prévention des grossesses précoces et non désirées chez les adolescents |
| | | | | 1.3.1.3 | Services de santé de reproduction (SR) adaptés aux adolescents | |

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION | |
|-------------------------------|------------------------------|--|---|---|
| | | | 1.3.1.4 | Lutte contre les pratiques néfastes (mutilations génitales, toxicomanie etc.) |
| | | | 1.3.1.5 | Education à la vie familiale et en matière de population (EVF/EMP) |
| | | | 1.3.1.6 | Prévention des IST/VIH |
| | | | 1.3.1.7 | Les consultations scolaires et extrascolaires |
| | | 1.3.2 Santé scolaire et universitaire | 1.3.2.1 | Développement des curricula d'enseignement de la prévention sanitaire |
| | | | 1.3.2.2 | Prise en charge des élèves malades par les FS les plus proches |
| | | | 1.3.2.3 | Développement des procédures et mécanismes de référence / contre référence entre les FS et les écoles par le biais des assistants sociaux |
| | | | 1.3.2.4 | Développement des Centres Médico sociaux des Universités en CMA |
| | | 1.3.3 Soutien aux orphelins et enfants vulnérables (0-18ans) | 1.3.3.1 | Prise en charge des OEV par les FS les plus proches |
| | | | 1.3.3.2 | Développement des procédures et mécanismes de référence / contre référence entre les FS et les OEV par le biais des assistants sociaux |
| | | | 1.3.3.3 | Subvention de la santé de l'enfant de la rue (voir amélioration du financement de la demande) |
| | | | | |

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION |
|--|---|--|---|
| 2. LUTTE CONTRE LA MALADIE | 2.1 Lutte contre le VIH/SIDA | 2.1.1 Prise en charge globale du VIH/SIDA | 2.1.1.1 Prévention du VIH/IST |
| | | | 2.1.1.2 Conseil et dépistage volontaire |
| | | | 2.1.1.3 Prise en charge des PVVIH ¹⁴ /TB-VIH |
| | | | 2.1.1.4 Surveillance de la résistance aux ARV |
| | | | 2.1.1.5 Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables ¹⁵ |
| | | | 2.1.1.6 Prise en charge des IST |
| | | | 2.1.1.7 Sécurité sanguine |
| | | | 2.1.1.8 Nutrition des Personnes vivants avec le VIH/SIDA |
| | 2.2 Lutte contre le paludisme et la tuberculose | 2.2.1 Prise en charge globale du paludisme | 2.2.1.1 Prévention de la transmission du paludisme ¹⁶ |
| | | | 2.2.1.2 Prise en charge des cas de paludisme |
| | | | 2.2.1.3 Surveillance de la résistance aux antipaludéens |
| | | 2.2.2 Prise en charge globale de la tuberculose | 2.2.2.1 Prise en charge préventive |
| | | | 2.2.2.2 Dépistage des cas |
| | | | 2.2.2.2 Prise en charge des cas de tuberculose/TB-VIH |
| | 2.2.2.3 Surveillance de la résistance aux anti tuberculeux | | |
| | 2.3 Lutte contre les maladies non transmissibles | 2.3.1 Prise en charge globale des maladies non transmissibles | 2.3.1.1 Prise en charge préventive ¹⁷ |
| | | | 2.3.1.2 Dépistage |
| | | | 2.3.1.3 Prise en charge clinique ¹⁸ |
| | | | 2.3.1.4 Prise en charge des urgences médicales et chirurgicales |
| | | | 2.3.1.5 Soins de réhabilitation |
| 2.3.1.6 Prise en charge communautaire | | | |
| 2.4 Lutte contre les | 2.4.1 Prise en charge globale des | 2.4.1.1 Prise en charge préventive | |

¹⁴ Comporte : examen pré thérapeutique et de suivi biologique, soins, ARV, soutien psychosocial, et Activités Génératrices de Revenus ou AGR identification et référence au Ministère en charge des Affaires Sociales, Promotion de la femme et famille)

¹⁵ Comporte : nutrition, soins curatifs, soutien psychologique, autres aspects (éducation, social, législatif voir Ministères concernés)

¹⁶ Promotion de l'utilisation des MII, Aspersions intra domiciliaires,

¹⁷ Actes médicaux permettant de prévenir la maladie : vaccination, frottis cervicaux...)

¹⁸ Incluant soutien psychologique et soins palliatifs

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | maladies tropicales négligées | maladies tropicales négligées | 2.4.1.2 | Dépistage | |
| | | | 2.4.1.3 | Prise en charge clinique ¹⁹ | |
| | | | 2.4.1.4 | Prise en charge et réinsertion ²⁰ communautaire | |
| | 2.5 Surveillance intégrée des maladies et réponse | 2.5.1 Surveillance Intégrée des maladies | 2.5.1.1 | Renforcement des capacités du système de surveillance en rapport avec le règlement sanitaire international | |
| | | | 2.5.1.2 | Réponse précoce (endiguement à la source) | |
| | | | 2.5.1.3 | Gestion de l'information en situation de crise | |
| | | 2.5.2 Contrôle des épidémies | 2.5.2.1 | Prise en charge curative des cas | |
| | | | 2.5.2.2 | Prise en charge préventive | |
| | | | 2.5.2.3 | Renforcement des mesures promotionnelles | |
| | | | 2.5.2.4 | Evaluation de l'épidémie | |
| | 2.6 Gestion des catastrophes et autres évènements de santé publique y compris ceux à portée internationale | 2.6.1 Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes | 2.6.1.1 | Préparation aux catastrophes (Disaster preparedness) ²¹ : | |
| | | | 2.6.1.2 | Diagnostic humanitaire | |
| | | | 2.6.1.3 | Réponse humanitaire | |
| | | | 2.6.1.4 | Evaluation | |
| | 2.7 Santé de la personne âgée | 2.7.1 Santé gésésique | 2.7.1.1 | Dépistage des cancers gésésiques | |
| | | | 2.7.1.2 | Prise en charge des cas de cancers gésésiques | |
| | | 2.7.2 Gériatrie | 2.7.2.1 | Consultation gériatrique | |
| | | | 2.7.2.2 | Prise en charge préventive | |
| | | | 2.7.2.3 | Prise en charge curative des cas | |
| | | | 2.7.2.4 | Réhabilitation | |
| 2.7.2.5 | | | Prise en charge communautaire | | |
| 2.8 Santé Mentale et comportements humains | 2.8.1 Maladies mentales | 2.8.1.1 | Prise en charge des cas | | |
| | | 2.8.1.2 | Prise en charge communautaire | | |
| | | 2.8.1.3 | Préventif, curatif et promotionnel | | |

¹⁹ Incluant le soutien psychologique.

²⁰ Incluant les Ministères en charge de l'Administration Territoriale et la Décentralisation et les Affaires Sociales, etc.

²¹ Cartographie des risques, simulation

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|---|
| | | 2.8.2 Troubles de comportement (Toxicomanie et usage des drogues, addictions diverses, les déviances, etc.) | 2.8.2.1 Diagnostic des comportements à risque 2.8.2.2 Prévention, prise en charge et réinsertion des malades |

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION | |
|-------------------------------------|---|--|---|--|
| 3. PROMOTION DE LA SANTE | 3.1 Communication intégrée en faveur des programmes de santé | 3.1.1 IEC/CCC | 3.1.1.1 | Conception des messages de communication par programme |
| | | | 3.1.1.2 | Conception des outils de communication intégrée |
| | | | 3.1.1.3 | Production des supports de communication intégrée en appui aux programmes de santé |
| | | | 3.1.1.4 | Diffusion des messages de communication intégrée en appui aux programmes de santé |
| | | | 3.1.1.5 | Promotion de la surveillance et de l'utilisation des supports éducatifs des programmes de santé |
| | | | 3.1.1.6 | Renforcement de la coordination de la communication intégrée en appui aux programmes de santé |
| | 3.2 Santé, nutrition et environnement | 3.2.1 Eau potable sécurisée | 3.2.1.1 | Surveillance et protection des sources d'eau potable |
| | | | 3.2.1.2 | Promotion des techniques de potabilisation d'eau de boisson |
| | | | 3.2.1.3 | Gestion de l'eau |
| | | 3.2.2 Hygiène du milieu et hygiène corporelle | 3.2.2.1 | Lutte anti vectorielle (env) |
| | | | 3.2.2.2 | Hygiène des aliments |
| | | | 3.2.2.3 | Hygiène des mains et corporelle |
| | | | 3.2.2.4 | Amélioration du cadre de vie environnemental en zones urbaine et rurale (habitat, déchets ménagers, construction/utilisation des latrines, etc.) |
| | | 3.2.3 Hygiène hospitalière | 3.2.3.1 | Promotion de la construction et de l'utilisation des incinérateurs |
| | | | 3.2.3.2 | Promotion de l'hygiène et de la gestion des déchets en milieu hospitalier |
| | | 3.2.4 Santé au travail | 3.2.4.1 | Promotion de l'hygiène en milieu professionnel |
| | | | 3.2.4.2 | Promotion de la sécurité en milieu de travail |
| | | | 3.2.4.3 | Prévention des maladies professionnelles |
| | | | 3.2.4.4 | Promotion des comportements sains en milieu de travail |
| | | | 3.2.4.5 | Mise en place des politiques de prévention et de prise en charge du VIH dans le secteur |
| 3.2.5 Sécurité sanitaire des | 3.2.5.1 | Promotion du contrôle de qualité des aliments | | |

| DOMAINE D'INTERVENTION | CLASSE D'INTERVENTION | CATEGORIE D'INTERVENTION | TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION | | |
|-------------------------------|---|--|---|---|---|
| | | aliments | 3.2.5.2 | Promotion des normes | |
| | | | 3.2.5.3 | Promotion des bonnes pratiques de fabrication/préparation et conservation | |
| | | | 3.2.5.4 | Protection de la santé du consommateur | |
| | 3.3 Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles | 3.3.1 Alimentation et nutrition du jeune enfant | | 3.3.1.1 | Promotion de l'allaitement maternel et alimentation de complément |
| | | | | 3.3.1.2 | Promotion de la supplémentation en micro nutriments |
| | | 3.3.2 Nutrition de la femme enceinte/mère allaitante | | 3.3.2.1 | Supplémentation en micronutriments (fer acide folique, calcium des femmes enceintes ou allaitantes, vitamine A post-partum) |
| | | | | 3.3.2.2 | Alimentation adéquate de la femme en âge de procréer pendant la grossesse et l'allaitement |
| | | | | 3.3.2.3 | Prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes/mères allaitantes VIH positives |
| | | 3.3.3 Nutrition des adultes et personne du 3 ^{ème} âge | | 3.3.3.1 | Promotion de la nutrition des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA |
| | | | | 3.3.3.2 | Promotion de la nutrition de la femme en âge de procréer |
| | | | | 3.3.3.3 | Promotion de l'alimentation équilibrée chez la personne âgée |
| | | 3.3.4 Prévention primaire des maladies non transmissibles à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives | | 3.3.4.1 | Promotion de la production des fruits et légumes |
| | | | | 3.3.4.2 | Promotion de la consommation des fruits et légumes |
| | | | | 3.3.4.3 | Fortification alimentaire |
| | | | | 3.3.4.4 | Promotion des activités physiques et sportives |
| | | 3.3.5 Promotion des comportements sains | | 3.3.5.1 | Promotion des stratégies de lutte contre les tabous néfastes |
| | | | | 3.3.5.2 | Promotion de la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et les drogues illicites |
| | | | | 3.3.5.3 | Promotion de l'approche genre et des droits humains |

1.2.2.2. DU VOLET RENFORCEMENT (RSS)

Le renforcement du système de santé a été retenu comme stratégie pour la viabilisation du DISTRICT DE SANTE

1.2.2.3. DU PROCESSUS DE VIABILISATION DES DISTRICTS DE SANTE

La déclaration de politique sectorielle de santé fait du district de santé la pierre angulaire des Soins de Santé Primaires dont la viabilisation est le stade ultime.

Les 124 types d'intervention contenue dans les 27 catégories d'intervention de la SSS visent à contribuer à l'atteinte des objectifs de la stratégie Gouvernementale de croissance et de réduction de la pauvreté à l'horizon 2015.

La viabilisation du District de Santé est le processus à travers lequel chaque District de Santé doit atteindre son autonomie. Dans ce cadre, cette autonomie doit être technique, économique et institutionnelle.

➤ L'autonomie technique :

Elle consiste en la capacité du système de santé de District à délivrer des services et soins de qualité au regard des préoccupations et des attentes des populations et du personnel.

➤ L'autonomie économique :

Elle consiste en la capacité des éléments du système de santé de district de couvrir tous les coûts, individuellement et collectivement, avec les recettes propres et les autres sources de financement.

➤ L'autonomie institutionnelle :

Elle consiste en la capacité des parties prenantes à manager le District de santé chacun en fonction de son rôle.

La viabilisation des districts de santé vise l'acquisition de cette triple autonomie. Toutefois, les principes clés des Soins de Santé Primaires que sont la participation communautaire, l'action multisectorielle, la sélection et la disponibilité des technologies appropriées, l'équité et la justice sociale doivent entre autres servir de guide.

Les notions d'équité et de justice sociale exigent à la viabilisation de prendre en compte les populations les plus vulnérables, notamment dans l'atteinte des objectifs économiques. L'implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) et des organisations de partage du risque maladie doit être mise à contribution pour favoriser l'accessibilité financière des plus vulnérables aux soins et services de santé de qualité.

En définitive le district de santé viable doit être capable d'identifier ses problèmes de santé, de les résoudre de manière satisfaisante, avec l'appui des structures d'orientation-recours (gestion et prestation de soins) du système national de santé.

La viabilisation d'un District de santé s'effectue en trois phases :

Phases de démarrage, de consolidation et d'autonomisation.

Toutefois, être en phase de démarrage ne signifie pas que toutes les interventions le sont. Par exemple, on peut trouver qu'un certain nombre d'interventions est en phase de consolidation dans un district alors que d'autres sont en phase de démarrage. Cette situation peut contribuer soit à tirer le district vers la phase de démarrage ou vers l'autonomisation, en fonction de l'influence et/ou de l'importance des uns et des autres.

Le niveau de viabilisation est déterminé à travers des évaluations périodiques qui peuvent être directes ou indirectes selon les critères et indicateurs de viabilisation pré définis :

- L'évaluation indirecte est fondée sur les rapports des activités, de gestion et les rapports d'impact (progrès réalisé) en santé communautaire.
- L'évaluation directe est fondée sur l'administration d'une grille d'évaluation comportant des indicateurs prédéfinis.

Les interventions à mener pour améliorer le niveau de viabilisation sont présentées dans le tableau n° 32 ci-dessous :

Tableau 32 : Nomenclature de la SSS 2001- 2015, volet renforcement

| DOMAINE | CLASSES | CATEGORIES | TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE |
|--|--|--|---|
| 4. VIABILISATION | 4.1 Offres de Services et soins | 4.1.1 : Infrastructures | 4.1.1.1 Actualisation des normes techniques |
| | | | 4.1.1.2 Construction |
| | | | 4.1.1.3 Réhabilitation/Aménagement |
| | | 4.1.2 : Equipements | 4.1.2.1 Actualisation des normes par niveau |
| | | | 4.1.2.2 Acquisition des équipements techniques |
| | | | 4.1.2.3 Acquisition des autres équipements et matériel roulant |
| | | | 4.1.2.4 Maintenance |
| | | 4.1.3 : Ressources Humaines | 4.1.3.1 Elaboration du plan de développement des ressources humaines |
| | | | 4.1.3.2 MEO du plan (développement et gestion des ressources humaines) ²² |
| | | 4.1.4 : Sécurisation du patrimoine | 4.1.4.1 Directives en matière d'assurance des biens |
| | | 4.1.5 : Référence contre référence | 4.1.5.1 Création et mise en place des pôles d'excellence |
| | | | 4.1.5.2 Développement du système de référence et contre référence |
| | 4.1.6 : Carte sanitaire | 4.1.6.1 Actualisation de la carte sanitaire | |
| | 4.2 Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux | 4.2.1 : Promotion de la production locale et valorisation du patrimoine thérapeutique nationale | 4.2.1.1 Réalisation de l'étude sur la production locale des médicaments |
| | | | 4.2.1.2 Prise des mesures d'accompagnement (flexibilité des accords ADPIC, de taxation des intrants, etc.) |
| | | | 4.2.1.3 Mise en place d'un mécanisme de valorisation du patrimoine thérapeutique national |
| 4.2.2 : Accès aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux | | 4.2.2.1 Dotation des structures intermédiaires du SYNAME d'un statut juridique | |
| | | 4.2.2.2 Harmonisation de la gestion des médicaments (élaboration des directives, directives, outils de gestion, etc.) | |
| | | 4.2.2.3 Renforcement des stocks des structures intermédiaires du SYNAME et des pharmacies des FS | |
| | | 4.2.2.4 Renforcement des capacités logistiques et managériales des structures du SYNAME (magasin de stockage, matérielles roulants, Ressources Humaines etc.) | |

²² y compris la mise en place d'un système de recrutement, d'évaluation concurrentiel transparent et motivant

| DOMAINE | CLASSES | CATEGORIES | TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE | | |
|---------|-----------------------------------|--|--|--|---|
| | | | 4.2.2.5 | Promotion de l'usage rationnel des médicaments et consommables médicaux essentiels | |
| | | | 4.2.2.6 | Développement des mécanismes de régulation et de réduction des prix des produits pharmaceutiques et des analyses biologiques médicales | |
| | | | 4.2.2.7 | Subvention de certaines classes thérapeutiques onéreuses | |
| | | | 4.2.2.8 | Formation du personnel à la bonne gestion du médicament et dispositif médicaux essentiels | |
| | | | 4.2.2.9 | Promotion de la solidarité au sein du SYNAME | |
| | | | 4.2.2.10 | Amélioration de la couverture nationale en Médicaments et Dispositifs Médicaux Essentiels | |
| | | | 4.2.2.11 | amélioration de la complémentarité entre les sous secteurs pharmaceutiques public et privé | |
| | | | 4.2.3 : Développement d'un système d'assurance qualité sur les médicaments, réactifs et dispositifs médicaux | 4.2.3.1 | Renforcement de l'inspection pharmaceutique |
| | | | | 4.2.3.2 | Homologation des médicaments |
| | | | | 4.2.3.3 | Contrôle de qualité des produits pharmaceutiques au laboratoire |
| | | | | 4.2.3.4 | Pharmacovigilance |
| | 4.2.3.5 | Renforcement du système d'assurance qualité des analyses médicales | | | |
| | 4.3 Financement | 4.3.1 : Financement de l'offre | 4.3.1.1 | Amélioration de la déconcentration de la gestion budgétaire (préparation et exécution du budget, etc.) ²³ | |
| | | | 4.3.1.2 | Mobilisation effective des ressources requises (internes et externes) | |
| | | | 4.3.1.3 | Amélioration de la gestion des fonds dans les structures de santé (Révision des textes sur les recettes affectés et des outils de gestion des structures de santé, renforcement des capacités des intervenants, renforcement du contrôle, application des sanctions, etc.) | |
| | | | 4.3.1.4 | Définition des critères d'allocation des ressources (Adéquation du budget aux objectifs, etc.) | |
| | | | 4.3.1.5 | Exécution du budget conformément aux objectifs | |
| 4.3.1.6 | | | Détermination de coûts par protocoles de soins et services de santé | | |
| | 4.3.2 : Financement de la demande | 4.3.2.1 | Mise en place d'un mécanisme de partage du risque maladie (Elaboration du | | |

²³ Réorganiser la nomenclature du budget de la santé pour améliorer la lisibilité des allocations par niveau et par structure

| DOMAINE | CLASSES | CATEGORIES | TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE | | |
|---------|---|-------------------------------------|---|--|--|
| | | | cadre juridique des mutuelles, Elaboration des normes de création et fonctionnement des mutuelles, Elaboration de la cartographie des mutuelles, Elaboration des curricula de formation des différents acteurs, etc.) | | |
| | | | 4.3.2.2 | Appui à la mise en place et monitoring des mutuelles | |
| | | | 4.3.2.3 | Renforcement des capacités des acteurs | |
| | | | 4.3.2.4 | Mise en place des mécanismes de financement de la prise en charge des personnes vulnérables | |
| | | | 4.3.2.5 | Mise en place des mécanismes de financement de la prise en charge des indigents | |
| | | | 4.3.2.6 | Développement des mécanismes de collaboration avec les autres approches de partage de risque maladie (assurances maladies) | |
| | 4.4 Partenariat et développement des ressources | 4.4.1 : Public-Public | 4.4.1.1 | Elaboration/actualisation, adoption et diffusion du document de stratégie partenariale | |
| | | | 4.4.1.2 | Mise en œuvre de la stratégie partenariale (<i>Finalisation du manuel de procédures en matière de contractualisation, Signatures des conventions de partenariat, Renforcement des capacités pour la MEO de la contractualisation, Renforcement de la coordination, etc.</i>) | |
| | | | 4.4.1.3 | Monitoring et évaluation de la MEO de ces conventions | |
| | | | 4.4.2 : Public-Privé (y compris sous secteur traditionnel) | 4.4.2.1 | Elaboration/actualisation, adoption et diffusion du document de stratégie partenariale |
| | | | | 4.4.2.2 | Mise en œuvre de la stratégie partenariale (Identification des domaines de partenariat, <i>élaboration du manuel de procédures en matière de contractualisation, Signatures des conventions de partenariat, Renforcement des capacités pour la MEO de la contractualisation, Renforcement de la coordination, etc.</i>) |
| | | | | 4.4.2.3 | Elaboration, diffusion et MEO du plan stratégique de la médecine traditionnelle |
| | | 4.4.3 : Participation communautaire | 4.4.2.4 | Monitoring et évaluation de la MEO de ces conventions | |
| | | | 4.4.3.1 | Elaboration du cadre réglementaire de la participation communautaire y inclus d'autres canaux de participation communautaire | |
| | | | 4.4.3.2 | Renforcement de la participation communautaire (Renforcement des capacités des membres des structures de dialogue, Financement des activités, Renforcement de la coordination, etc.) | |
| | | 4.4.4 : International | | 4.4.3.3 | Monitoring et évaluation des activités de participation communautaire |
| | | | | 4.4.4.1 | Elaboration/actualisation, diffusion du document de stratégie partenariale |

| DOMAINE | CLASSES | CATEGORIES | TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE |
|---|---|--|---|
| | 4.5 Processus gestionnaire | | 4.4.4.2 Renforcement de la coordination des partenaires |
| | | | 4.4.4.3 Elaboration de la cartographie des partenaires |
| | | | 4.4.4.4 Sollicitation d'autres engagements dans le partenariat |
| | | | 4.5.1.1 Identification des domaines à renseigner |
| | | 4.5.1 : NHMIS | 4.5.1.2 Actualisation des indicateurs |
| | | | 4.5.1.3 Elaboration des outils intégrés de collecte et de transmission des données |
| | | | 4.5.1.4 Mise à jour d'un mécanisme de traitement et transfert de données (équipement en registres, matériels informatiques, formation du personnel, etc.) |
| | | | 4.5.1.5 Définition du profil du personnel en charge de l'information sanitaire à tous les niveaux |
| | | | 4.5.1.6 Renforcement de l'unité en charge du système d'informations sanitaires |
| | | | 4.5.1.7 Création et opérationnalisation de l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) |
| | | | 4.5.1.8 Production et diffusion des rapports périodiques d'activités du NHMIS |
| | | | 4.5.1.9 MEO effective du circuit d'exploitation des rapports |
| | | | 4.5.1.10 Allocation des fonds de fonctionnement du NHMIS |
| | | | 4.5.1.11 Actualisation continue |
| | | | 4.5.1.12 Développement d'un système de documentation et d'archivage (Locaux, matériels et personnel) |
| | | | 4.5.2 : Planification |
| | | 4.5.2.2 Elaboration des plans stratégiques et des plans de travail annuel à tous les niveaux | |
| | | 4.5.2.3 Elaboration des projets d'établissements hospitaliers | |
| | | 4.5.2.4 Renforcement des capacités en matière de planification | |
| | | 4.5.3 : CDMT | 4.5.3.1 Actualisation continue |
| 4.5.3.2 Analyse de l'efficacité des stratégies de mobilisation du financement des interventions | | | |
| 4.5.3.3 Analyse de l'efficacité de la dépense | | | |
| 4.5.4 : Coordination intégrée | 4.5.4.1 Organisation de la coordination | | |
| | 4.5.4.2 Mise en place effective du SWAP | | |

| DOMAINE | CLASSES | CATEGORIES | TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE | |
|---------|--|--|---|--|
| | | 4.5.4 : Supervision formative intégrée | 4.5.4.3 Redynamisation du conseil supérieur de la santé et des affaires sociales | |
| | | | 4.5.5 : Supervision formative intégrée | 4.5.5.1 Réorganisation du système de supervision formative intégrée |
| | | | | 4.5.5.2 Harmonisation, adoption et diffusion des outils de supervision (guides, grilles, etc.) |
| | | | | 4.5.5.3 Evaluation du système de supervision |
| | | 4.5.6 : M&E | 4.5.6.1 Réorganisation du système de M&E | |
| | | | 4.5.6.2 Harmonisation, adoption et diffusion des outils de M&E (guides, grilles, SQI et autres, etc.) | |
| | | | 4.5.6.3 Evaluation du système de M&E | |
| | | | 4.5.6.4 Elaboration des comptes nationaux de santé | |
| | | | 4.5.6.5 Production du rapport annuel consolidé | |
| | | | 4.5.6.6 Monitoring et évaluation de la mise en œuvre de la SSS à travers le SWAp | |
| | | 4.5.7 : Manuel de normes et procédures | 4.5.7.1 Identification de tous les domaines nécessitant des manuels de normes et procédures | |
| | | | 4.5.7.2 Harmonisation, adoption et diffusion des manuels dans les domaines identifiés | |
| | | | 4.5.7.3 Elaboration et MEO de la politique de technologie sanitaire | |
| | | | 4.5.7.4 Elaboration du manuel de procédures de gestion des ressources et leur mise en œuvre | |
| | 4.5.7.5 Elaboration et MEO des directives opérationnelles sur la viabilisation du DS | | | |
| | 4.5.7.6 Mise en place d'un mécanisme de monitoring de FINEX | | | |
| | 4.6 Gouvernance | | 4.6.1 : Contrôle Social | 4.6.1.1 Mise en place des mécanismes d'évaluation du degré de satisfaction des utilisateurs (enquêtes, requêtes, boîtes à idées, etc.) et l'exploitation des résultats |
| | | | | 4.6.1.2 Information et sensibilisation des populations sur la gouvernance |
| | | 4.6.1.3 Actualisation des textes relatifs à la participation communautaire | | |
| | | 4.6.1.4 Mise en place d'un cadre de collaboration avec les bénéficiaires ²⁴ | | |
| | | 4.6.2 : Mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique | 4.6.2.1 Institutionnalisation des contrats de performance à tous les niveaux | |
| | | | 4.6.2.2 Application des dispositions du statut des personnels des corps de la santé relatives au profil de carrière | |

²⁴ Elaboration d'un cadre institutionnel et réglementaire, Mise en place d'une structure de suivi évaluation, des procédures et de reporting

| DOMAINE | CLASSES | CATEGORIES | TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE | | | |
|---------|---------|--|--|--|--|--|
| | | | 4.6.2.3 | Information du personnel de santé sur les mesures d'incitation et de sanctions existantes ²⁵ | | |
| | | | 4.6.2.4 | Actualisation et contrôle de l'application des textes relatifs à l'octroi des quêtes parts et autres primes | | |
| | | | 4.6.2.5 | Contrôle de la mise en pratique des mesures découlant des résultats des études sur la gouvernance et corruption ²⁶ | | |
| | | | 4.6.2.6 | Production et diffusion des documents relatifs aux bonnes pratiques | | |
| | | | 4.6.3 : Régulation | 4.6.3.1 | Actualisation/Diffusion du recueil des textes du secteur santé | |
| | | | 4.6.3.2 | Actualisation, élaboration et diffusion des autres textes réglementaires du secteur (y compris médicament, dopages) | | |
| | | | 4.6.3.3 | Elaboration et adoption d'un code de procédures hospitalières | | |
| | | | 4.6.3.4 | Institutionnalisation de l'élaboration et de l'utilisation des règlements intérieurs des formations sanitaires y compris un code de procédure sanitaire. | | |
| | | | 4.6.3.5 | Renforcement des inspections et contrôles du secteur | | |
| | | | 4.6.3.6 | Lutte contre l'exercice illégal de la médecine et la vente illicite des médicaments | | |
| | | | 4.7 Processus de prestation des services et soins de Santé | 4.7.1 : Normalisation | 4.7.1.1 | Elaboration /adaptation des protocoles de soins inexistants |
| | | | | | 4.7.1.2 | Harmonisation, actualisation, adoption et diffusion des protocoles |
| | | | | | 4.7.1.3 | Formation à l'utilisation des protocoles |
| | | | | | 4.7.1.4 | Diffusion des normes et procédures (PMA, PCA, etc.) |
| | | | | | 4.7.1.5 | Développement et diffusion d'une politique d'hygiène hospitalière |
| | 4.7.1.6 | Révision périodique des protocoles de soins | | | | |
| | 4.7.1.7 | Elaboration, adoption, diffusion et monitoring de l'Utilisation du Guide Thérapeutique, du Guide National Diagnostique Traitement et du Formulaire National Médicaments Essentiels | | | | |
| | 4.7.1.8 | Actualisation/développement des curricula de formation de base | | | | |
| | | 4.7.2 : Recherche opérationnelle | 4.7.2.1 | Définition des priorités nationales de recherche | | |
| | | | 4.7.2.2 | Renforcement du cadre législatif et réglementaire de la recherche | | |
| | | | 4.7.2.3 | Mise en œuvre de la recherche opérationnelle (Mobilisation des fonds pour la | | |

²⁵ Sur la base des critères de performance du personnel adopté à tous les niveaux.

²⁶ Veiller à la stricte application des dispositions du code de marché

| DOMAINE | CLASSES | CATEGORIES | TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE |
|---------|---------|------------|--|
| | | | <p>recherche, Renforcement de la coordination de la recherche, etc.)</p> <p>4.7.2.4 Promotion de l'utilisation des résultats de la recherche</p> <p>4.7.2.5 Renforcement des capacités en matière de recherche opérationnelle à tous les niveaux</p> |

SECTION 2 : DES OBJECTIFS ET DES AXES STRATEGIQUES

2.1. DU BUT

La SSS 2001 – 2015 a pour but de contribuer à la lutte contre la pauvreté à travers l'amélioration de l'état socio sanitaire des populations du Cameroun.

2.2. DES OBJECTIFS

2.2.1. L'OBJECTIF GENERAL

Viabiliser tous les Districts de Santé pour être en mesure de contribuer à l'atteinte des OMD.

2.2.2. LES OBJECTIFS SPECIFIQUES

D'ici 2015 :

- i) amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un District de Santé;
- ii) amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours;
- iii) réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables;
- iv) réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans;
- v) réduire de 2/5 la mortalité maternelle.

2.2.3. DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001 – 2015 ET DES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE (OMD)

Si la formulation des objectifs spécifiques IV et V de la SSS/2001-2015 réfère directement aux OMD 4 et 5, il n'en est pas de même quant à l'objectif spécifique III en rapport avec les objectifs du Millénaire pour le Développement 1, 6 et 7.

En effet, la réalisation de l'objectif spécifique III de la SSS/2001-2015 par le secteur santé contribuera à l'atteinte des Objectifs du Millénaire 1, 6 et 7, en ce qui concerne leurs cibles respectives ci-après (voir tableau n° 33 ci – dessous):

Tableau 33 : relation entre l'objectif III de la SSS et les OMD 1, 6 et 7

| OMD | CIBLES DES OMD INCLUS DANS LA SSS | INDICATEURS |
|---|---|---|
| OMD N° 1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim | Cible 2 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim | Indicateur 4 : Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale Indicateur 5 : Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique |
| OMD N° 6. Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies | Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle Cible 8 : avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle | Indicateur 18 : Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans Indicateur 19 : Taux d'utilisation de la contraception Indicateur 20 : Nombre d'enfants orphelins du SIDA Indicateur 21 : Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie Indicateur 22 : Proportion de la population, vivant dans les zones à risque, qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme Indicateur 23 : Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie Indicateur 24 : Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe |
| OMD N° 7. Assurer un environnement durable | Cible 10 : réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre Cible 11 : réussir d'ici 2010 à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis | Indicateur 30 : Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau moderne Indicateur 31 : Proportion de la population urbaine ayant accès à un meilleur système d'assainissement |

Les objectifs spécifiques I et II relèvent du renforcement du système de santé, qui permettra à terme de dispenser les prestations de services et soins de qualité à même de contribuer à l'atteinte des OMD.

2.2.4. DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001 – 2015 ET DU DISTRICT DE SANTE VIABLE

Le district de santé est l'unité opérationnelle du système de santé au Cameroun.

Pour assurer les prestations de services et soins de santé nécessaires à la production des résultats qui vont contribuer à l'atteinte de ces OMD, le Cameroun a retenu comme principal outil de production, le District de Santé Viable (DSV) tel que décrit dans le modèle conceptuel ci-dessus et dont l'optimisation du fonctionnement est très dépendant du niveau d'opérationnalité du système d'appui et d'orientation recours.

Le niveau du District est l'interface entre les populations et le système national de Santé. C'est le site préféré des interventions des partenaires au développement et des organisations non gouvernementales.

Pour qu'un district de santé soit viable, il doit disposer d'un réseau de formations sanitaires dont les infrastructures et les équipements répondent aux normes en vigueur, et d'un personnel quantitativement et qualitativement conforme aux exigences qu'impose, selon le contexte, la mise en œuvre de son PMA et de son PCA selon les procédures.

Conformément à la politique nationale de santé, cette mise en œuvre doit se faire en partenariat avec les ministères apparentés, les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), les organisations de la société civile (OSC) et la participation des communautés bénéficiaires

Si la collaboration intersectorielle peut et doit se décider à un niveau élevé, c'est toutefois au niveau du District de Santé que les contraintes institutionnelles et les lourdeurs administratives sont beaucoup plus facilement surmontées.

La participation communautaire, actuellement contrôlée par le personnel de santé, doit s'orienter désormais vers le renforcement des capacités des communautés bénéficiaires afin d'en faire un partenaire capable de contribuer valablement dans le processus de prise de décision dans le cadre de la gestion du District de Santé.

Au-delà de la prise de décision, le leitmotiv doit être la conscientisation des communautés sur leurs problèmes de santé. Mieux informées dès le départ et bien préparées par la suite, les communautés qui disposent souvent en leur sein de ressources humaines, matérielles et financières, doivent participer de leur plein gré à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé comme partenaire à part entière. A cet égard, elles doivent participer à l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire de leur District (PDSD), à sa mise en œuvre, à son monitoring et à son évaluation.

Pour ce faire, les communautés doivent se faire assister dans leur processus de conscientisation et de mise en œuvre de leurs initiatives en faveur de la Santé, par les Collectivités Territoriales Décentralisées et les systèmes de Partage de Risque Maladie, entre autres...

Le District de Santé est donc le lieu par excellence des interventions des différents acteurs qui jouent chacun un rôle déterminant dans le processus d'opérationnalisation des Soins de Santé Primaires par la qualité de leurs actions.

2.3. DES AXES STRATEGIQUES

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, les interventions seront menées selon les 05 axes stratégiques suivants :

- 1) renforcement du système de santé ;
- 2) vulgarisation de la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA) dans le district de santé ;
- 3) développement d'un système d'orientation-recours opérationnel ;
- 4) renforcement du partenariat dans le secteur ;
- 5) stimulation de la demande.

2.3.1. LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (RSS)

La mission primaire de tout système de santé est de produire des prestations de soins et services de qualité.

Pour remplir de façon pérenne cette mission, la communauté sanitaire internationale est de plus en plus consciente de la nécessité de renforcer les structures de production de soins en capacités de mobilisation de leurs intrants et de maîtrise de leurs processus.

Dans le cadre de la SSS 2001 – 2015, le renforcement du système de santé va se faire à travers le domaine d'intervention « Viabilisation du District », de ses classes, des catégories par classe et des types d'intervention par catégorie (cf. tableau n° 30 ci-dessus).

2.3.2. LA VULGARISATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES (PMA) ET DU PAQUET COMPLEMENTAIRE D'ACTIVITES (PCA) DANS LE DISTRICT DE SANTE

Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) est le minimum des activités curatives, préventives, promotionnelles, de réhabilitation et de gestion qui doivent être effectuées de manière intégrée, continue et globale au niveau du premier échelon de la pyramide sanitaire (CMA, CSI, CS et CSA) compte tenu de son contexte spécifique, pour assurer la disponibilité des soins et services de qualité à la population de sa zone de responsabilité.

Chaque District de santé, en fonction de son contexte et en accord avec les parties intéressées devra identifier les activités du PMA et du PCA à réaliser.

Le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), est un ensemble d'activités que doit mener le premier niveau de recours en complémentarité au Paquet Minimum d'activités (PMA) du premier échelon. Elles doivent être effectuées de manière continue en appui au premier échelon par le premier niveau de référence (HD, SSD) pour assurer la continuité des soins et services de qualité dans le District de Santé.

Le Cameroun est actuellement en transition épidémiologique avec une augmentation avérée des maladies chroniques et dégénératives. Cette situation interpelle le secteur santé à mettre un accent particulier sur le développement des soins de réhabilitation d'ici 2015.

La vulgarisation se fera à travers la diffusion du PMA et PCA, la formation, la supervision formative intégrée et le monitoring-évaluation intégré en vue de leur réadaptation continue selon l'adéquation entre l'offre, la demande et les besoins du District de Santé.

Pour ce faire, un minimum de ressources (humaines, matérielles et financières) doit être disponible à chaque niveau de la pyramide sanitaire nationale pour son opérationnalité.

2.3.3. LE SYSTEME D'APPUI ET D'ORIENTATION-RECOURS DU NIVEAU OPERATIONNEL

Le système d'appui et d'orientation recours du District de Santé Viable est constitué par les éléments suivants :

- ✓ les Hôpitaux Régionaux et Assimilés ;
- ✓ la Délégation Régionale de la Santé Publique ;
- ✓ les Hôpitaux d'envergure nationale et les organismes techniques sous-tutelle du MINSANTE ;
- ✓ les Services Centraux du Ministère de la Santé Publique.

Les fonctions de ce système qui seront développées porteront d'une part sur l'orientation à savoir :

- la régulation²⁷ ;
- le financement ;
- la supervision formative.

Et d'autre part sur le recours à travers:

- la référence/contre référence.

²⁷ Régulation prend en compte l'élaboration des stratégies de mise en œuvre des politiques, des textes, des directives, des normes et procédures ainsi que le contrôle de leur mise en application.

2.3.4. LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR SANTE

La vulgarisation du paquet minimum d'activités va amener le Ministère de la Santé Publique à développer un partenariat avec les ministères apparentés intervenant de façon transversale ou complémentaire, les opérateurs privés, les prestataires privés et publics, les communautés et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Il sera créé des structures de coordination et de mise en œuvre du partenariat à tous les niveaux du système sanitaire.

2.3.4.1. LES MINISTERES APPARENTES

La santé étant un état de bien-être physique, mental et social, le maintien d'un bon état de santé des populations doit également être au centre des préoccupations des autres ministères dont les activités ont des effets directs et même indirects sur la santé des individus et/ou des communautés; ce sont des ministères apparentés à la santé. Il est important de les impliquer davantage dans la politique nationale de santé. Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique renforcera le dialogue et la collaboration avec les ministères apparentés à la santé.

Les ministères apparentés sont ceux qui disposent des services et/ou formations sanitaires. Ils sont classés en trois groupes:

- les ministères prestataires de services et soins de santé ;
- les ministères promoteurs ; ce sont ceux qui peuvent investir dans la santé sans être nécessairement prestataire ;
- les ministères d'appui-relais ; ce sont ceux qui disposent de fortes potentialités pour la promotion de la santé.

En ce qui concerne les ministères apparentés prestataires de services et soins de santé, le Ministère de la Santé Publique veillera, en collaboration avec les institutions concernées (départements en charge de la Défense, de la Justice, de la Sûreté Nationale, de l'Education de Base, des Enseignements Secondaires et Supérieur, des Affaires Sociales, de la Promotion de la Femme, de la Jeunesse, de l'Education Physique et des Sports, du Travail et de la Sécurité Sociale²⁸), à assurer un niveau satisfaisant (en référence à la norme définie par le Ministère de la Santé Publique) de qualité des soins dans les formations sanitaires placées sous leur tutelle.

S'agissant des ministères apparentés promoteurs (départements en charge des Finances, de l'Economie, de la Construction, du Développement Urbain, de l'Administration Territoriale, etc.), leur intervention sera fortement sollicitée en vue de maîtriser et de compléter la carte sanitaire du Cameroun et de renforcer davantage le partenariat avec le secteur privé.

²⁸ Avec les hôpitaux de CNPS, CDC, ALUCAM, HEVECAM, etc.

Quant aux ministères d'appui-relais (départements en charge des Affaires Sociales, de la Femme et de la Famille, du Développement Communautaire, etc.), ils seront utilisés pour améliorer l'accès aux soins des groupes spécifiques : travailleurs, agriculteurs, élèves, étudiants, malades, personnes âgées, femmes, pauvres, handicapés, etc.

Dans ce cadre, il sera nécessaire de créer des structures à différents niveaux du système de santé, destinées à renforcer la coordination, la concertation, l'échange d'informations et la mise en œuvre des politiques favorables à la santé.

2.3.4.2. LE SECTEUR PRIVE

Au Cameroun, le secteur privé se subdivise en:

- privé à but lucratif;
- privé à but non lucratif constitué des Organisations de la Société Civile (professionnels, laïcs, ONG, Associations, etc.)

Le Ministère de la Santé Publique s'emploiera à promouvoir la compétitivité et la complémentarité entre les secteurs public et privé en vue d'améliorer l'offre de soins aux populations en termes de qualité, d'équité et de justice sociale. Il mettra en place un cadre (carte sanitaire, actes réglementaires, mécanismes de dialogue), favorable au développement de l'approche contractuelle seule susceptible dans les conditions actuelles de garantir une véritable complémentarité, public/privé dans le secteur santé. La mise en place de ce système complémentaire permettra au Ministère de la Santé Publique de diminuer progressivement son intervention directe dans l'offre de soins.

Compte tenu d'une part, de la diversité des intervenants (associations, ONGs et partenaires locaux) dans le secteur et d'autre part, de la difficulté à évaluer leur contribution dans l'offre de services et soins, leur rôle respectif sera redéfini.

Dans le cadre de l'approche contractuelle, le Ministère de la Santé Publique identifiera ceux qui ont le plus de capacités de contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Pour rendre efficace cette complémentarité, l'Etat contribuera à l'amélioration de la qualité des services délivrés par le secteur privé contractualisé ainsi qu'au renforcement de ses capacités.

2.3.4.3. LES COMMUNAUTES BENEFICIAIRES

La participation communautaire se fera sur la base d'un cadre juridique élaboré d'accord parties, permettant d'impliquer les différentes composantes de la communauté à l'analyse, à la résolution des problèmes de santé à différents niveaux, à la gestion et à la promotion de la santé, en vue d'assurer le contrôle social du secteur santé.

En tant que organe régulateur, le Ministère de la Santé Publique :

- Vise, à terme, l'autonomisation progressive des Structures de Dialogue en matière de développement sanitaire aux niveaux local et régional afin de responsabiliser davantage les communautés dans l'auto-prise en charge

de leurs problèmes de santé. Pour permettre aux communautés de jouer ce rôle, un accent particulier sera mis sur le renforcement de leurs capacités.

- appuiera l'élaboration d'un guide des structures de dialogue ainsi que des instructions opérationnelles pour la mise en œuvre de la participation communautaire notamment en ce qui concerne leur rôle, leur composition et leur adaptation à l'environnement socioculturel, sur la base des expériences passées et en cours.

2.3.4.4. LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)

Dans la perspective de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, le Gouvernement et les PTF ont convenu de travailler de concert pour la mise en place d'une approche sectorielle pour la santé (ou SWAp) en vue de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le Comité de Pilotage et du Suivi de la mise en œuvre de la SSS a été retenu comme cadre de concertation permettant au Secteur Santé de mieux cerner la nature et le coût des interventions ainsi que les effets attendus pour améliorer le rapport coût - efficacité de ses interventions futures.

Ce cadre devra permettre aux PTF de contribuer efficacement au développement du partenariat dans le secteur santé, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un Programme Commun de santé sur la base des plans de développement Sanitaire du District consolidés aux niveaux régional et national.

A terme, il faudra s'orienter vers un alignement et une harmonisation des procédures à l'effet d'améliorer la transparence dans la gestion des ressources, l'exécution, le monitoring et l'évaluation de la mise en œuvre du Programme Commun. La coordination du partenariat relèvera du Ministère de la Santé Publique.

Grâce à la maîtrise croissante de la planification et aux mécanismes de coordination, le Gouvernement insistera auprès de ses PTF pour que leurs interventions rentrent dans le cadre du programme unique technique et d'investissement sectoriel.

2.3.4.5. LA STIMULATION DE LA DEMANDE

Depuis l'indépendance, les Gouvernements successifs ont consacré d'importants moyens de l'Etat pour l'amélioration de l'offre de services et soins de santé. Ces efforts n'ont pas toujours été couronnés par le niveau d'utilisation attendu²⁹. Conscient de ce paradoxe, le Chef de l'Etat a prescrit au Gouvernement en décembre 2007, de développer des mécanismes d'assistance médicale afin d'améliorer de manière significative le recours et l'utilisation par toutes les couches de la population, des services et soins de santé de qualité.

²⁹ Enquête sur les Déterminants du recours aux Soins et aux Médicaments au Cameroun (Juillet, 2004)

Dans ce cadre, l'on procèdera à l'accélération de l'extension de la couverture du territoire national par des mutuelles de santé. Par ailleurs, le processus de mise en place d'un système national de partage du risque maladie en cours sera finalisé. D'autres mécanismes de financement de la demande seront développés en fonction des besoins de certains groupes spécifiques. Il est attendu que toutes ces mesures contribuent à la stimulation de la demande à travers son financement.

**PARTIE 3 : DU CADRE OPERATIONNEL DE LA
STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE**

La Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015 sera rendue opérationnelle par la mise en exécution du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du secteur Santé qui lui est associé.

Le CDMT-santé, élaboré à l'aide du Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB) qui est un outil de planification et d'évaluation des coûts additionnels, dans l'optique de l'atteinte des OMD, est alors compris comme un point d'encrage entre le DSCE, la SSS et les OMD. Il doit pouvoir garantir une juste cohérence entre les interventions prioritaires de la SSS et leur mise en œuvre.

A côté de ce cadre de répartition sur le moyen terme des ressources probables entre différents programmes et projets, il est important d'envisager des stratégies de mobilisation des ressources financières à même d'assurer l'accessibilité des couches de populations les plus pauvres aux soins et services de santé de qualité.

En effet, le constat actuel est celui d'une faible allocation des ressources budgétaires au secteur, par rapport aux engagements pris par le Gouvernement sur la scène internationale, à l'instar de la Déclaration d'Abuja. Il est par conséquent indispensable d'explorer les diverses sources de financement du secteur aussi bien sur le plan des ressources à collecter que sur celles à sécuriser et à mettre en commun.

CHAPITRE 1 : DE LA SITUATION DES FINANCEMENTS BUDGETAIRES CONSACRES A LA SANTE

D'emblée, il est à signaler la difficulté à réaliser une analyse complète de l'effectivité de la dépense publique en santé, les données les plus disponibles n'étant que celles issues du Ministère de la Santé Publique, soit 80% des données du secteur.

Cependant, l'on peut noter qu'à l'insuffisance des financements budgétaires s'ajoutent le faible taux de consommation des crédits (moins de 74% en moyenne chaque année), la mauvaise prévisibilité des dépenses de santé et l'absence de visibilité des ressources.

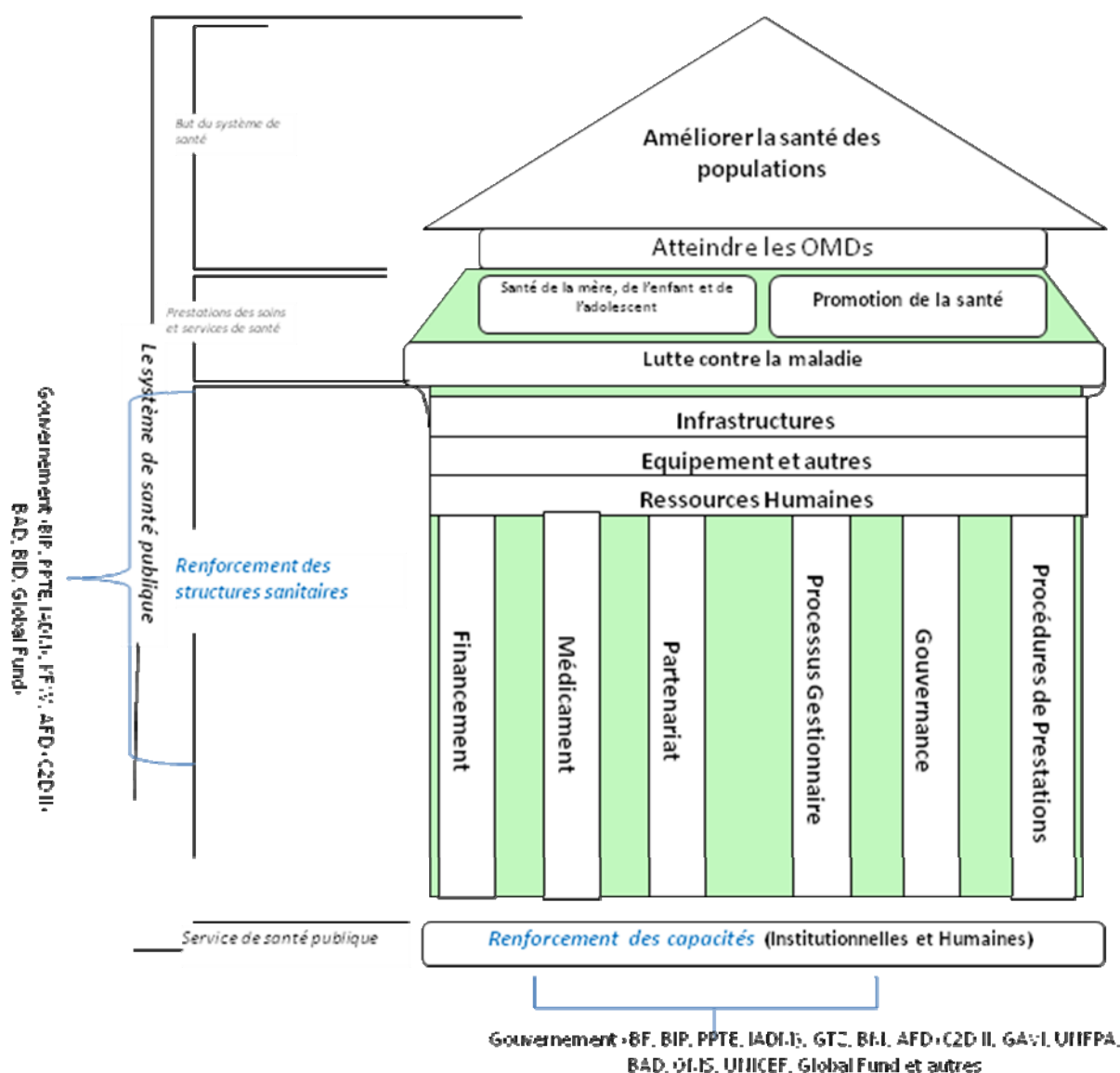
En effet, du point de vue des ressources, il n'existe pas de mécanisme sûr de collecte, de centralisation, de contrôle et de maximisation des recettes des formations sanitaires. Les appuis des Partenaires Techniques et Financiers ne font pas tous l'objet d'une projection à moyen ou long terme, sans compter qu'il n'y a pas de dispositif de suivi de ces appuis à tous les niveaux. La conséquence en est une dispersion des financements et une inégalité entre les différents partenaires d'exécution dont certains reçoivent des appuis de plusieurs sources à la fois.

CHAPITRE 2 : DU CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME 2009- 2013

SECTION 1 : LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CDMT SANTE

L'élaboration du CDMT Santé a épousé l'architecture du système de santé telle que représentée à la figure 9 ci-dessous.

Figure 8: Architecture de la fonction santé du Cameroun



La figure ci-dessus montre que le renforcement du système de santé repose sur deux principales dimensions :

- **Le renforcement des structures sanitaires** en l'occurrence : les infrastructures, les équipements médicaux et autres équipements d'exploitation, les ressources humaines ;
- **Le renforcement des capacités institutionnelles et humaines** relatives aux procédures de prestation des soins de santé, de gouvernance, de gestion administrative et financière, de gestion du médicament, ainsi que de développement et de gestion du partenariat.

Le renforcement de ces deux dimensions permet de produire des services et soins de santé de qualité nécessaires à l'**amélioration** de l'état de santé des populations.

L'estimation des coûts de la mise en œuvre de la SSS s'est faite en trois étapes :

- **une revue des dépenses publiques** de santé accessibles (Budget national, Partenaires Techniques et Financiers, etc.) qui synthétise les données existantes pour la détermination des **coûts de base** pour la période 2004-2007 ;

- **l'utilisation de l'application MBB³⁰** pour la détermination des coûts **additionnels**. Cette application prend en compte les données et les coûts unitaires des intrants du système de santé, les principaux agrégats macroéconomiques, ainsi que les résultats escomptés de chacune des interventions reconnues internationalement efficaces (frontières de couverture) ;
- **L'agrégation arithmétique (somme) des coûts de base et des coûts additionnels.**

Il convient de noter que pour la détermination des coûts additionnels à l'aide du MBB, le MINSANTE s'est fixé les objectifs en fonction des types d'intervention de la SSS et de leur niveau de mise en œuvre.

SECTION 2 : DE LA PRESENTATION DE LA SYNTHÈSE DU CDMT PAR PROGRAMME, PAR SOUS PROGRAMME ET PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Les tableaux 34, 35 et 36 ci-dessous présentent les résultats consolidés de l'élaboration du CDMT qui sert de base à la mise en œuvre de la SSS 2001-2015.

Il reste bien entendu que le CDMT revêt un caractère essentiellement prévisionnel (projections) et est appelé à être ajusté périodiquement suivant les résultats des revues de la dépense publique en santé, des comptes nationaux de la santé, des autres enquêtes du secteur et les évolutions de l'environnement macroéconomique et sociopolitique.

2.1. CDMT PAR PROGRAMME (DOMAINE D'INTERVENTION) ET PAR TYPE DE DEPENSE

Tableau 34 : Synthèse du CDMT par programme (domaines d'intervention) et par type de dépense (en millions de FCFA)

| Programme Prioritaire | Type de dépense | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|--|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Programme 1: santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent | | 14 889 | 19 553 | 32 320 | 48 436 | 69 313 | 184 512 |
| | Fonctionnement | 13 558 | 18 114 | 29 129 | 44 060 | 63 695 | 168 557 |
| | Investissement | 1 331 | 1 439 | 3 191 | 4 376 | 5 618 | 15 955 |
| Programme 2 : lutte contre la maladie | | 27 195 | 29 951 | 48 706 | 70 837 | 100 644 | 277 333 |
| | Fonctionnement | 21 212 | 24 875 | 37 841 | 56 870 | 82 212 | 223 010 |
| | Investissement | 5 984 | 5 076 | 10 865 | 13 967 | 18 432 | 54 323 |
| Programme 3: promotion de la santé | | 7 165 | 10 722 | 13 202 | 14 042 | 14 936 | 60 066 |
| | Fonctionnement | 6 942 | 10 499 | 12 980 | 13 819 | 14 713 | 58 953 |
| | Investissement | 223 | 223 | 223 | 223 | 223 | 1 114 |
| Programme 4: Renforcement du système de santé | | 104 383 | 118 486 | 142 348 | 169 182 | 202 313 | 736 712 |
| | Fonctionnement | 65 959 | 78 545 | 98 063 | 121 516 | 151 205 | 515 287 |
| | Investissement | 38 424 | 39 941 | 44 285 | 47 666 | 51 108 | 221 425 |
| | Total Fonctionnement | 107 671 | 132 033 | 178 013 | 236 265 | 311 825 | 965 807 |
| | Total Investissement | 45 962 | 46 679 | 58 563 | 66 232 | 75 380 | 292 817 |
| | TOTAL GENERAL | 153 633 | 178 712 | 236 576 | 302 497 | 387 205 | 1 258 624 |

³⁰ **MBB :Marginal Budgeting for Bottleneck**, logiciel d'estimation des coûts additionnels développé par l'UNICEF et la Banque Mondiale

2.2. CDMT PAR SOUS-PROGRAMME

Tableau 35 : Synthèse du CDMT par sous programme (en millions)

| CLASSE D'INTERVENTION | 2 009 | 2 010 | 2 011 | 2 012 | 2 013 | Total |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| 1.1 Santé de la mère | 2 318 | 2 887 | 9 208 | 15 046 | 21 842 | 51 301 |
| 1.2 Santé de l'enfant | 12 545 | 15 437 | 23 810 | 34 267 | 47 855 | 133 914 |
| 1.3 Santé de l'adolescent | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 25 |
| 2.1 Lutte contre le VIH/SIDA | 12 578 | 14 505 | 20 847 | 29 587 | 41 012 | 118 529 |
| 2.2 Lutte contre le paludisme et la tuberculose | 14 541 | 16 526 | 27 006 | 40 235 | 59 149 | 157 457 |
| 2.3 Lutte contre les maladies non transmissibles | - | - | - | - | - | 0 |
| 2.4 lutte contre les maladies tropicales négligées | - | - | - | - | - | 0 |
| 2.5 lutte contre les épidémies, des catastrophes et autres évènements de santé publique | 22 | 44 | 131 | 263 | 438 | 898 |
| 2.6 Contrôle de la maladie | 51 | 89 | 139 | 203 | 279 | 761 |
| 2.7 Santé de la personne âgée | - | - | - | - | - | 0 |
| 2.8 Santé Mentale et comportements humains | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 235 |
| 3.1 Communication intégrée en faveur des programmes de santé | 8 105 | 13 378 | 17 003 | 18 128 | 19 309 | 75 923 |
| 3.2 Santé, nutrition et environnement | 1 789 | 2 450 | 3 333 | 4 435 | 5 758 | 17 765 |
| 4.1 Offres de Services et soins | 79 620 | 89 010 | 103 705 | 119 003 | 136 962 | 528 300 |
| 4.2 Médicament | 731 | 911 | 1 030 | 1 053 | 1 084 | 4 809 |
| 4.3 Financement | 11 909 | 11 909 | 11 909 | 11 909 | 11 909 | 59 545 |
| 4.4 Partenariat | 2 904 | 3 122 | 3 256 | 3 246 | 3 288 | 15 816 |
| 4.5 Processus gestionnaire | 4 377 | 4 510 | 4 820 | 5 258 | 5 823 | 24 788 |
| 4.6 Gouvernance | 1 923 | 3 715 | 10 160 | 19 645 | 32 280 | 67 723 |
| 4.7 Prestation des services et soins de Santé | 167 | 167 | 167 | 167 | 167 | 835 |
| Grand Total | 153 632 | 178 712 | 236 576 | 302 497 | 387 207 | 1 258 624 |

2.3. CDMT PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Tableau 36 : Synthèse du CDMT par niveau de la pyramide sanitaire (en millions)

| Niveau | 2 009 | 2 010 | 2 011 | 2 012 | 2 013 | Total |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Niveau Opérationnel | 67 387 | 78 903 | 87 671 | 91 553 | 97 446 | 422 960 |
| Niveau Intermédiaire | 24 617 | 33 241 | 75 376 | 128 623 | 196 818 | 458 675 |
| Niveau Central | 61 629 | 66 568 | 73 530 | 82 321 | 92 941 | 376 989 |
| TOTAL | 153 633 | 178 712 | 236 577 | 302 497 | 387 205 | 1 258 624 |

SECTION 3 : DES STRATEGIES DE FINANCEMENT DE LA SANTE

La stratégie de financement prend en compte les diverses sources de financement du secteur que sont l'Etat, 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 participent de cette stratégie de financement.

Pour ce qui est de l'Etat :

- La collecte se fera à travers une nouvelle orientation de la fiscalisation des activités de production au profit de la santé, une meilleure organisation de la demande et le développement des systèmes de paiements anticipés.
- La mise en commun des ressources se déclinera par une meilleure organisation des interventions du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers à travers le SWAp et le développement de la multisectorialité.
- La contractualisation (contrats de performance) permettra de garantir l'achat des interventions efficaces.

Pour ce qui est du secteur privé :

- Le développement du système de partage du risque maladie permettra d'améliorer et de renforcer les mécanismes de collecte et de garantir la mise en commun des ressources.
- L'achat des interventions efficaces se fera à travers la contractualisation privé-privé et privé-public.

Enfin, les dépenses de santé des ménages seront orientées vers l'amélioration du rapport coût-efficacité par le développement du système de partage du risque maladie.

**PARTIE 4 : DU CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE
SUIVI DE LA SSS**

La mise en œuvre de la SSS aura pour cadre de référence, la nomenclature développée au chapitre 2 basée sur les interventions. A partir des types d'intervention, chaque niveau dégagera les activités correspondant à ses missions primaires. Au niveau du DS, unité d'opérationnalisation de la SSS, cette approche se traduit par l'intégration de fait des activités de toutes les interventions. En outre, chaque département ministériel apparenté au secteur développera dans son plan d'action les activités des types d'interventions relevant de son domaine de compétence par niveau de sa structuration.

La SSS sera mise en œuvre à travers:

- l'élaboration et l'exécution des Plans de Travail Annuel (PTA) et budgétisés basés sur les Plans de Développement Sanitaire de District (PDSD) intégrés et budgétisés, compilés au niveau de chaque délégation régionale de la santé en un Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire (PRCDS) et au niveau national en un Plan Pluriannuel de Développement Sanitaire (PPDS).
- Le monitoring et l'évaluation intégrés de la mise en œuvre des plans de travail.

La mise en œuvre de la SSS actualisée se fera en deux phases: la phase 2009 – 2012 et la phase 2013 – 2015. Pour contribuer à cette mise en œuvre, chaque niveau de la pyramide sanitaire définira ses cibles selon son contexte.

CHAPITRE 1 : DU CADRE DE PLANIFICATION

SECTION 1 : DES PLANS DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Pour l'élaboration des PSDS intégrés et budgétisés, un guide sera développé pour chaque phase, sur la base du canevas de planification en vigueur au Ministère de la Santé Publique et des résultats du système de monitoring et évaluation dont l'un des outils est le «Systemic Quality Improvement (SQI)» ou Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité (ASAQ) en Français.

Une consolidation en cascade des PSDS se fera aux niveaux intermédiaires en un Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire budgétisé (PRCDS) et central en un Plan Pluriannuel de Développement Sanitaire (PPDS) assorti d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT). A cet effet, chaque niveau du système national de santé identifiera les activités qu'il mettra en œuvre afin de contribuer à la viabilisation des Districts de Santé sur la base des résultats du Cadre logique de la SSS.

SECTION 2 : DU PLAN DE TRAVAIL ANNUEL (PTA)

Pour l'exécution de son PDS, chaque District de Santé élaborera son Plan de Travail Annuel (PTA). Ces PTA seront également mis en cohérence au niveau régional. Il en sera de même des PTA régionaux au niveau central. A cet effet, un guide d'élaboration des PTA sera développé et actualisé périodiquement.

Les DS travailleront fondamentalement pour l'exécution de leur PTA intégré et budgétisé. Le niveau intermédiaire, dans le cadre de l'exécution de son PTA intégré et budgétisé appuiera, conformément à ses missions primaires, chaque DS de son ressort.

CHAPITRE 2 : DU DISPOSITIF DU SUIVI - EVALUATION

SECTION 1 : DES GENERALITES

Le suivi et l'évaluation y compris la recherche action, feront partie intégrante du processus de mise en œuvre et visera à apprécier d'une part, l'efficacité et l'efficience des interventions à travers des indicateurs d'intrants, des résultats opérationnels, des effets et d'autre part, la viabilisation du DS. Il devra permettre aux intervenants de différents niveaux du système, de suivre et d'améliorer continuellement leur performance dans la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé.

Il s'agira globalement de mesurer de façon régulière et continue, les progrès réalisés, de détecter les insuffisances et d'identifier les solutions d'amélioration. Dans cet esprit, le dispositif de suivi/évaluation contribuera à stimuler l'esprit de créativité et d'innovation par l'analyse de l'information sur le site de collecte, la prise de décision et leur mise en œuvre en temps réel à tous les niveaux. Par ailleurs les évaluations périodiques aideront à apprécier le niveau de mobilisation des ressources, la maîtrise des processus de la mise en œuvre de la SSS et ses résultats tenant compte du genre et du principe du droit à toutes les populations sans exclusive, d'avoir accès aux soins de santé de qualité. Elles permettront avec les activités de recherche opérationnelle, de dégager des leçons et de mettre en exergue les bonnes pratiques dont la documentation continue contribuera à la production des connaissances en vue de prendre des décisions.

SECTION 2 : DU SYSTEME D'INFORMATIONS SANITAIRES

Le système national d'informations sanitaires aura pour but essentiel de fournir les données utiles au renseignement des principaux indicateurs de performance. Issues du système de routine (National Health Management Information System ou NHMIS), de la recherche et des enquêtes statistiques nationales et/ou régionales menées auprès des administrations publiques y compris les collectivités territoriales décentralisées et des ménages, ces données seront centralisées dans une base de données dynamique et diffusées entre autres par le biais de la publication d'un annuaire statistique sanitaire tous les deux ans.

Dans cette optique, la collaboration avec l'Institut National de la Statistique sera renforcée pour la production et la mise à jour régulière des données statistiques

dans le cadre des enquêtes et/ou publications MICS, EDS, ECAM, TBS etc. Cette collaboration pourra également s'étendre au Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population (BUCREP) et à d'autres organismes spécialisés.

SECTION 3 : DU SYSTEME DE SUIVI – EVALUATION

Conçu selon une approche systémique pour les trois niveaux du système national de santé, le système de suivi - évaluation reposera entre autres sur le «Systemic Quality Improvement (SQI)», un Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) et des revues périodiques permettant le suivi continu de la mise en œuvre de la SSS, notamment les indicateurs de performance planifiés dans la matrice du cadre logique qui constitue le socle de toute planification. Le tableau ci-après résume le cadre conceptuel du plan intégré de suivi-évaluation.

Tableau 37 : cadre conceptuel du PISE

| Indicateurs | Moyens/sources de vérification | Documents de base | Observations |
|---|---|--|---|
| Résultats opérationnels (Produits) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enquête annuelle ✓ Revue annuelle (Suivi/évaluation continue) ✓ SQI ✓ Tableau de Bord Social | <ul style="list-style-type: none"> ✓ PTA ✓ PPDS ✓ PRCDS ✓ CDMT ✓ Rapport SWAp, HMN ✓ Registres d'activités | Le SQI aura lieu tous les deux ans |
| Effets | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enquêtes de moyen terme (MICS, EDS, ECAM, ESI, Comptes Nationaux,...) ✓ Evaluation | <ul style="list-style-type: none"> ✓ SSS ✓ Rapport SWAp, HMN | Evaluation sensible au genre et à l'approche droits humains |
| But (impact à long terme) en moyenne 3 ans après la SSS | Evaluation ex post | SSS | Evaluation sensible au genre et à l'approche droits humains |

De manière opérationnelle, des sessions de suivi se feront trimestriellement, semestriellement et annuellement respectivement par le District de Santé, la Région et le Niveau Central. Un plan annuel intégré de suivi/évaluation sera développé au niveau central sur la base des informations des niveaux inférieurs. Pour un meilleur fonctionnement du mécanisme de suivi/évaluation, il est prévu :

- le renforcement de l'organisation et des capacités du secrétariat technique du comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé;

- la création de l'Observatoire National de la Santé Publique ³¹ (organisation des évaluations, monitoring de la qualité des soins prodigués par les structures publiques et privées de santé, Réseau de Métrologie Sanitaire etc.).

Le suivi-évaluation utilisera des outils intégrés et harmonisés de collecte et d'analyse des informations, et de reportage par niveau conçus et validés par toutes les parties prenantes pour leur utilisation par l'ensemble du système national de santé.

➤ LE CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION DE LA SSS 2001 - 2015

Ce cadre est présenté à travers les tableaux 38 et 39 ci-dessous. Le tableau 38 présente la logique d'intervention de la SSS 2001-2015 en mettant l'accent sur les indicateurs des effets mesurables en 2015 étant entendu que les impacts qui découleraient de la synergie des actions intersectorielles seront appréciés en 2019 (cf. annexes du DSCE)

Quant au tableau 39, il met l'accent sur les indicateurs de résultats/extrants figurant dans le tableau 38.

³¹ L'observatoire devra être indépendant pour mieux jouer son rôle

Tableau 38 : Cadre logique d'intervention de la SSS 2001 – 2015

| Objectif global du DSCE | Accélérer la croissance, créer des emplois afin de réduire la pauvreté | | | |
|--|---|--|--|---|
| Objectif spécifique | Ramener le taux de pauvreté à moins de 25% à l'horizon 2020 | | | |
| Objectif Sectoriel | Renforcer le système de santé et améliorer le financement de la demande | | | |
| But | Les populations de toutes les régions du Cameroun jouissent d'une bonne santé favorable à leur contribution aux efforts d'augmentation de la croissance | | | |
| Fonction | Santé | | | |
| Domaine d'intervention (Programme dans le DSCE) | Classe d'intervention (Sous-programme dans le DSCE) | Effets à l'horizon 2015 | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs d'effet et cible |
| 1. SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT | 1.1 - Santé de la mère 1.2 - Santé de l'enfant 1.3 - Santé de l'adolescent | 1. La santé de la mère et de l'enfant s'est considérablement améliorée. (Réduire de 2/5 la mortalité maternelle OMD 5 Réduire de 2/3 la mortalité des enfants < 5 ans OMD 4) | 1.1.1. Qualité des soins fournis aux femmes enceintes et en post partum améliorée | 1 - Taux de mortalité maternelle inférieur à 250 pour cent mille 2 - Taux de mortalité néo natale inférieur à 13 pour mille 3 - Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans inférieur à 50 pour mille 4 - Taux de mortalité des enfants de moins de 1 an inférieur à 25 pour mille |
| | | | 1.1.2. Accès à des soins obstétricaux et néonataux de qualité accru | |
| | | | 1.1.3. Accès aux services de planification familiale accru | |
| | | | 1.1.4. Cancers génésiques davantage dépistés et pris en charge | |
| | | | 1.1.5. Fistules obstétricales davantage dépistés et prises en charge | |
| | | | 1.1.6. Chaque femme en âge de procréer maîtrise sa fécondité | |
| | | | 1.2.1. Offre des soins et services d'immunisation améliorée | |
| | | | 1.2.2. Accès au traitement des enfants infectés au VIH/ sida assuré | |
| | | | 1.2.3. Accès des enfants à la PCIME accru | |
| | | | 1.2.4. Suivi sanitaire des enfants amélioré | |
| | | | 1.2.5. Malnutrition mieux jugulée au sein de la population | |
| | | | 1.3.1. Capacité des Adolescents relatives à la vie courante accrue | |
| | | | 1.3.2. Santé des étudiants et des enfants fréquentant des établissements scolaires améliorée | |
| | | | 1.3.3. Accès universel des orphelins aux soins de qualité assuré | |
| 2. LUTTE CONTRE LA MALADIE | 2.1 - Lutte contre le VIH/SIDA 2.2 - Lutte contre le paludisme et la tuberculose 2.3 - Lutte contre les maladies non transmissibles 2.4 - Lutte contre les | 1. Les populations sont mieux protégées contre les grandes pandémies et endémies 2. Les grandes pandémies | 2.1.1. Qualité de vie des personnes malades du VIH/SIDA améliorée | 1 - Prévalence du VIH/SIDA (inférieur à 5.5%) 2- Prévalence du VIH/SIDA chez les enfants de moins de 5 ans ³² 3 - Incidence du VIH/SIDA (Diminution du nombre de nouveau cas de maladies de |
| | | | 2.2.1. Qualité de la prise en charge du paludisme améliorée | |
| | | | 2.2.2. Qualité de la prise en charge de la tuberculose améliorée | |
| | | | | |

³² Données de base non disponibles, enquêtes à faire pour déterminer la cible.

| Objectif global du DSCE | Accélérer la croissance, créer des emplois afin de réduire la pauvreté | | | |
|--|---|--|--|---|
| Objectif spécifique | Ramener le taux de pauvreté à moins de 25% à l'horizon 2020 | | | |
| Objectif Sectoriel | Renforcer le système de santé et améliorer le financement de la demande | | | |
| But | Les populations de toutes les régions du Cameroun jouissent d'une bonne santé favorable à leur contribution aux efforts d'augmentation de la croissance | | | |
| Fonction | Santé | | | |
| Domaine d'intervention (Programme dans le DSCE) | Classe d'intervention (Sous-programme dans le DSCE) | Effets à l'horizon 2015 | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs d'effet et cible |
| | maladies tropicales négligées 2.5 - Surveillance intégrée des maladies et réponse 2.6 - Gestion des catastrophes et autres événements de santé publique y compris ceux à portée internationale 2.7 - Santé de la personne âgée 2.8 - Santé Mentale et comportements humains | telles que le VIH/SIDA, les grandes endémies telles que le Paludisme, la Tuberculose et autres maladies sont maîtrisées et leur progression renversée OMD n° 1 et 6 3. Les pauvres, les populations vulnérables et marginales ont un meilleur accès aux services et soins de santé de qualité | 2.3.1. Efficacité du dispositif de prise en charge globale des maladies non transmissibles accrue 2.4.1. Efficacité du dispositif de prise en charge globale des maladies tropicales négligées accrue 2.5.1. Dispositif d'alerte continue des maladies cibles à potentiel épidémique fonctionnel 2.5.2. Capacité du pays à contenir les effets sanitaires des catastrophes et autres événements de santé publique renforcée 2.6.1. Capacité du pays à contenir les effets sanitaires des catastrophes et autres événements de santé publique renforcée 2.7.1. Accès de la personne âgée à des soins spécifiques de santé accru 2.8.1. Prise en charge de la santé mentale et troubles de comportement renforcé 2.8.2. Qualité de la prise en charge des maladies mentales améliorée | 50%) 4 - Prévalence du VIH/SIDA (inférieure à 0,8% chez les filles et garçons 15 à 24 ans dans toutes les régions) 5 - Prévalence des maladies non transmissibles (réduction de 20%) ; 6- Incidence du Paludisme (inférieure à 320 pour 1000 habitants et le taux de décès associés au Paludisme est inférieur à 10%) 7 - Incidence du paludisme dans la population active (25-55 ans) 8 - Incidence de la Tuberculose (inférieure à 50 pour 100 000 habitants) 9 - Taux de décès associés à la tuberculose (inférieur à 5%) 10 - Episodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale (pour 100 000 habitants) 11 - Nombre de patients ayant séjournés plus d'un an à l'hôpital pour un problème de santé mentale (pour 100 000 habitants) |
| 3. PROMOTION DE LA SANTE | 3.1 - Communication intégrée en faveur des programmes de santé 3.2 - Santé, nutrition et environnement 3.3 - Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles | Les populations ont des comportements/attitudes sains | 3.1.1. Connaissances des populations par rapport à leurs problèmes de santé accrues 3.2.1. Potabilisation de l'eau de boisson répandue et de plus en plus courante 3.2.2. Hygiène du milieu et hygiène corporelle largement améliorées 3.2.3. L'hygiène hospitalière assurée par les hôpitaux selon les normes 3.2.4. Accès des employés aux soins dont-ils ont droit assuré 3.2.5. Contrôle systématique de la qualité des denrées alimentaires de restauration collective produites localement et importées effectif. 3.3.1. Allaitement maternel optimal et exclusif a accru 3.3.2. Femme enceinte correctement suivie sur le | 1 - Proportion de la population qui adopte des comportements sains spécifiques (au moins 90%) 2 - Proportion des populations n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique 3- Prévalence de l'insuffisance de poids (modéré ; sévère) (%) 4 - Prévalence de retard de croissance (modéré ; sévère) (%) 5 - Prévalence de la déperdition (modéré ; sévère) (%) 6 - Taux d'allaitement exclusif (%) |

| Objectif global du DSCE | Accélérer la croissance, créer des emplois afin de réduire la pauvreté | | | |
|---|--|---|--|--|
| Objectif spécifique | Ramener le taux de pauvreté à moins de 25% à l'horizon 2020 | | | |
| Objectif Sectoriel | Renforcer le système de santé et améliorer le financement de la demande | | | |
| But | Les populations de toutes les régions du Cameroun jouissent d'une bonne santé favorable à leur contribution aux efforts d'augmentation de la croissance | | | |
| Fonction | Santé | | | |
| Domaine d'intervention (Programme dans le DSCE) | Classe d'intervention (Sous-programme dans le DSCE) | Effets à l'horizon 2015 | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs d'effet et cible |
| | | | <p>plan nutritionnel</p> <p>3.3.3. Adultes et personne du 3^{ème} âge correctement suivi sur le plan nutritionnel</p> <p>3.3.4. Les maladies non transmissibles sont prévenues à travers la nutrition</p> <p>3.3.5. La population adopte des plus en plus les comportements sains</p> | <p>7 - Taux d'allaitement continu (12-15 mois, 20-23 mois) (%)</p> <p>8 - Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps (%)</p> <p>9 - Taux de malnutrition (12-23 mois) (%)</p> |
| 4. VIABILISATION | <p>4.1 - Offres de Services et soins</p> <p>4.2 - Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux</p> <p>4.3 - Financement</p> <p>4.4 - Partenariat et développement des ressources</p> <p>4.5 - Processus gestionnaire</p> <p>4.6 - Gouvernance</p> <p>4.7 - Processus de prestation des services et soins de Santé</p> | <p>L'ensemble des structures de santé des niveaux régional et central jouent pleinement leur rôle d'appui technique, stratégique et d'orientation</p> <p>La plupart des 178 Districts de santé ont achevé leur phase de consolidation</p> | <p>4.1.1. Le parc infrastructurel du secteur santé s'est densifié et répond aux normes en vigueur</p> <p>4.1.2. Plateau technique en équipements des formations sanitaires conforme aux normes</p> <p>4.1.3. Référentiels et instruments clés nécessaires à un développement articulé et systématique du capital humain dans le secteur de la santé disponibles et opérationnels</p> <p>4.1.4. Patrimoine du secteur santé sécurisé</p> <p>4.1.5. Démarche référence contre référence solidement ancrée dans les pratiques</p> <p>4.1.6. La carte sanitaire mise à jour est disponible et oriente l'offre des services et soins de santé</p> <p>4.2.1. Environnement encourageant l'investissement dans le secteur est créé</p> <p>4.2.2. Flux continu et durable de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité assurés et sécurisés;</p> <p>4.2.3. Distribution des produits pharmaceutiques de qualité conforme aux normes et à la réglementation en vigueur</p> <p>4.2.4. Système de surveillance des effets indésirables inattendus fonctionnel ;</p> <p>4.3.1. Structures sanitaires dotées de ressources financières suffisantes et dans les délais</p> <p>4.3.2. Le recours à la mutualisation dans le financement de la santé des populations a augmenté</p> | <p>1 - Proportion de districts de santé consolidés (au moins 80%)</p> <p>2 - Proportion de la population prise en charge à travers la mutualisation du risque maladie par région (Au moins 40% de la population nationale ; au moins 01 mutuelle de santé fonctionnelle par DS)</p> <p>3 - Le ratio professionnel de santé/population (au moins 1,5 pour 1000 habitants)</p> <p>4 - Proportion de la population desservie par une formation sanitaire fonctionnelle située à une heure de marche (Une formation sanitaire à une heure de marche pour au moins à 70% de la population)</p> <p>5 - Dépense publique de santé par habitant (au moins de 44,18 \$ soit FCFA 20 000 environ)</p> <p>6 - Proportion de la dépense publique allouée à la santé (au moins 15% du budget de l'Etat)</p> <p>7 - Indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé (au moins 80% sont satisfaits de la qualité des services et soins de santé)</p> <p>8 - Indice de perception de la corruption dans le secteur santé (inférieur à la moyenne nationale)</p> <p>9 - Proportion de structures de santé dotées des ressources humaines en</p> |

| Objectif global du DSCE | Accélérer la croissance, créer des emplois afin de réduire la pauvreté | | | |
|--|---|--------------------------------|---|---|
| Objectif spécifique | Ramener le taux de pauvreté à moins de 25% à l'horizon 2020 | | | |
| Objectif Sectoriel | Renforcer le système de santé et améliorer le financement de la demande | | | |
| But | Les populations de toutes les régions du Cameroun jouissent d'une bonne santé favorable à leur contribution aux efforts d'augmentation de la croissance | | | |
| Fonction | Santé | | | |
| Domaine d'intervention (Programme dans le DSCE) | Classe d'intervention (Sous-programme dans le DSCE) | Effets à l'horizon 2015 | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs d'effet et cible |
| | | | <p>4.4.1. Les ministères apparentés contribuent à la mise en œuvre de la SSS actualisée</p> <p>4.4.2. Partenariat public-privé accru dans le développement du système de santé</p> <p>4.4.3. Structures de dialogue contribuent à l'élaboration des PDS, au monitoring de leur exécution et à l'incitation des communautés à mener des initiatives en faveur de la santé</p> <p>4.4.4. Partenariat international complémentaire et équitablement réparti sur le territoire national</p> <p>4.5.1. Le système national de gestion intégré des informations sanitaires est fonctionnel</p> <p>4.5.2. L'élaboration des plans de développement sanitaire est maîtrisée</p> <p>4.5.3. La mise à jour du CDMT 2009-2013 sont maîtrisées</p> <p>4.5.4. La coordination intégrée est effectivement mise en œuvre</p> <p>4.5.5. La supervision formative intégrée est effectivement mise en œuvre</p> <p>4.5.6. Le suivi et l'évaluation intégrés sont effectivement mis en œuvre</p> <p>4.5.7. Le manuel des normes et procédures est disponible et utilisé</p> <p>4.6.1. Les organisations de la société civile sont représentées dans les structures de prise des décisions</p> <p>4.6.2. Le système de santé s'est imprégné de la culture de la performance et du résultat</p> <p>4.6.3. L'Etat joue effectivement son rôle de régulateur</p> <p>4.7.1. La prestation des services et soins de santé est conforme aux normes en vigueur</p> <p>4.7.2. La recherche opérationnelle est menée et ses résultats sont appliqués</p> | <p>adéquation avec les normes du secteur (au moins 85% de la norme)</p> <p>10 - Pourcentage des structures sanitaires services et soins de santé sont organisés et gérés conformément à la réglementation en vigueur (au moins 90%)</p> |

Tableau 39 : Tableau des indicateurs de Résultats

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|--|--|---|---|
| 1.1.1 CPN recentrée et Consultation post natale | 1.1.1 Qualité des soins fournis aux femmes enceintes et en post partum améliorée | 1 - Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 03 CPN dont la 1ère au cours du premier trimestre (65%) 2 - Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide /longue durée (au moins 80%) 3 - Proportion des femmes enceintes séropositives recevant un traitement prophylactique complet d'ARV (au moins 58%) 4 - Proportion des femmes en post partum ayant bénéficié d'au moins 03 consultations post natales dont la 1ère au cours des 24 heures suivant l'accouchement (65%) 5 - Proportion des femmes enceintes ayant reçu le Traitement Préventif Intermittent (TPI) (Au moins 90%) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et de la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Promotion de la Femme et de la Famille |
| 1.1.2 Accouchement et Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence | 1.1.2. Accès à des soins obstétricaux et néonataux de qualité accru | 1 - Proportion de femmes dont les complications de grossesse sont prises en charge suivant le protocole des soins obstétricaux et néonataux d'urgence 2 - Proportion des femmes accouchant dans les formations sanitaires offrant les SONU (56%) 3 - Proportion d'accouchements conduits par un personnel qualifié formé et équipé pour les quatre gestes propres, et de la température (100%) 4 - Taux de césarienne 5 - Proportion des décès parmi les femmes admises pour complications obstétricales (<1%) 6 - Proportion des accouchements subventionnés (100%) | |
| 1.1.3 Planification Familiale | 1.1.3. Accès aux services de planification familiale accru | 1 - Prévalence contraceptifs (45 pour 100) (% couples éligibles utilisant actuellement une méthode quelconque de PF) | |
| 1.1.4 Consultation des femmes et dépistage des cancers génésiques | 1.1.4. Cancers génésiques davantage dépistés et pris en charge | Proportion des cas dépistés et pris en charge efficacement (90 %) | |
| 1.1.5 Consultation des mères et dépistage des fistules obstétricales | 1.1.5. Fistules obstétricales davantage dépistés et prises en charge | Proportion des cas dépistés et pris en charge efficacement (90 %) | |
| 1.2.1 Immunisation des enfants (PEV) | 1.2.1. Offre des soins et services d'immunisation améliorée | 1 - Pourcentage des formations sanitaires de chaque district (90%) qui offrent des services de PEV en stratégie fixe (<5 km), avancée (entre 5 et 20 km) et mobile (plus de 20 km) 2 - Taux de couverture vaccinale en DTC3, VPO3, BCG chez les enfants de 0 à 11 mois et en VAT2+ chez les femmes enceintes (92 %) 3 - Taux de prévalence du tétanos maternel et néo-natal (0%) 4 - Taux de prévalence de poliomyélite (0%) 5 - Taux de couverture vaccinale d'hépatite chez les enfants de 0 à 11 mois (92%) 6 - Proportion des enfants de 12 à 24 mois complètement vaccinés avec des antigènes réguliers (au moins 80%) 7 - Taux de couverture vaccinale de la VAR, fièvre jaune chez les enfants de 0 à 11 mois (au moins 92%) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Education de Base |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|---|--|--|--|
| 1.2.2 PECP de l'enfant exposé ou infecté au VIH | 1.2.2. Accès au traitement des enfants infectés au VIH/ sida assuré | Proportion des enfants infectés au VIH qui ont accès à un traitement gratuit (100 %) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Défense et de la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales |
| 1.2.3 PCIME | 1.2.3. Accès des enfants à la PCIME accru | 1 - Pourcentage des enfants (de 07 jours à 05 ans) présentant un des symptômes (fièvre, diarrhée, toux, problème d'oreilles) et correctement pris en charge par un agent de santé qualifié en PCIME (65%) 2 - Pourcentage de districts mettant en œuvre l'approche PCIME (au moins 80 % des districts d'ici 2012) | |
| 1.2.4 Consultation préscolaire | 1.2.4. Suivi sanitaire des enfants amélioré | Proportion des enfants en âge scolaire suivis avec la courbe de croissance (90%) | |
| 1.2.5 Prise en charge de la malnutrition | 1.2.5. Malnutrition mieux jugulée au sein de la population | Pourcentage des aires de santé qui mènent des activités de promotion de prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (Au moins 85%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Défense et de la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Education • Agriculture • Elevage • Commerce • Industrie |
| 1.3.1 Compétence à la vie courante | 1.3.1. Capacité des Adolescents relatives à la vie courante accrue | Proportion des adolescents ayant des connaissances, aptitudes et pratiques appropriées relative à la vie courante (au moins 75%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Sécurité Sociale • Education de Base • Enseignements Secondaires • Enseignement Supérieur • Affaires Sociales • Promotion de la Femme et Famille • Jeunesse • Sports et Education Physique • Economie et Planification |
| 1.3.2 Santé scolaire et universitaire | 1.3.2. Santé des étudiants et des enfants fréquentant des établissements scolaires améliorée | 1 - Proportion des étudiants systématiquement suivis médicalement (100%) 2 - Proportion d'enfants admis dans des écoles systématiquement suivis médicalement (100%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Education de Base • Enseignements Secondaires • Enseignement Supérieur |
| 1.3.3 Soutien aux Orphelins et enfants vulnérables (0-18 ans) | 1.3.3. Accès universel des orphelins aux soins de qualité assuré | Proportion des orphelins recevant des soins de qualité gratuitement (100 %) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • OSC |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|--|---|--|---|
| 2.1.1 Prise en charge globale du VIH/SIDA | 2.1.1. (a) Qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA accrue 2.1.1. (b) Attitudes, Connaissances et pratiques des populations relatives à leurs problèmes de santé accrues | 1 - Pourcentage de personnes ayant retiré les résultats et pris en charge par le système de santé 2 - Pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant effectué un test de dépistage et retiré les résultats (30% dans au moins 4/5 des aires de santé par district en 2012) 3 - Proportion des PVVIH sous ARV (30% d'adultes et 50% d'enfants séropositifs, encore en vie, sont sous traitement ARV depuis au moins 12 mois) | |
| 2.2.1 Prise en charge globale du paludisme | 2.2.1. Qualité de la prise en charge du paludisme améliorée | 1 - Proportion d'enfants de moins 05 ans qui dorment sous moustiquaire imprégnée / longue durée (80%) 2 - Proportion de relais communautaires appliquant le paquet de prise en charge communautaire du paludisme (80%) dans au moins 4/5 des aires de santé de chaque district 3 - Proportion des formations sanitaires appliquant les normes et standards de prise en charge du paludisme (60%) dans au moins 4/5 des districts de santé de chaque région | Ministères en charge de: • Santé • Défense et la Sécurité Publique |
| 2.2.2 Prise en charge globale de la tuberculose | 2.2.2. Qualité de la prise en charge de la tuberculose améliorée | 1 - Taux de couverture vaccinale au BCG dans chaque district de santé (au moins 80%) 2 - Taux de détection annuel de la Tuberculose par 100 000 habitants (au moins 70% du nombre estimés des cas de Tuberculose Pulmonaire à bacilloscopie positive ou TPM+) 3 - Proportion des cas diagnostiqués bénéficiant d'une prise en charge clinique (au moins 98% des cas diagnostiqués bénéficient d'une prise en charge clinique) 4 - Taux de guérison (85%) 5 - Pourcentage des personnes vivants avec le VIH/SIDA pratiquant les Activités Physique et Sportives | • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Administration Pénitentiaire • Promotion de la Femme et de la Famille • Jeunesse • Communication • Sports et Education Physique |
| 2.3.1 Prise en charge globale des maladies non transmissibles | 2.3.1. Efficacité du dispositif de prise en charge globale des maladies non transmissibles accrue | 1 - La situation épidémiologique exacte des maladies non transmissibles sur l'ensemble du territoire national est évaluée 2 - Nombre de centres spécialisés de prise en charge efficace de cas de drépanocytose fonctionnels par région (au moins deux) 3 - Nombre de centres spécialisés de prise en charge de cas d'hypertension artérielle de diabète, de l'asthme et de l'épilepsie fonctionnels par région (au moins deux) 4 - Le taux de chirurgie de la cataracte (nombre d'opérations de la cataracte par millions d'habitants) progresse de 800 à 1500 | |
| 2.4.1 Prise en charge globale des maladies tropicales négligées. | 2.4.1. Efficacité du dispositif de prise en charge globale des maladies tropicales négligées accrue | 1 - Nombre de maladies tropicales négligées intégrées dans le paquet de soins 2 - Nombre de cas de maladies tropicales négligées dépistés dans les Formations Sanitaires | |
| 2.5.1 Surveillance intégrée des maladies | 2.5.1. Dispositif d'alerte continue des maladies cibles à potentiel épidémique fonctionnel | Nombre des cas par maladie cible notifiés | Ministères en charge de: • Santé • Défense et la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Administration Pénitentiaire • Communication |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|---|--|---|--|
| 2.5.2 Contrôle des épidémies | 2.5.2. Capacité du pays à contenir les effets sanitaires des catastrophes et autres événements de santé publique renforcée | 1 - Existence d'un système fiable de surveillance épidémiologique et de gestion des épidémies dans tous les zones de plus à risque 2 - Niveau adéquat de stocks de sécurité en médicaments, vaccins, fournitures et matériels dans chaque délégation régionale de la Santé (CAPR) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales |
| 2.6.1 Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes | 2.6.1. Capacité du pays à contenir les effets sanitaires des catastrophes et autres événements de santé publique renforcée | 1 - Une structure de coordination efficace de la gestion et de la maîtrise des épidémies à tous les niveaux 2 - Prise en charge efficace des urgences à différents niveaux 3 - Pourcentage des formations sanitaires des zones à risques capacité en prise en charge des victimes sanitaires des catastrophes (60%) | • Administration Pénitentiaire • Administration Territoriale • Communication • Energie et de L'Eau |
| 2.7.1 Santé gènesique | 2.7.1. Accès de la personne âgée à des soins spécifiques de santé accru | Pourcentage de structures sanitaires dotées de structures de prise en charge de la santé des personnes âgées (50%) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Administration Pénitentiaire • Communication |
| 2.7.2 Gériatrie | | | |
| 2.8.1 Maladies mentales | 2.8.1. Prise en charge de la santé mentale et troubles de comportement renforcé | Pourcentage des troubles de comportement prévenu dans la communauté (10%) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Administration Pénitentiaire • Communication |
| 2.8.2 Troubles de comportement (Toxicomanie et usage des drogues, addictions diverses, les déviances, etc.) | 2.8.2. Qualité de la prise en charge des maladies mentales améliorée | | |
| 3.1.1 IEC/CCC | 3.1.1. Attitudes, Connaissances et Pratiques des populations relatives à leurs problèmes de santé accrues | 1 - Pourcentage des CSI menant des activités d'IEC/CCC intégrés (100%) 2 - Pourcentage des populations ayant une meilleure attitudes, connaissances et pratiques relatives à leurs problèmes de santé (au moins 80%) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Administration Territoriale • Promotion de la Femme et la Famille • Communication • Jeunesse • Développement Communautaire • Sports et Education Physique |
| 3.2.1 Eau potable sécurisée | 3.2.1. Potabilisation de l'eau de boisson répandue et de plus en plus courante | Pourcentage des aires de santé menant des activités de promotion de potabilisation de l'eau de boisson (65%) | Ministères en charge de: • Santé • Eau et Energie • Education de Base • Enseignements Secondaires • Environnement • Collectivités Territoriales |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|---|--|---|--|
| | | | Décentralisées • Développement Communautaire • Génie Rural |
| 3.2.2 Hygiène du milieu et hygiène corporelle | 3.2.2. Hygiène du milieu et hygiène corporelle largement améliorées | Pourcentage des familles utilisant des installations sanitaires améliorées (60%) | Ministères en charge de: • Santé • Education de Base • Enseignements Secondaires • Urbanisme • Environnement • Energie et de L'Eau |
| 3.2.3 Hygiène hospitalière | 3.2.3. L'hygiène hospitalière assurée par les hôpitaux selon les normes | Pourcentage des hôpitaux mettant en application les normes d'hygiène hospitalière (100%) | Ministères en charge de: • Santé • Environnement • Urbanisme • Collectivités Territoriales Décentralisées |
| 3.2.4 Santé au travail | 3.2.4. Accès des employés aux soins dont-ils ont droit assuré | Existence d'un dispositif fonctionnel de prise en charge sanitaire en milieu de travail | Ministères en charge de: • Travail et Sécurité Sociale • Santé • Industrie |
| 3.2.5 Sécurité sanitaire des aliments | 3.2.5. Contrôle systématique de la qualité des denrées alimentaires de restauration collective produites localement et importées effectif. | Pourcentage des denrées alimentaires de restauration collective produites localement et importées contrôlées (100%) | Ministères en charge de: • Industrie • Commerce • Elevage et des Pêches • Santé • Education de Base • Administration Pénitentiaire • Défense et de la Sécurité Publique • Enseignements Secondaires • Agriculture |
| 3.3.1 Alimentation et Nutrition du Jeune enfant | 3.3.1. Allaitement maternel optimal et exclusif a accru | 1 - Proportion des enfants âgés de 00 à 06 mois nourris exclusivement au sein (60%) 2 - Prévalence de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans 3 - Proportion d'enfants recevant de manière adéquate les vitamines A (100%) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et de la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales |
| 3.3.2 Nutrition de la femme enceinte/ mère allaitante | 3.3.2. Femme enceinte correctement suivie sur le plan nutritionnel | Proportion des femmes enceintes ayant appliqué les règles d'alimentation saine pendant la grossesse (100 %) | Ministères en charge de: • Santé • Défense et de la Sécurité Publique |
| 3.3.3 Nutrition des adultes et personne du 3 ^{ème} âge | 3.3.3. Adultes et personne du 3 ^{ème} âge correctement suivi sur le plan nutritionnel | Proportion des adultes et personne du 3ème âge n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique | • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Promotion de la Femme et de la Famille |
| 3.3.4 Prévention primaire des maladies non | 3.3.4. Les maladies non transmissibles sont | Proportion de la population prévenant les maladies non transmissibles à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives | • Agriculture |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|---|--|---|--|
| transmissibles à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives | prévenues à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives (APS) | | <ul style="list-style-type: none"> • Sports et Education Physique |
| 3.3.5 Promotion des comportements sains | 3.3.5. La population adopte de plus en plus les comportements sains | 1 - Proportion de la population adoptant les comportements sains spécifiques | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Défense et de la Sécurité Publique • Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • Promotion de la Femme et de la Famille |
| 4.1.1 Infrastructures | 4.1.1. Le parc infrastructurel du secteur santé s'est densifié et répond aux normes en vigueur | 1 - Pourcentage des DS dont les besoins en réhabilitation et construction ont été évalués (100%) 2 - Pourcentage de réalisation des infrastructures dans les 178 DS (100%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Domaine • Santé • Travaux Publics • Urbanisme et Habitat • Aménagement du Territoire • Finances • Economie et Planification • Collectivités Territoriales Décentralisées • Défense et Sécurité Publique • Administration Pénitentiaire |
| 4.1.2 Equipements | 4.1.2 Plateau technique en équipements des formations sanitaires conforme aux normes | 1 - Pourcentage des formations sanitaires publiques et contractualisées bénéficiant de la maintenance hospitalière (au moins 80%) 2 - Pourcentage des services de santé de district équipés en logistique informatique (100%) 3 - Pourcentage des équipements fonctionnels par structure sanitaire (100%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Recherche Scientifique • Finances • Commerce • Economie et Planification • Défense et Sécurité Publique • Administration Pénitentiaire |
| 4.1.3 Ressources humaines | 4.1.3. Référentiels et instruments clés nécessaires à un développement articulé et systématique du capital humain dans le secteur de la santé disponibles et opérationnels | 1 - Niveau d'exécution du plan de développement des ressources humaines 2 - Niveau d'exécution du programme gouvernemental de formation des personnels du secteur santé 3 - Disponibilité d'un profil de l'enseignant dans les établissements de formation des paramédicaux 4 - Pourcentage du personnel de santé en fonction dont les capacités correspondent aux attentes du secteur santé (80%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Fonction Publique • Enseignement Supérieur • Santé • Travail et Sécurité Sociale • Finances • Administration Territoriale • Industrie |
| 4.1.4 Sécurisation du patrimoine | 4.1.4. Patrimoine du secteur santé sécurisé | Pourcentage du patrimoine du secteur santé sécurisé (75 %) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Domaine • Finances • Santé |
| 4.1.5 Référence contre référence | 4.1.5. Démarche référence contre | 1 - Pourcentage des Districts de santé par région appliquant les normes, standards et procédures de référence / contre référence (80%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|--|--|--|---|
| | référence solidement ancrée dans les pratiques | 2 - Pourcentage des hôpitaux régionaux appliquant les normes, standards et procédures de référence / contre référence (100%) 3 - Nombre de malades référés et reçus par pôle d'excellence et nombre de contre références | <ul style="list-style-type: none"> • Travaux Publics • Urbanisme • Fonction Publique • Recherche Scientifique |
| 4.1.6 Carte sanitaire | 4.1.6. La carte sanitaire mise à jour est disponible et oriente l'offre des services et soins de santé | Pourcentage des réalisations qui correspondent aux exigences de la carte sanitaire | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Economie et Planification • Finances • Santé • Domaine • Fonction Publique • Travail et Sécurité Sociale • Défense et Sécurité Publique • Administration Pénitentiaire |
| 4.2.1 Promotion de la production locale et valorisation du patrimoine thérapeutique nationale | 4.2.1. Environnement encourageant l'investissement dans le secteur est crée | Proportion des besoins en médicaments essentiels produits localement (10%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Recherche Scientifique • Industrie • Commerce • Santé • Finances • Environnement |
| 4.2.2 Accès aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux | 4.2.2. (a) Flux continu et durable de la chaîne d'approvisionnement en médicaments assuré et sécurisé ; 4.2.2. (b) La distribution des produits pharmaceutiques est conforme aux normes et à la réglementation en vigueur | 1 - Nombre moyen de jours de rupture de stock de médicaments traceur dans les formations sanitaires par mois (moins de 3 jours) 2 - Nombre de points de vente illicites recensés avec saisie et destruction de stocks 3 - valeurs numérique et financière globales des stocks des médicaments de la rue saisis et détruits (40% en 2012) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Commerce • Finances • Industrie • Défense et Sécurité Publique • Justice • Administration Territoriale et Décentralisation • Education de Base • Enseignements Secondaires • Enseignement Supérieur |
| 4.2.3 Développement d'un système d'assurance qualité sur les médicaments, réactifs et dispositifs médicaux | 4.2.3. (a) Système de surveillance des effets indésirables inattendus fonctionnel ; 4.2.3. (b) Contrôle systématique de la qualité des produits pharmaceutiques homologués et vendus sur le territoire national selon les normes internationales est efficace | 1 - Nombre d'effets indésirables inattendus notifiés et documentés 2 - Pourcentage de lots de produits pharmaceutiques contrôlés par rapport au nombre de lots en circulation 3 - Pourcentage de médicaments homologués par rapport au nombre de référence de médicaments mis sur le marché (importés) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Recherche Scientifique • Industrie |
| 4.3.1 Financement de l'offre | 4.3.1. Structures | 1 - Pourcentage des formations sanitaires par région disposant d'un budget en | Ministères en charge de: |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|--|---|---|---|
| | sanitaires dotées de ressources financières suffisantes et dans les délais | adéquation avec les objectifs du plan annuel de travail (70 %) | <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Economie et Planification • Finances • Défense et Sécurité Publique |
| 4.3.2 Financement de la demande | 4.3.2. Le recours à la mutualisation dans le financement de la santé des populations a augmenté | Pourcentage de la population par District de Santé dont le risque maladie est couvert par une mutuelle de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Administration Pénitentiaire • Education de Base • Enseignements Secondaires • Enseignement Supérieur • Affaires Sociales • Travail et Sécurité Sociale |
| 4.4.1 Public-Public | 4.4.1 Les ministères apparentés contribuent à la mise en œuvre de la SSS actualisée | Niveau de contribution des ministères apparentés à l'atteinte des résultats attendus | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Economie et Planification • Finances • Défense et Sécurité Publique • Administration Pénitentiaire • Education de Base • Enseignements Secondaires • Enseignement Supérieur • Affaires Sociales • Travail et Sécurité Sociale |
| 4.4.2 Public-Privé (y compris sous secteur traditionnel) | 4.4.2. Partenariat public-privé accru dans le développement du système de santé | Pourcentage des populations couvertes par une convention Public-Privé par District | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Administration Territoriale • Relations Extérieures • Economie et Planification • Finances • Travail et Sécurité Sociale |
| 4.4.3 Participation communautaire | 4.4.3. Structures de dialogue contribuent à l'élaboration des PDSD, au monitoring de leur exécution et à l'incitation des communautés à mener des initiatives en faveur de la santé | Niveau d'implication des structures de dialogue dans la gestion du système de santé du district | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Administration Territoriale • Economie et Planification • Travail et Sécurité Sociale |
| 4.4.4 International | 4.4.4. Partenariat international complémentaire et équitablement réparti sur le territoire national | Proportion des financements extérieurs utilisés pour la mise en œuvre du Programme Commun (au moins 90%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Relations Extérieures • Economie et Planification • Finances |
| 4.5.1 NHMIS | 4.5.1. Le système national de gestion intégré des informations sanitaires est fonctionnel | 1 - Pourcentage des régions ayant produits le rapport annuel des informations sanitaires 2 - Annuaire statistique de la santé de chaque année disponible | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Education de Base • Enseignements Secondaires • Enseignement Supérieur |
| 4.5.2 Planification | 4.5.2. L'élaboration des plans de développement | 1 - Pourcentage des districts de santé ayant élaborés un PDSD de qualité (80%) | <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Défense et de la Sécurité |

| Catégorie d'intervention (Projets/Actions) | Résultats/Extrants à l'horizon 2012 | Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible | Acteurs |
|---|--|---|--|
| | sanitaire est maîtrisée | | Publique |
| 4.5.3 CDMT | 4.5.3. La mise à jour du CDMT 2009-2013 sont maîtrisées | Proportion des données complètes et exactes disponibles pour la mise à jour du CDMT (au moins 90%) | <ul style="list-style-type: none"> • Affaires Sociales • Sécurité Sociale (CNPS) • Collectivités Territoriales |
| 4.5.4 Coordination intégrée | 4.5.4. La coordination intégrée est effectivement mise en œuvre | Pourcentage des activités de coordination intégrée programmées et réalisées par niveau (100%) | <ul style="list-style-type: none"> • Décentralisées • Economie et Planification • Finances |
| 4.5.5 Supervision formative intégrée | 4.5.5. La supervision formative intégrée est effectivement mise en œuvre | Pourcentage d'activités de supervision formative intégrée programmées et réalisées par niveau (100%) | <ul style="list-style-type: none"> • Administration Pénitentiaire • Promotion de la Femme et de la Famille • Commerce • Industrie |
| 4.5.6 M&E | 4.5.6. Le suivi et l'évaluation intégrés sont effectivement mis en œuvre | Niveau d'exécution de Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) au niveau central | |
| 4.5.7 Manuel de normes et procédures | 4.5.7. Le manuel des normes et procédures est disponible et utilisé | Pourcentage des interventions ne disposant pas d'un document normes et procédures (0%) | |
| 4.6.1 Contrôle Social | 4.6.1. Les organisations de la société civile sont représentées dans les structures de prise des décisions | 1 - Degré de représentativité des organismes de la société civile dans les structures de prise de décisions dans les formations sanitaires (au moins 30%) 2 - Degré de satisfaction des usagers (au moins 80%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • OSC • Santé • Planification |
| 4.6.2 Mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique | 4.6.2. Le système de santé s'est imprégné de la culture de la performance et du résultat | 1 - Nombre de contrats de performances négociés localement et appliqués dans 80% des districts de santé de chaque région (au moins deux) 2 - Proportion des districts de santé bénéficiant de l'allocation des ressources additionnelles basée sur la performance par région (au moins 60%) 3 - Pourcentage du personnel par district bénéficiant d'une prime d'excellence (5%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • OSC • Santé • Planification • Services du Premier Ministre • Présidence de la République |
| 4.6.3 Régulation | 4.6.3. L'Etat joue effectivement son rôle de régulateur | 1 - Pourcentage des interventions de santé normalisées (au moins 90%) 2 - Pourcentage des services de santé contrôlés au moins tous les deux ans (au moins 60%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Administration Territoriale • Services du Premier Ministre • Présidence de la République • Fonction Publique • Commerce • Normalisation |
| 4.7.1 Normalisation | 4.7.1. La prestation des services et soins de santé est conforme aux normes en vigueur | Pourcentage des structures sanitaires qui appliquent les normes et procédures du manuel (80%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Santé |
| 4.7.2 Recherche opérationnelle | 4.7.2. La recherche opérationnelle est menée et ses résultats sont appliqués | 1 - Pourcentage des travaux de recherches dont les résultats sont publiés par niveau (100%) 2 - Pourcentage des travaux de recherches dont les résultats ont fait objet de directives d'exploitation (Au moins 80%) | Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • Recherche Scientifique • Enseignement Supérieur • Industrie |

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Atouts Economiques, Edition 2007
- [2] Central Intelligence Agency (CIA) World Factbook, 2008
- [3] Contribution du MINSANTE au développement du Cameroun, Rapport de programmation 2009-2013, Août 2008
- [4] COSTING DES OMD AU CAMEROUN: Le cas du Secteur Santé; MINEPAT, décembre 2007
- [5] Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP), MINEPAT
- [6] Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), MINEPAT
- [7] Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM I, 1996; ECAM II, 2001; ECAM III, 2007); MINEPAT, INS
- [8] Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC I, 1991; EDSC II, 1998; EDSC III, 2004); MINEPAT, INS
- [9] Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments; IFORD, 2004
- [10] La Déclaration de la Mise en Œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires en 1993
- [11] La Déclaration de Politique Sectorielle de Santé en 1992
- [12] Marginal Budgeting for Bottleneck (MBB): logiciel d'estimation des coûts additionnels développé par l'UNICEF et la Banque Mondiale
- [13] Multiple Indicator Cluster Survey 2006, Principal report; MINEPAT,INS
- [14] Multiple Indicator Cluster Survey 2006, Synthetic report; MINEPAT,INS
- [15] Rapport de l'OMS WHO/HTM/TB/2008
- [16] Rapport d'Evaluation de la Mise en Oeuvre de la SSS 2001-2010 en fin 2006
- [17] Rapport Mondial sur le développement humain 2007
- [18] Rapport National des consultations participatives de mars 2006
- [19] Revue des enquêtes et études statistiques dans le cadre de la révision du DSRP, Période 2001-2008
- [20] Vision_Cameroun_2035_Fevrier 2009, MINEPAT
- [21] WHO, National accounts series (1996-2005)

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique, en tant que leader du secteur santé, vient d'achever le processus d'actualisation du document « Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010 » pour le porter à l'horizon 2015, en conformité avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ainsi qu'avec le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE).

L'élaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 a mobilisé les services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé Publique, les sous-secteurs privés de la santé (laïc et confessionnel), les ministères apparentés au secteur santé sous la coordination du Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT). Ce processus a également bénéficié des contributions des structures communautaires de dialogue en santé, des associations des malades, des Organisations de la Société Civile (OSC) notamment des Associations et ONG intervenant dans la santé, des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), ainsi que des Partenaires Techniques et Financiers.

Une telle mobilisation traduit l'importance qu'attache la nation entière au consensus nécessaire à la définition de la vision du Cameroun sur la santé de ses populations à l'horizon 2015.

Au moment où ce document est en train de passer à la phase de large échelle de diffusion, pour servir de référence à toute intervention dans le secteur santé du Cameroun d'ici 2015, au nom du Gouvernement, nous tenons à exprimer ici notre très profonde gratitude ainsi que nos sincères remerciements à toutes ces personnes et organisations qui n'ont ménagé aucun effort pour faire aboutir ce long processus.

Nos remerciements et félicitations s'adressent enfin aux différents groupes d'experts nationaux et internationaux qui ont travaillé avec dévouement et compétence pour la mise en cohérence de l'ensemble du document, particulièrement le comité de rédaction, animé par le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/CP-SSS).

Le Ministre de la Santé Publique,

André MAMA FOU DA

