

SSS ACTUALISEE DRAFT 2

Table des matières

Table des matières	2
Liste des Tableaux	5
Liste des Figures	6
INTRODUCTION GENERALE	7
PARTIE 1 : CONTEXTE GENERAL – ENJEUX ET DEFIS	8
1 GENERALITES SUR LE CAMEROUN	9
1.1. LE CADRE GLOBAL DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION	12
1.2. LES OBJECTIFS DE LA VISION	14
1.3. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU DSCE	18
1.4. LE SUIVI-EVALUATION	18
PARTIE 2 : ANALYSE DE SITUATION ET AXES STRATEGIQUES	20
CHAPITRE 1 : DIAGNOSTIC – ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE LA SANTE	21
1. DESCRIPTION DU SECTEUR	21
1.1. EVOLUTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	21
1.1.1. AVANT 2001	21
1.1.2. DE 2001 à 2010	22
1.1.2.1. ELABORATION ET ADOPTION DE LA SSS	22
1.1.2.2. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE 2001-2010	22
A. Structure et organisation du système national de santé	23
B. Les intervenants dans le secteur santé	23
2. RESULTATS DE L’EVALUATION A MI-PARCOURS	24
2.1. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	24
2.1.1. RENFORCEMENT DES STRUCTURES	24
2.1.2. RENFORCEMENT DES CAPACITES	25
2.1.2.1. CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES	25
A. Formations de base et continue	26
2.1.2.2. CAPACITES INSTITUTIONNELLES	26
A. Cadre Organique	26
B. Les Ressources Financières	26
C. Equité et Justice Sociale	28
D. Utilisation Rationnelle des Ressources	29
E. Autres Capacités Institutionnelles	29
2.2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	30
2.2.1. MORBIDITE	30
2.2.1.1. MALADIES TRANSMISSIBLES	31
i. Paludisme	31
ii. Tuberculose	31
iii. VIH/SIDA	32
iv. MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE (MAPE)	32
2.2.1.2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES	35
i. Cancer	35
ii. Epilepsie	35
iii. Drépanocytose	35
iv. Maladies Bucco-dentaires	35

v. Surdité ou D�ficiency Auditive	36
vi. Diabète et Hypertension Artérielle	36
vii. C�civit�.....	36
2.2.1.3. MALADIES TROPICALES NEGLIG�ES	36
i. Lèpre.....	36
ii. Ulcère de Buruli.....	37
iii. Onchocercose ou C�civit� des Rivières	37
iv. Trypanosomiase Humaine Africaine	37
v. Ver de Guinée	38
vi. Schistosomiasis	38
2.2.2. MORTALITÉ	38
2.2.3. FECONDITÀ	39
2.3. OBSERVATIONS SPECIFIQUES	40
2.4. EVOLUTION DES INDICATEURS DES OMD LIES A LA SANTE	40
2.5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	46
2.5.1. CONCLUSION.....	46
2.5.2. RECOMMANDATIONS	47
2.5.2.1. RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR DE LA SANTE.....	47
2.5.2.2. RECOMMANDATIONS POUR LE SECRETARIAT TECHNIQUE DU CP/ SSS	50
2.5.2.3. RECOMMANDATIONS POUR LES MINISTÈRES APPARENTES	50
CHAPITRE 2 : STRATEGIES	51
1. LE MODELE CONCEPTUEL	51
1.1. INTRODUCTION.....	51
1.2. LES RESULTATS OPERATIONNELS.....	54
1.2.1. LES RESULTATS DE DEVELOPPEMENT	55
1.2.2. NOMENCLATURE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001-2015	56
1.2.2.1. VOLET PRESTATION DES SERVICES ET SOINS DE SANTE.....	57
1.2.2.2. VOLET RENFORCEMENT (RSS).....	64
1.2.2.3. LE PROCESSUS DE VIABILISATION DES DISTRICTS DE SANTE.....	64
2. OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES	73
2.1. BUT.....	73
2.2. OBJECTIFS	73
2.2.1. OBJECTIF GENERAL	73
2.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	73
2.2.3. LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001 – 2015 ET LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE (OMD)	73
2.2.4. STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001 – 2015 ET DISTRICT DE SANTE VIABLE	74
2.2.4.1. LE DISTRICT DE SANTE, UNITE OPERATIONNELLE DU SYSTEME DE SANTE AU CAMEROUN	74
2.3. AXES STRATEGIQUES.....	75
2.3.1. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (RSS).....	75
2.3.2. VULGARISATION DE L'UTILISATION DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES (PMA) ET DU PAQUET COMPLEMENTAIRE D'ACTIVITES (PCA) DANS LE DISTRICT DE SANTE	76
2.3.3. SYSTEME D'APPUI ET D'ORIENTATION-RECOURS DU NIVEAU OPERATIONNEL.....	76
2.3.4. RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR SANTE.....	77
2.3.4.1. MINISTÈRES APPARENTES.....	77
2.3.4.2. SECTEUR PRIVE.....	78
2.3.4.3. COMMUNAUTES BENEFICIAIRES.....	79
2.3.4.4. PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)	79
2.3.4.5. STIMULATION DE LA DEMANDE	80
PARTIE 3 : CADRE OPERATIONNEL DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE	81
1. PROGRAMMATION DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR LA PERIODE 2009-2013.....	82
1.1. PROJETS ACHEVES, NOUVEAUX PROJETS.....	82
1.1.1. PROJETS ACHEVES	82
1.1.2. PROJETS EN COURS D'EXECUTION	82
1.1.3. LES NOUVEAUX PROJETS	82

2. CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME SOUHAITE 2009-2013	83
2.1. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CDMT SANTE.....	83
2.1.1. ARCHITECTURE DE LA FONCTION SANTE	83
2.1.2. DEMARCHE POUR L'ESTIMATION DES COUTS	84
2.2. SYNTHESE DU CDMT SOUHAITE PAR PROGRAMME (DOMAINE D'INTERVENTION) ET PAR TYPE DE DEPENSE	84
2.3. SYNTHESE DU CDMT SOUHAITE PAR SOUS-PROGRAMME.....	84
2.4. SYNTHESE DU CDMT SOUHAITE PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE.....	85
3. CADRAGE MACRO BUDGETAIRE (CDMT CENTRAL).....	85
4. CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME REVISE 2009-2013	86
4.1. SYNTHESE DU CDMT REVISE PAR PROGRAMME (DOMAINE D'INTERVENTION) ET PAR TYPE DE DEPENSE.....	86
4.2. SYNTHESE DU CDMT REVISE PAR SOUS-PROGRAMME	86
4.3. SYNTHESE DU CDMT REVISE PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE	87
PARTIE 4 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DE LA SSS	88
1. INTRODUCTION	89
2. CADRE DE PLANIFICATION ET DE REALISATION DES ACTIVITES ET RESULTATS	89
2.1. PLANS DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE DISTRICT (PDSD)	89
2.2. PLAN DE TRAVAIL ANNUEL (PTA)	90
3. DISPOSITIF DU SUIVI - EVALUATION	90
3.1. GENERALITES	90
3.2. MECANISMES DE SUIVI – EVALUATION.....	90
3.3. LE SYSTEME D'INFORMATIONS SANITAIRES.....	91
3.3.1. CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION DE LA SSS 2001 - 2015.....	93

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Indicateurs de développement humain en 2005.....	12
Tableau 2 : Cadre global de planification et de programmation.....	13
Tableau 3 : Articulation des objectifs généraux et spécifiques	16
Tableau 4 : Les différents niveaux du secteur santé.....	21
Tableau 5 : Capital physique pour l'Offres des services et soins entre 2001 et 2006.....	25
Tableau 6 : Ratio personnel de santé/population	25
Tableau 7 : Situation des allocations et exécution du budget de 1994 à 2006	27
Tableau 8 : Evolution de la situation de la tuberculose.....	31
Tableau 9 : Evolution de la situation du choléra	32
Tableau 10 : Evolution de la situation de la méningite cérébrospinale.....	33
Tableau 11 : Evolution des cas de fièvre jaune de 2000 à 2008	33
Tableau 12 : Evolution des cas de rougeole de 2000 à 2008	33
Tableau 13 : Performance de la surveillance des PFA de 2001 à 2008 au Cameroun	34
Tableau 14 : Evolution des MAPE 1998 -2006	35
Tableau 15 : Evolution de la situation de la lèpre	36
Tableau 16 : Prévalence de l'Onchocercose dans les provinces du Cameroun 2007.....	37
Tableau 17 : Evolution de la mortalité maternelle et infantile (en ‰)	38
Tableau 18 : Causes de mortalité des moins de 5ans	39
Tableau 19 : Caractéristiques de la femme Camerounaise.....	39
Tableau 20 : Observations et recommandations des groupes ayant participé à l'évaluation à mi-parcours.....	40
Tableau 21 : Evolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans	41
Tableau 22 : Utilisation du condom en situation de risque	42
Tableau 23 : Pourcentage des sujets ayant encore des idées erronées à propos du VIH/SIDA chez les sujets de 15 à 24 ans.....	42
Tableau 24 : Couverture nationale des ménages ayant des enfants de moins de 5 ans par les moustiquaires imprégnées (2005-2008).....	43
Tableau 25 : Couverture nationale des femmes enceintes par les moustiquaires imprégnées.....	43
Tableau 26 : Proportion de ménages ayant accès à de l'eau potable.....	44
Tableau 27 : Proportion des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées	44
Tableau 28 : Les OMD liés à la Santé	52
Tableau 29 : Nomenclature de la SSS 2001-2015, Volet des Interventions de Prestation des Services et Soins de Santé.....	57
Tableau 30 : Nomenclature de la SSS 2001- 2015, volet renforcement.....	66
Tableau 31 : relation entre l'objectif III de la SSS et les OMD 1 et 6.....	74
Tableau 32 : Synthèse du CDMT (souhaité) par programme (domaines d'intervention) et par type de dépense (en millions)	84
Tableau 33 : Synthèse du CDMT par sous programme (en millions).....	85
Tableau 34 : Synthèse du CDMT (souhaité) par niveau de la pyramide sanitaire (en millions)	85
Tableau 35 : Allocations prévisionnelles sur ressources internes (hors ressources internes spéciales et ressources externes) en milliards	86
Tableau 36 : Synthèse du CDMT programme (domaine d'intervention) et par type de dépense (en millions F CFA).....	86
Tableau 37 : Synthèse du CDMT par Sous-programme (en millions F CFA).....	86
Tableau 38 : Synthèse du CDMT par programme et par type de dépense (en millions F CFA)	87
Tableau 39 : cadre conceptuel du PISE	91
Tableau 40 : Cadre logique d'intervention de la SSS 2001 – 2015	93
Tableau 41 : Tableau des indicateurs de Résultats	98

Liste des Figures

Figure 1 : DSCE et stratégies sectorielles.....	14
Figure 2 : Représentation graphique de l'évolution des parts de budget national allouée et/ou exécutée au MINSANTE	28
Figure 3 : Représentation graphique de l'évolution du taux d'exécution des budgets au niveau national et du MINSANTE	28
Figure 4 : Distribution géographique des schistosomiasés et helminthiases intestinales au Cameroun	38
Figure 5 : Corrélation entre la baisse des coûts de traitement 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	53
Figure 7 : Résultats Opérationnels et de développement	54
Figure 8 : Modèle Conceptuel de la SSS 2001 – 2015	72
Figure 9: Architecture du Système de santé	83

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.

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

Après les généralités sur le Cameroun, la première partie 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 de la stratégie.

La deuxième partie fait l'analyse de situation du secteur santé à mi-parcours de la mise en œuvre de sa Stratégie Sectorielle (SSS) 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 2014-2018 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 : CONTEXTE GENERAL – ENJEUX ET DEFIS

1 GENERALITES SUR LE CAMEROUN

❖ LE 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.

❖ 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 2006¹, soit une densité moyenne de 38 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

² Source : INS 2004.

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.

❖ INFRASTRUCTURES /VOIES DE COMMUNICATION

Le Cameroun dispose d'un réseau varié de communications.

- 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.

- Réseau ferroviaire

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

- 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.

- 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.

❖ PAYSAGE MEDIATIQUE ET 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.

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

- Média 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.

³ Source : Atouts Economiques, édition 2007

– Média 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.

– En matière de 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.

❖ AUX PLANS 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.

❖ 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 2000. La mise en œuvre des programmes du Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) approuvée par les institutions de Breton Woods, a conduit à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE 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 (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 Immunisation), etc.

⁴ Source : MINEPAT (DAE)

❖ 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 les 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 d'emploi, 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 et du trafic des médicaments. Néanmoins, les récents recrutements de personnels et les efforts de professionnalisation de la formation ont permis une amélioration des effectifs dans le secteur. Cette tendance est appelée à s'améliorer avec l'entrée en fonctionnement des facultés de Douala et de Buéa, comportant une variété de filières en médecine, odontostomatologie et sciences pharmaceutiques.

1.1. LE 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.

⁵ Source : CIA World Factbook, 2008

Tableau 2 : Cadre global de planification et de programmation

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

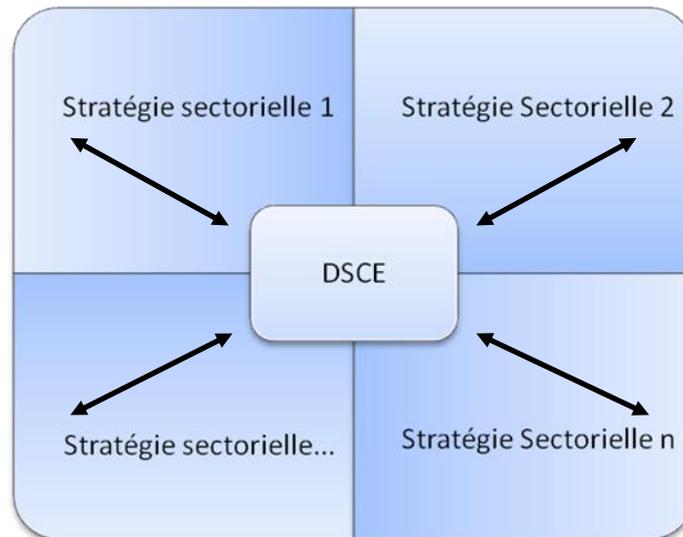
*niveau national en gris

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).

1.2. LES OBJECTIFS DE LA VISION

La vision de développement en cours de finalisation vise, sur un horizon de 30 ans, 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.

- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.

- ✓ 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.
- ✓ 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).
- ✓ 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.
- ✓ 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%	Faire de la population un facteur effectif de développement Promouvoir la création d'une masse critique d'emplois décents Réduire les écarts entre riches et pauvres par l'amélioration des systèmes de redistribution Améliorer l'offre et garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité Améliorer la protection et la sécurité sociales Augmenter l'offre, la qualité et l'adéquation de la formation
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	Accroître la productivité de l'économie, notamment en intensifiant les activités sylvo-agropastorales et piscicoles ainsi que l'extraction minière Intensifier les investissements dans les infrastructures et les secteurs productifs Préserver la stabilité macro-économique Promouvoir la mutation et la professionnalisation des services Promouvoir, vulgariser et valoriser les résultats de la recherche
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)	Développer un secteur manufacturier sain, compétitif et diversifié, capable d'inverser la structure du commerce extérieur (exportations et importations) Collecter l'épargne et financer la croissance et le développement Modifier la structure des échanges extérieurs et élargir les marchés S'intégrer dans la sphère financière internationale et améliorer l'intermédiation bancaire
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	Renforcer la solidarité nationale Consolider l'Etat, garant de l'intérêt général Promouvoir l'Etat de droit et la crédibilité du système judiciaire Assurer une plus grande participation des populations Consolider les libertés sociales (expression, association,...) Renforcer la sécurité des personnes et des biens Affermir la décentralisation et le développement local

Source : projet de formulation de la vision

- ✓ **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.
- ✓ **Sur le plan démographique**, 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. 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 1000 naissances vivantes contre 669 actuellement ;
 - Réduire le risque de décès chez les enfants à travers le relèvement de la couverture vaccinale de 75 à 95%, le renforcement de la lutte contre les maladies diarrhéiques par 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.
- ✓ **Au niveau 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.

- ✓ **Pour ce qui est 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.

- ✓ **Au niveau du secteur 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.

1.3. LES 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 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.

1.4. LE SUIVI-EVALUATION

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 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 : ANALYSE DE SITUATION ET AXES
STRATEGIQUES**

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

1. DESCRIPTION DU SECTEUR

1.1. EVOLUTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

1.1.1. 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 règlementaires 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 de SYNAME	Structures de dialogue
Central	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux	CENAME Grossistes répartiteurs privés Centrales d'achat du Secteur Privé à but	Conseils d'Administration ou Comités de gestion

		- Coordination - Régulation	Centraux Les Organismes sous-tutelle	non Lucratif	
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 D/S viable révisé (MSP)

Malgré ces aménagements, quelques insuffisances ont été relevées notamment :

- absence de cadre juridique pour la participation communautaire ;
- absence de cadre juridique pour le système national d'approvisionnement des médicaments essentiels, notamment 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. ELABORATION ET ADOPTION DE LA SSS

L'adoption consensuelle en 2001 du document de stratégie sectorielle de la santé (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. 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 (PPTTE) 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 (ODD).

A. Structure et 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 Sécurité 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. Les 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, CEPKA, FALC.

2. RESULTATS DE L’EVALUATION A MI-PAROURS

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide au développement, le Gouvernement, les Partenaires Techniques et Financiers et les Organisations de la Société Civile, ont saisi en 2006 les opportunités favorables pour s’engager dans la mise en place au Cameroun de l’Approche Sectorielle ou Sector Wide Approach (SWAp) en Anglais. Ce sont :

- (i) la volonté politique ;
- (ii) la confiance mutuelle et l’intérêt partagé ;
- (iii) le fort engagement du Gouvernement et son leadership ;
- (iv) le processus de décentralisation en cours ;
- (v) l’existence d’une masse critique de ressources humaines ;
- (vi) l’augmentation des flux financiers en faveur de la santé.

Pour y parvenir, ils ont convenu de procéder à l’évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010, en vue de son actualisation pour l’arrimer à l’horizon 2015 en conformité avec les OMD. La mise en œuvre de la SSS ainsi actualisée servira de base à l’élaboration du programme commun, élément essentiel de tout SWAp.

La méthodologie utilisée pour cette évaluation reposait sur deux volets :

- le volet qualitatif qui consistait en la consultation des parties prenantes à savoir les bénéficiaires, les prestataires et les partenaires de coopération internationale ;
- 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).

Les résultats de cet exercice sont présentés ci-dessous.

2.1. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

2.1.1. RENFORCEMENT DES STRUCTURES

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 consécutive 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 2006 comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Capital physique pour l'Offres des services et soins entre 2001 et 2006

Catégories de formation Sanitaires	Nombre en 2001	Nombre en 2006
Hôpitaux de 1 ^{ère} catégorie	4	5 dont 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		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
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 ont malheureusement vu le jour sans obtention préalable d'un agrément du MINSANTE, échappant ainsi à son contrôle.

Malgré les efforts de sensibilisation du Ministère de la Santé Publique en direction des populations, les ménages restent vulnérables face aux écarts de 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. RENFORCEMENT DES CAPACITES

2.1.2.1. CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES

Tableau 6 : 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	1/3 000	1/2 214	1/2 249	1/3 094

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

Sur le tableau ci-dessus, on note que par rapport aux normes de l'OMS, la situation du personnel médical ne cesse de s'empirer.

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

Malgré les efforts de recrutement du Gouvernement avec l'appui de ses partenaires (Fonds PPTTE, C2D, etc.), les besoins en personnel de santé d'une manière générale, comme le relève le recensement des personnels de santé de 2005, demeurent une préoccupation. 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. Formations de base et continue

Le Cameroun compte aujourd'hui plusieurs facultés publiques de Médecine, de Pharmacie et de Chirurgie Dentaire dont 03 Facultés de Médecine (à Douala, Yaoundé et Buéa), 02 facultés de Pharmacie (Yaoundé et Douala) et 01 Faculté de Chirurgie Dentaire à Yaoundé, toutes déjà fonctionnelles.

Plusieurs initiatives de création des facultés privées sont en cours. Il existe une faculté privée de médecine et pharmacie déjà opérationnelle.

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 de formations locales, 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 quelques lycées techniques.

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

2.1.2.2. CAPACITES INSTITUTIONNELLES

A. 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. Les 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 PPTTE a apporté des ressources additionnelles au secteur (C2D, PPTTE, 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%⁷ 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 respectivement⁸.

Globalement, la part du budget national alloué au secteur santé depuis 2001 a évolué de manière croissante (4,5% en 2006) mais 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 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 7: Situation des allocations et exécution du budget de 1994 à 2006

Année	Prévisions			Exécution				
	Evolution du budget alloué			Evolution du budget exécuté			Taux d'exécution du budget (%)	
	National	MINSANTE	% budget national	National	MINSANTE	% budget national	National	MINSANTE
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

⁷ Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments, IFORD, 2004

⁸ WHO, National accounts series (1996-2005)

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

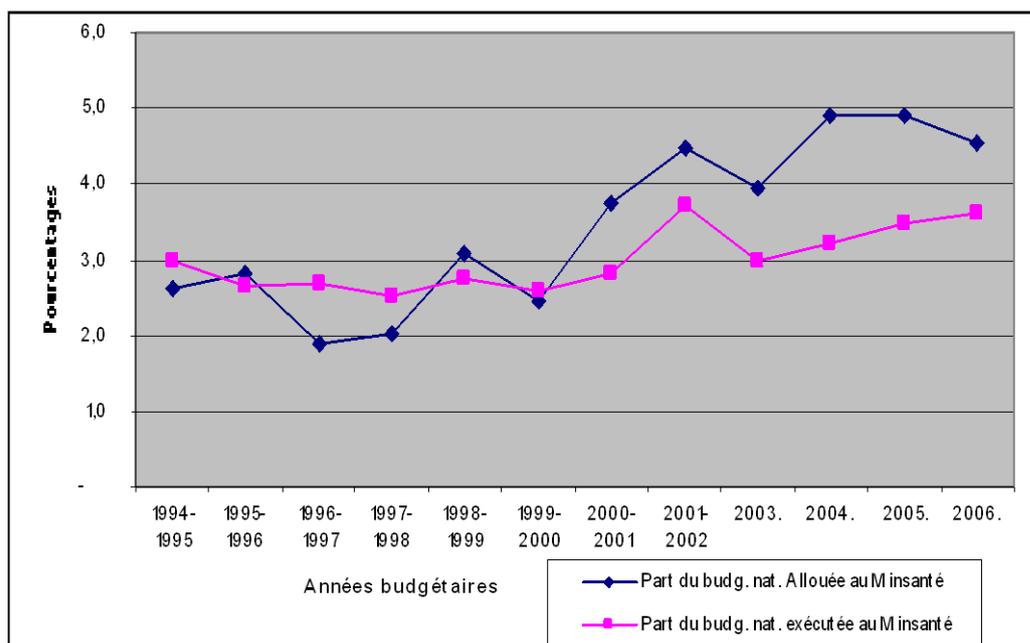
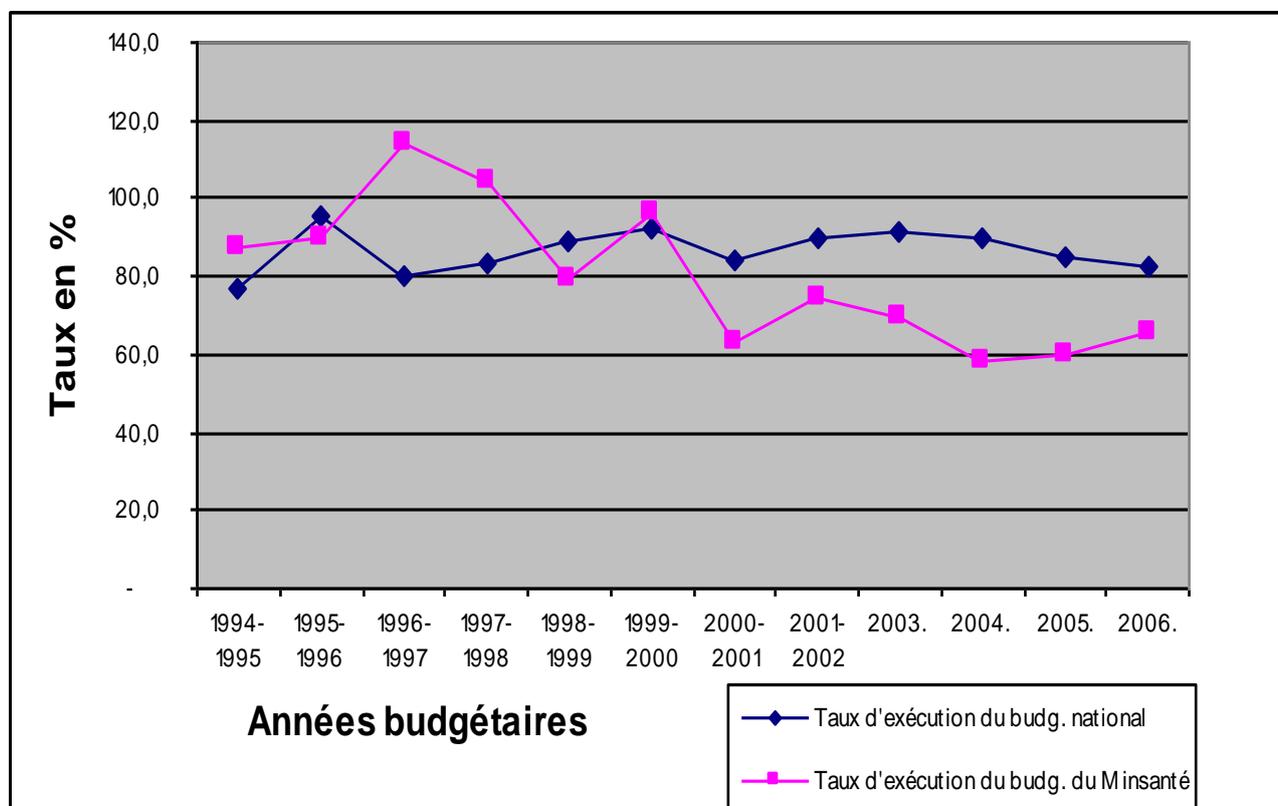


Figure 3 : Représentation graphique de l'évolution du taux d'exécution des budgets au niveau national et du MINSANTE



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. Equité et 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. 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. 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 du 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. 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. MORBIDITE

Selon le rapport de l'Enquête sur les déterminants du recours aux soins et aux médicaments au Cameroun⁹, 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 province 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 encourrent un niveau de morbidité moindre.

⁹ IFORD, 2004.

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. MALADIES TRANSMISSIBLES

i. Paludisme

Il représente la première cause de morbidité. 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 a été estimé à 40,1% et le taux de mortalité à 2,2%. Ces taux varient en fonction des provinces et sont plus élevés chez les enfants de moins de 5 ans.

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun, avec plus de 930.000 cas notifiés en 2005 (Cf. les atouts économiques, 2007).

ii. 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 baccilloscopie positive pour 100 000 habitants¹⁰. 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 8 : Evolution de la situation de la tuberculose

région	Nb cas en 1998	Nb de cas en 2007	Nb de cas en 2008
Adamaoua	113	929	1 035
Centre	48	5 640	3 793
Est	144	1 622	1 908
Extrême - Nord	1 026	2 515	2 586
Littoral	39	5 784	3 709
Nord	233	1 702	1 858
Nord-Ouest	96	2 207	2 134
Ouest	318	1 469	1 432
Sud	189	998	1 035
Sud-Ouest	55	1 721	1 935
Total	2 261	24 589	21 425

Source : DEPI/MSP : Rapport NHMIS ; 1998 et PNL T

¹⁰ Source : Rapport de l'OMS 2008 WHO/HTM/TB/2008

iii. VIH/SIDA

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 :

- 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.

iv. MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE (MAPE)

➤ Choléra

Le choléra sévit de façon endémique dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord, du Littoral, de l'Ouest et du Sud. La dernière poussée épidémique a eu lieu dans la région du Littoral en 2006. Par ailleurs, la prise en charge efficace des nombreux réfugiés en provenance des pays voisins représente un important défi pour notre pays.

Tableau 9 : Evolution de la situation du choléra

région	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 : DLM

➤ 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 notamment dans les régions du Nord-Ouest, Sud-Ouest et Ouest.

Tableau 10 : Evolution de la situation de la méningite cérébrospinale

région	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 : DLM

➤ 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 préventives de vaccination à Méri, Bafia, Messaména, Akonolinga, où des flambées épidémiques ont été enregistrées.

Des campagnes de vaccination de riposte ont également été organisées dans les districts de santé de Bafia et Méri (janvier 2004), au regard du faible taux de couverture vaccinale de routine y relatif (68% en 2005).

Tableau 11 : Evolution des cas de fièvre jaune de 2000 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

➤ 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.

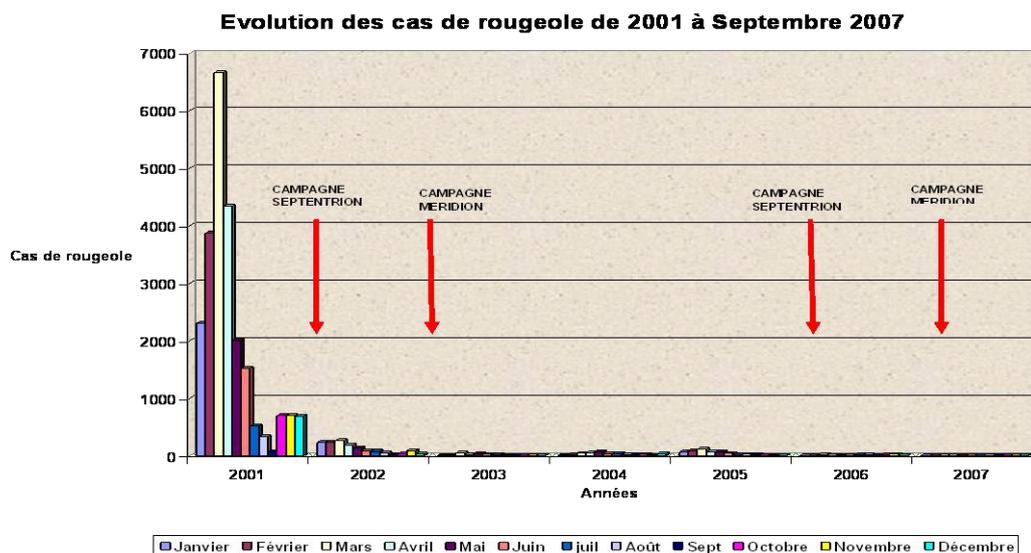
Les activités menées depuis quelques années dans le cadre du contrôle de la rougeole ont produit des effets positifs puisque le nombre de cas et de décès dus à la rougeole ont diminué de plus de 95% et de 90% respectivement.

Tableau 12 : Evolution des cas de rougeole de 2000 à 2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Prélèvements	14 623	23 934	1448	899	1038	1328	709	659	709

suspects									
Cas confirmés		23 691	220	232	358	528	134	41	134
Décès	352	258	37	17	25	29	12	10	12

Source : PEV, MINSANTE



➤ 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 et 01 en 2005. 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. Malgré l'absence de nouveaux cas de poliovirus sauvages dans le pays au cours des 18 derniers mois, 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 13 : 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%	

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

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

La Grippe aviaire est une anthroozoonose 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. Au Cameroun, quelques cas de volailles contaminées ont été enregistrés à Maroua, Garoua et Yagoua 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 14 : Evolution des MAPE 1998 -2006

MAPE	Nombre de cas en 1998	Nombre de cas en 2006
Le Choléra		
La Méningite cérébrospinale	4583	
La Fièvre jaune (Cas confirmés/investigués)	NA	1/859
La Rougeole (Cas confirmés/investigués)	14.161	134/709
La Poliomyélite/paralysie flasque Aiguë	/40	2/193
La Rage humaine	77	
Le Virus Ebola	NA	NA
Le Chikungunya	NA	NA
Le SRAS	NA	0
La Grippe aviaire	NA	0

NA= Not Applicable, SRAS= Syndrome Respiratoire Aigue

2.2.1.2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

i. 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. Epilepsie

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. 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. Maladies Bucco-dentaires

Au Cameroun, les maladies bucco-dentaires demeurent un problème majeur de santé publique.

Des études menées, il ressort que les manifestations bucco-dentaires liées au VIH/SIDA sont très répandues et incluent le plus souvent des infections fongiques, gingivites nécrosantes et leucoplasies orales etc.

Sur les 33 personnes observées (novembre 2000 à février 2001) à l'hôpital Baptiste de Bansa (BBH), les manifestations (lésions) buccales dues au VIH/SIDA suivantes ont été observées :

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%.

v. 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. Diabète et 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).

Enfin, des traumatismes maxillo-faciaux ont augmenté dans l'ensemble du pays par suite des violences interpersonnelles et des accidents de la circulation (prolifération de motos taxis).

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. 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.

2.2.1.3. MALADIES TROPICALES NEGLIG ES

i. 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 15 : Evolution de la situation de la lèpre

Province	Nb cas en 1998 (DLM)	Nb cas en 2007 (DLM)
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 : DLM

ii. 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 provinces 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. Onchocercose ou Cécité des Rivières

L'Onchocercose ou cécité des rivières est endémique dans toutes les provinces 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 16 : Prévalence de l'Onchocercose dans les provinces du Cameroun 2007

Province	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 : Programme ONCHO (MSP)

iv. 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.

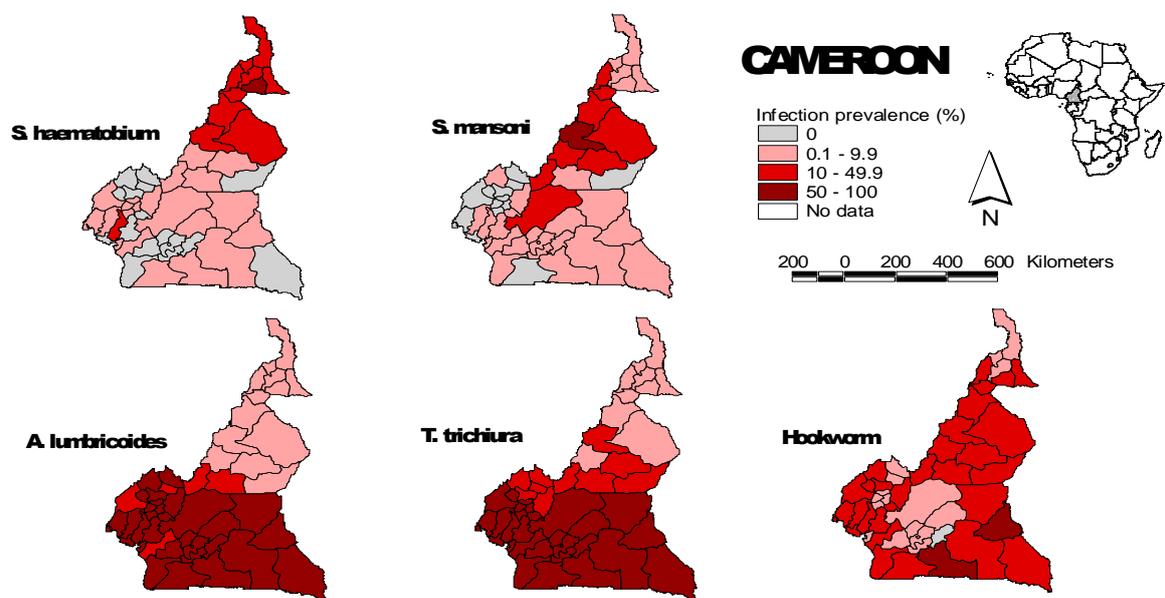
v. Ver de Guinée

Le Cameroun a été déclaré par l'OMS indemne de ver de Guinée en début 2008.

vi. 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 d'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.

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



Data collated from published and unpublished sources by Simon Brooker and the Partnership for Child Development, Dept. of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College School of London, UK

2.2.2. MORTALITE

Tableau 17 : 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	
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 provinces septentrionales (Adamaoua, 153 ‰ ; Nord et Extrême-Nord 135 ‰), celles de EDS III révèlent que la province 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 province 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 18 : 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%)
		Injection (25%)
		Prématuré (30%)
(29 jours à 5 ans)	75	Autres (7%)
		Malaria (23%)
		Pneumonie (22%)
		Diarrhée (17%)
		VIH/SIDA (7%)
		Rougeole (4%)
		Traumatismes (2%)
Autres (0%)		

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

2.2.3. FECONDITE

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

Tableau 19 : 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. OBSERVATIONS SPECIFIQUES

Les principales observations des groupes ayant participé à l'évaluation à mi-parcours sont présentées dans le tableau n° 20 ci-dessous :

Tableau 20 : Observations et recommandations des groupes ayant participé à l'évaluation à mi-parcours

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

2.4. 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 21 : 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

Sources : 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)

- **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 contraception¹¹

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 22 : 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

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

Tableau 23 : 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	35	42

¹¹ 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.

	qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida		
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 24 : Couverture nationale des ménages ayant des enfants de moins de 5 ans par les moustiquaires imprégnées (2005-2008)

Région	Nombre de ménages avec enfants de moins de 5 ans à atteindre ¹²	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 25 : Couverture nationale des femmes enceintes par les moustiquaires imprégnées

Région	MII distribuées			Taux de couverture 2005	Ecart/Objectif en 2005
	2003	2004	2005		

¹² 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.

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 soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance direct

- **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 26 : 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%

Sources : ⁽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 27 : 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%

Sources : ⁽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

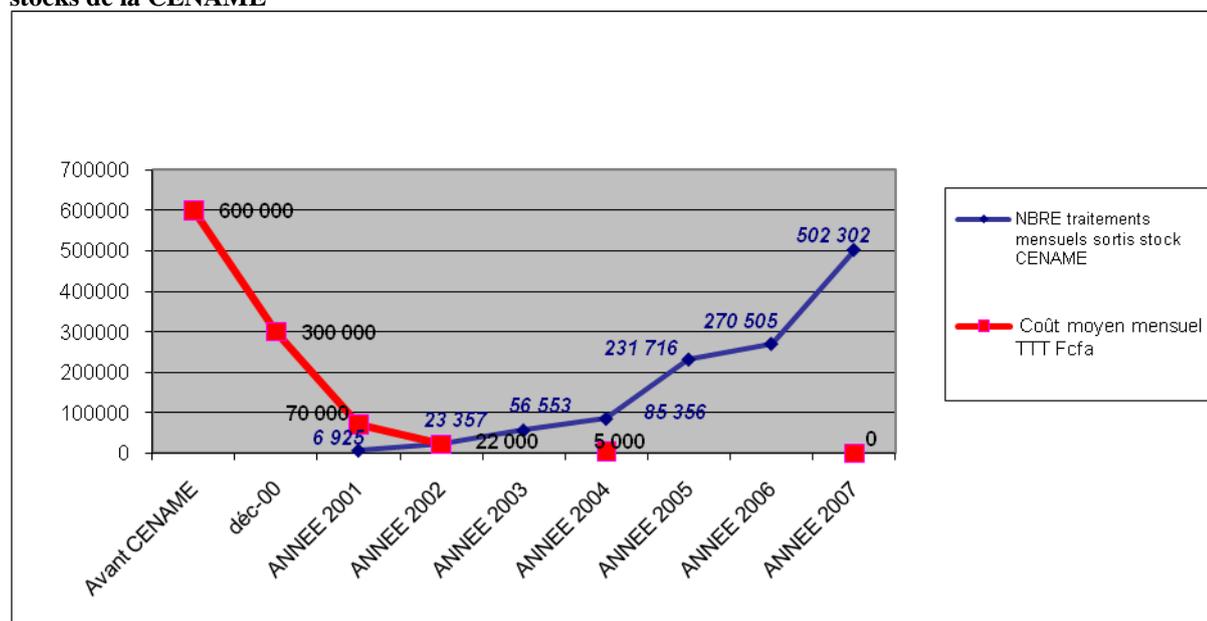
Indicateur 46 : Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable

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%

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 (MOI) 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 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.

2.5. CONCLUSION ET 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. 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. 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. RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR DE LA SANTE

Elles portent sur cinq axes principaux à savoir :

- Amélioration et l'alignement de la politique sanitaire
- Viabilisation des districts de santé.
- Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant
- La lutte contre la maladie
- Promotion de la santé

i. Amélioration et l'alignement de la politique sanitaire

- ✓ 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. 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 ainsi que la gestion des médicaments (y compris génériques), réactifs et dispositifs essentiels.
- ✓ 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 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. 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. 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. 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. 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. RECOMMANDATIONS POUR LES MINISTERES 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 : STRATEGIES

1. LE MODELE CONCEPTUEL

1.1. INTRODUCTION

La SSS 2001 – 2015 se propose de renforcer la mise en œuvre des reformes 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.

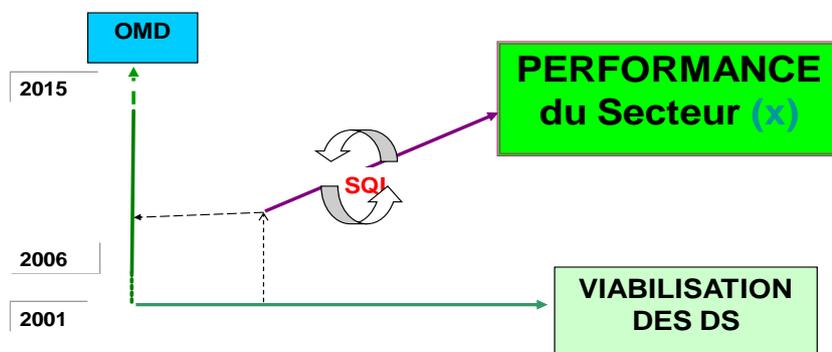
Par ailleurs, le Cameroun à l'instar des autres états membres de l'Organisation des Nations Unies, a souscrit à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. Le secteur santé est particulièrement engagé par rapport aux OMD suivants (tableau n° 28 ci-dessous):

Tableau 28 : 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

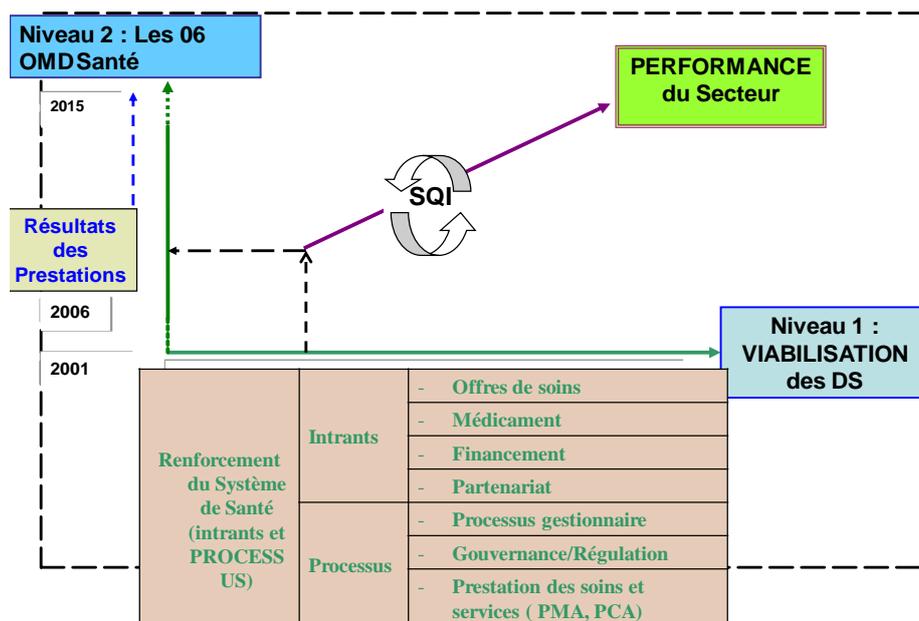


SQI: Systemic Quality Improvement (**Amélioration Systémique de la Qualité**)

(x) Performance = Efficacité + efficience.

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. LES 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. LES 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° 25 ci-dessus).

1.2.2. 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 interventions de prestation des soins et 27 de renforcement des services de santé

259 types d'intervention dont 138 interventions de prestation des soins et 121 de renforcement des services de santé

Les détails relatifs à cette nomenclature figurent sur les tableaux n° 29 et 30 ci-dessous.

1.2.2.1. VOLET PRESTATION DES SERVICES ET SOINS DE SANTE

Tableau 29 : 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	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 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 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	1.1.4.1 Consultation préventive

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION		
		dépistage des cancers génésiques	1.1.4.2	Dépistage	
			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	Vaccination contre les maladies évitables par la vaccination
			1.2.2 PECP de l'enfant exposé ou infecté au VIH	1.2.2.1	Diagnostic précoce à 6 semaines
	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 PCIME		1.2.3.1	PCIME communautaire	
			1.2.3.2	PCIME clinique	
			1.2.3.3	PCIME Scolaire	
	1.2.4 Consultation préscolaire		1.2.4.1	Surveillance de la croissance de l'enfant	
			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 Prise en charge de la malnutrition		1.2.5.1	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë	
			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 Santé de	1.3.1 Compétence à la vie	1.3.1.1	Séances d'écoute		

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION			
	l'adolescent	courante	1.3.1.2	Planification Familiale		
			1.3.1.3	Services à base communautaire de la santé de reproduction (SR)		
			1.3.1.4	Lutte contre les pratiques néfastes (mutilations génitales, toxicomanie etc.)		
			1.3.1.5	Education à la vie et à l'amour (EVA)		
			1.3.1.6	Prévention des IST/VIH		
			1.3.1.7	Les consultations scolaires		
			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)		
		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 ¹³ /TB-VIH					
2.1.1.4	Surveillance de la résistance aux ARV					
2.1.1.5	Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables ¹⁴					
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					

¹³ 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)

¹⁴ Comporte : nutrition, soins curatifs, soutien psychologique, autres aspects (éducation, social, législatif... voir Ministères concernés)

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION
	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 ¹⁵
			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 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 ¹⁶
			2.3.1.2 Dépistage
			2.3.1.3 Prise en charge clinique ¹⁷
			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 maladies tropicales négligées	2.4.1 Prise en charge globale des maladies tropicales négligées	2.4.1.1 Prise en charge préventive
			2.4.1.2 Dépistage
			2.4.1.3 Prise en charge clinique ¹⁸
			2.4.1.4 Prise en charge et réinsertion ¹⁹ 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	

¹⁵ Promotion de l'utilisation des MII, Aspersions intra domiciliaires,

¹⁶ Actes médicaux permettant de prévenir la maladie : vaccination, frottis cervicaux...)

¹⁷ Incluant soutien psychologique et soins palliatifs

¹⁸ Incluant le soutien psychologique.

¹⁹ Incluant les Ministères en charge de l'Administration Territoriale et la Décentralisation et les Affaires Sociales, etc.

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION
	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	2.5.2.4 Evaluation de l'épidémie
			2.6.1.1 Préparation aux catastrophes (Disaster preparedness) ²⁰ :
			2.6.1.2 Diagnostic humanitaire
			2.6.1.3 Réponse humanitaire
	2.7 Santé de la personne âgée	2.7.1 Santé gémésique	2.6.1.4 Evaluation
			2.7.1.1 Dépistage des cancers gémésiques
		2.7.2 Gériatrie	2.7.1.2 Prise en charge des cas de cancers gémésiques
			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
	2.8 Santé Mentale et comportements humains	2.8.1 Maladies mentales	2.7.2.5 Prise en charge communautaire
			2.8.1.1 Prise en charge des cas
			2.8.1.2 Prise en charge communautaire
		2.8.2 Troubles de comportement (Toxicomanie et usage des drogues, addictions diverses, les déviances, etc.)	2.8.1.3 Préventif, curatif et promotionnel
2.8.2.1 Diagnostic des comportements à risque			
2.8.2.2 Prévention, prise en charge et réinsertion des malades			
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

²⁰ Cartographie des risques, simulation

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION	
	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 aliments	3.2.5.1 Promotion du contrôle de qualité des 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)			

DOMAINE D'INTERVENTION	CLASSE D'INTERVENTION	CATEGORIE D'INTERVENTION	TYPES D'INTERVENTION DE PRESTATION	
			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	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
		3.3.5 Promotion des comportements sains	3.3.5.1	Promotion des activités physiques et sportives
			3.3.5.2	Promotion de la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et les drogues illicites

1.2.2.2. 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. LE 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 121 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° 30 ci-dessous :

Tableau 30 : 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) ²¹
		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 Prendre les mesures d'accompagnement (flexibilité des accords ADPIC, de taxation des intrants, etc.)
			4.2.1.3 Mettre en place un mécanisme de valorisation du patrimoine thérapeutique national
		4.2.2 : Accès aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	4.2.2.1 Doter les 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.)			

²¹ 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	Amélioration 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.) ²²	
			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	
			4.3.2 : Financement de la demande	4.3.2.1	Mise en place d'un mécanisme de partage du risque maladie (Elaboration du

²² 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
		4.4.2.4		Monitoring et évaluation de la MEO de ces conventions	
		4.4.3 : Participation communautaire	4.4.3.1	Elaboration du cadre réglementaire de la 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.)	
			4.4.3.3	Monitoring et évaluation des activités de participation communautaire	
		4.4.4 : International	4.4.4.1	Elaboration/actualisation, diffusion du document de stratégie partenariale	
			4.4.4.2	Renforcement de la coordination des partenaires	

DOMAINE	CLASSES	CATEGORIES	TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE	
	4.5 Processus gestionnaire	4.5.1 : NHMIS	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
			4.5.1.2	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	4.5.2.1	Opérationnalisation de l'équipe en charge de la planification à tous les niveaux
			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
		4.5.4 : Coordination intégrée	4.5.4.1	Organisation de la coordination
			4.5.4.2	Mise en place effective du SWAP
			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		

DOMAINE	CLASSES	CATEGORIES	TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE
		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 aux structures de dialogue
			4.6.1.4 Mise en place d'un cadre de collaboration avec les bénéficiaires ²³
		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
			4.6.2.3 Information du personnel de santé sur les mesures d'incitation et de sanctions existantes ²⁴
			4.6.2.4 Actualisation et contrôle de l'application des textes relatifs à l'octroi des quêtes parts et autres primes

²³ Elaboration d'un cadre institutionnel et réglementaire, Mise en place d'une structure de suivi évaluation, des procédures et de reporting

²⁴ Sur la base des critères de performance du personnel adopté à tous niveaux.

DOMAINE	CLASSES	CATEGORIES	TYPE D'INTERVENTION DE RSS PAR CATEGORIE		
		4.6.3 : Régulation	4.6.2.5 Contrôle de la mise en pratique des mesures découlant des résultats des études sur la gouvernance et corruption ²⁵		
			4.6.2.6 Production et diffusion des documents relatifs aux bonnes pratiques		
			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)		
			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				
		4.7.2 : 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 recherche, Renforcement de la coordination de la recherche, etc.)		
			4.7.2.4 Promotion de l'utilisation des résultats de la recherche		
			4.7.2.5 Renforcement des capacités en matière de recherche opérationnelle à tous les niveaux		

La figure n° 8 ci-dessous résume le modèle conceptuel de la SSS tel que décrit dans la partie 2 (chapitre 2) et la partie 4.

²⁵ Veiller à la stricte application des dispositions du code de marché

2. OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES

2.1. 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. OBJECTIFS

2.2.1. OBJECTIF GENERAL

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

2.2.2. 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 $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle.

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

Si la relation entre les objectifs spécifiques IV et V de la SSS/2001-2015 et les OMD sont clairs, il est nécessaire d'explicitier la relation entre l'objectif III et les objectifs du Millénaire pour le Développement.

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° 31 ci – dessous):

Tableau 31 : relation entre l'objectif III de la SSS et les OMD 1 et 6

OMD	CIBLES DES OMD INCLUS DANS LA SSS
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
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
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

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. STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2001 – 2015 ET DISTRICT DE SANTE VIABLE

2.2.4.1. LE DISTRICT DE SANTE, UNITE OPERATIONNELLE DU SYSTEME DE SANTE 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 secteurs 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. 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 l'utilisation 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. 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. VULGARISATION DE L'UTILISATION 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 d'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. 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 régulation²⁶ ;
- le financement ;
- la supervision formative.

Et d'autre part sur le recours à travers:

- la référence/contre référence.

2.3.4. 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. 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

²⁶ 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.

l'Education Physique et des Sports, du Travail et de la Sécurité Sociale²⁷) à assurer un niveau satisfaisant 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.

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. 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 (confessionnels, 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.

²⁷ Avec les hôpitaux de CNPS, CDC, ALUCAM, HEVECAM, etc.

2.3.4.3. 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. 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. 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 attendu²⁸. Conscient de cette dichotomie, 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.

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.

²⁸ Enquête sur les Déterminants du recours aux Soins et aux Médicaments au Cameroun (Juillet, 2004)

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

1. PROGRAMMATION DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR LA PERIODE 2009-2013

1.1. PROJETS ACHEVES, NOUVEAUX PROJETS

1.1.1. PROJETS ACHEVES

Seul le projet **de lutte contre le Ver de Guinée est actuellement achevé** ; cependant, les activités de surveillance épidémiologique se poursuivent dans trois DS à la région de l'Extrême-Nord

1.1.2. PROJETS EN COURS D'EXECUTION

Sont en cours d'exécution les projets d'investissement ci-après :

- Construction des CSI/CMA ;
- Construction des HD ;
- Construction des SSD ;
- Construction des hôpitaux provinciaux et centraux ;
- Le projet d'investissement dans les zones rétrocédées au Cameroun à la suite de l'arrêt de la Cour Internationale de Justice sur le litige frontalier avec le Nigeria ;
- Construction des logements d'astreinte ;
- Equipement des CSI/CMA ;
- Equipement des HD ;
- Equipement des SSD ;
- Equipement des hôpitaux provinciaux et centraux.

En ce qui concerne le fonctionnement, les activités de référence suivantes sont en cours d'exécution. Il s'agit :

- du Développement des ressources humaines ;
- du Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- de l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux (ARV, MEG, Anti paludiques, moustiquaires imprégnées, etc.) ;
- du Pilotage et suivi de la mise en œuvre de la SSS.

1.1.3. LES NOUVEAUX PROJETS

Les nouveaux projets d'investissement identifiés sont :

- la construction de l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala ;
- la dotation des hôpitaux régionaux en équipement d'hémodialyse et imagerie médicale. Dans le cadre, de cette opération, la première vague des travaux a permis la construction et la mise en fonctionnement de deux centres d'hémodialyse à Bamenda et Bertoua, ainsi que deux centres d'imagerie médicale à Ebolowa et Garoua. Les constructions des centres d'hémodialyse des autres chefs lieux de régions sont en cours, de même que celles des centres d'imagerie médicale.

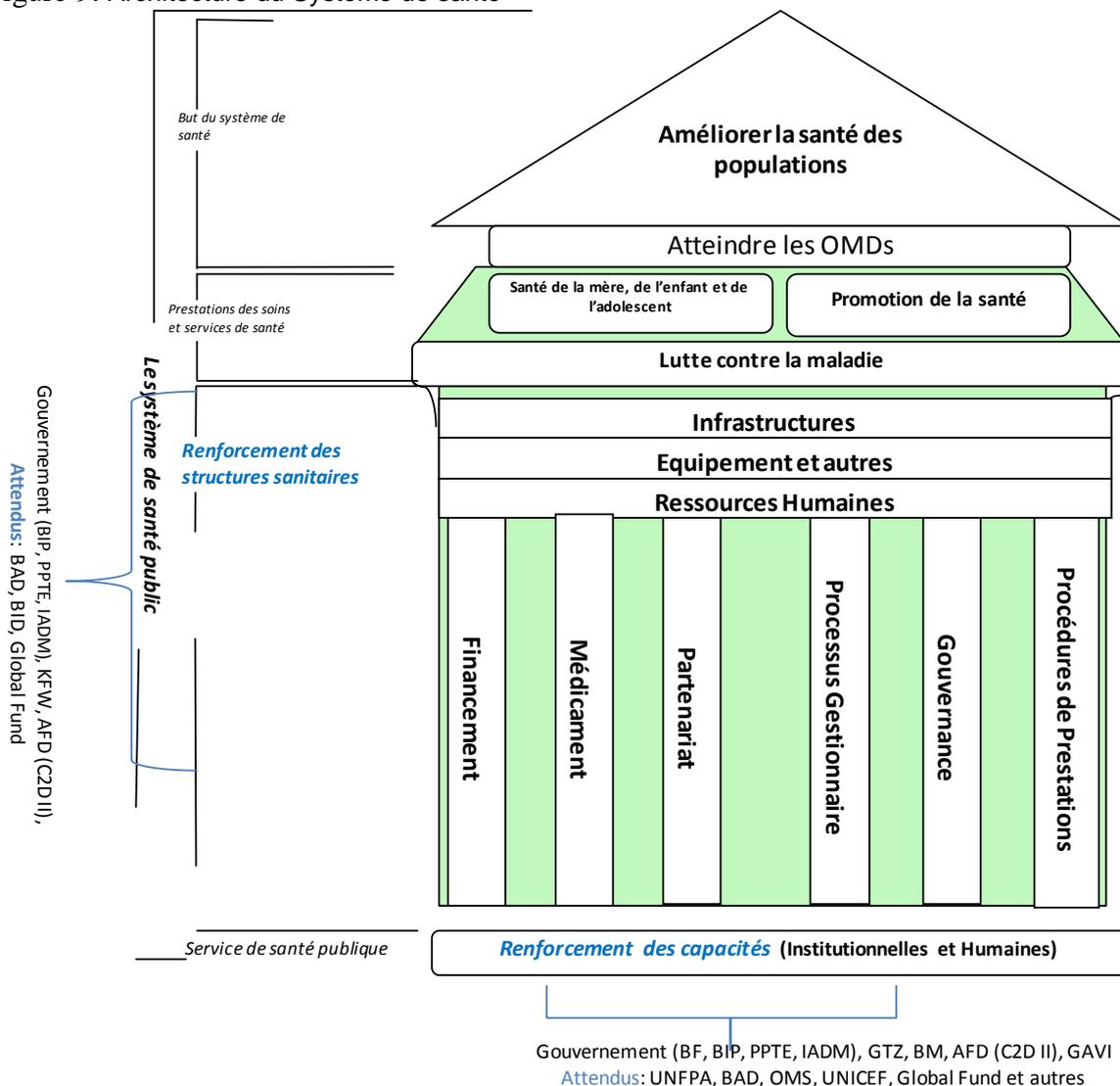
2. CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME SOUHAITE 2009-2013

2.1. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CDMT SANTE

2.1.1. ARCHITECTURE DE LA FONCTION SANTE

L'architecture de la fonction santé sur laquelle repose le CDMT santé peut être visualisée sur le graphique ci-dessous.

Figure 9: Architecture du Système de santé



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 et 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.

2.1.2. DEMARCHE POUR L'ESTIMATION DES COUTS

L'estimation du coût de la mise en œuvre des stratégies de la réponse nationale s'est faite suivant une démarche en trois étapes :

- **une revue partielle des dépenses publiques** de santé (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 MBB²⁹** pour la détermination des coûts **additionnels**. Cette application prend en compte les données du système de santé, les principaux agrégats macroéconomiques, les coûts unitaires 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 de couverture pour trois niveaux de prestation : niveau communautaire, niveau des services orientés vers les populations et niveau des services de soins cliniques.

2.2. SYNTHÈSE DU CDMT SOUHAITE PAR PROGRAMME (DOMAINE D'INTERVENTION) ET PAR TYPE DE DEPENSE

Tableau 32 : Synthèse du CDMT (souhaité) par programme (domaines d'intervention) et par type de dépense (en millions)

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

2.3. SYNTHÈSE DU CDMT SOUHAITE PAR SOUS-PROGRAMME

²⁹ **MBB :Marginal Budgeting for Bottleneck**, logiciel d'estimation des coûts additionnels développé par l'UNICEF et la Banque Mondiale

Tableau 33 : 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 événements 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

2.4. SYNTHÈSE DU CDMT SOUHAITE PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Tableau 34 : Synthèse du CDMT (souhaité) 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

3. CADRAGE MACRO BUDGETAIRE (CDMT CENTRAL)

Le CDMT central (draft d'avril 2008 édité par les services de planification du MINEPAT) alloue au secteur santé des projections de ressources de 776,9 Milliards CFA au cours de la période 2009-2013, dont 556,3 Milliards CFA jusqu'en 2012.

Tableau 35 : Allocations prévisionnelles sur ressources internes (hors ressources internes spéciales et ressources externes) en milliards

INTITULE	2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL PERIODE		
	BIP	BF	BIP	BF	BIP	BF	BIP	BF	BIP	BF	BIP	BF	TOTAL GLOBAL
MINSANTE	30,7	72,8	36,3	86,3	44,2	105,1	53,6	127,3	65,4	155,2	230,2	546,7	776,9
Total Etat	377,8	1008,6	421,2	1118,2	478,5	1265,6	538	1424,2	607,2	1611,3	2422,7	6427,9	8850,6
%	8,13	7,22	8,62	7,72	9,24	8,3	9,96	8,94	10,77	9,63	9,5018	8,5	8,8

4. CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME REVISE 2009-2013

La combinaison du CDMT ministériel souhaité avec les contraintes du CDMT central, aboutit au Cadre de Dépenses à Moyen Terme Révisé pour la période 2009-2013 résumé ainsi qu'il suit.

4.1. SYNTHESE DU CDMT REVISE PAR PROGRAMME (DOMAINE D'INTERVENTION) ET PAR TYPE DE DEPENSE

Tableau 36 : Synthèse du CDMT programme (domaine d'intervention) et par type de dépense (en millions F CFA)

Programmes Prioritaires et type de dépense	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Programme 1 : santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	13 114	16 551	28 007	42 636	61 474	161 782
Fonctionnement	12 316	15 753	25 243	38 561	56 087	147 959
Investissement	798	798	2 765	4 076	5 387	13 823
Programme 2 : lutte contre la maladie	28 472	37 459	55 116	74 490	97 007	292 543
Fonctionnement	26 979	35 967	49 583	66 264	86 088	264 881
Investissement	1 492	1 492	5 532	8 226	10 919	27 662
Programme 3 : promotion de la santé	6 467	10 606	17 925	27 395	39 124	101 517
Fonctionnement	6 245	10 384	17 702	27 172	38 901	100 403
Investissement	223	223	223	223	223	1 114
Programme 4 : Renforcement du système de santé	106 461	121 737	155 457	186 519	221 258	791 432
Fonctionnement	67 866	83 142	102 188	123 467	148 423	525 087
Investissement	38 595	38 595	53 269	63 052	72 835	266 345
Total fonctionnement	113 407	145 245	194 716	255 464	329 499	1 038 331
Total investissement	41 108	41 108	61 789	75 576	89 363	308 944
TOTAL	154 514	186 353	256 505	331 040	418 863	1 347 275

4.2. SYNTHESE DU CDMT REVISE PAR SOUS-PROGRAMME

Tableau 37 : Synthèse du CDMT par Sous-programme (en millions F CFA)

Sous-programme	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	Total
1.1 Santé de la mère	944	1 674	3 980	7 072	11 040	24 709
1.2 Santé de l'enfant	12 165	14 871	24 023	35 559	50 429	137 047
1.3 santé de l'adolescent	5	5	5	5	5	26

2.1 lutte contre le VIH/SIDA	15 040	19 507	25 589	32 096	39 250	131 482
2.2 Lutte contre le paludisme et la tuberculose	12 678	17 161	28 685	41 489	56 776	156 789
2.3 Lutte contre les maladies non transmissibles	23	23	23	23	23	117
2.4 lutte contre les maladies tropicales négligées	209	209	209	209	209	1 045
2.5 lutte contre les épidémies, des catastrophes et autres événements de santé publique	223	223	223	223	223	1 117
2.6 Contrôle de la maladie	51	89	139	203	279	760
2.7 Santé de la personne âgée	200	200	200	200	200	998
2.8 Santé Mentale et comportements humains	47	47	47	47	47	235
3.1 Communication intégrée en faveur des programmes de santé	4 678	8 156	14 592	22 960	33 366	83 752
3.2 Santé et environnement	1 789	2 450	3 333	4 435	5 758	17 765
4.1 Offres de Services et soins	79 936	88 108	114 653	138 772	166 437	587 907
4.2 Médicament	711	897	1 030	1 066	1 103	4 808
4.3 Financement	11 903	11 903	11 903	11 903	11 903	59 514
4.4 Partenariat	2 784	3 036	3 256	3 332	3 408	15 815
4.5 Processus gestionnaire	4 361	4 509	4 840	5 303	5 897	24 909
4.6 Gouvernance	6 648	13 164	19 609	25 945	32 280	97 646
4.7 Prestation des services et soins de Santé	119	119	167	198	230	833
Grand Total	154 514	186 353	256 505	331 040	418 863	1 347 275

4.3. SYNTHESE DU CDMT REVISE PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Tableau 38 : Synthèse du CDMT par programme et par type de dépense (en millions F CFA)

Niveau	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	Total
Niveau Opérationnel	58 966	67 996	86 124	103 245	123 314	439 645
Niveau Intermédiaire	33 899	51 685	95 783	143 202	198 773	523 343
Niveau Central	61 649	66 672	74 598	84 594	96 775	384 288
TOTAL	154 514	186 353	256 505	331 040	418 863	1 347 275

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

1. INTRODUCTION

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 consolidé de développement sanitaire régional (PCDSR) 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.

2. CADRE DE PLANIFICATION ET DE REALISATION DES ACTIVITES ET RESULTATS

2.1. PLANS DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE DISTRICT (PDSD)

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 d'Amélioration Systémique de la Qualité (ASQ) en Français.

Une consolidation en cascade des PSDS se fera aux niveaux intermédiaires en un Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire budgétisé (PPCDS) 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.

2.2. 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.

3. DISPOSITIF DU SUIVI - EVALUATION

3.1. 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 opérationnelles, 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.

3.2. MECANISMES DE SUIVI – EVALUATION

Conçu selon une approche systémique pour les trois niveaux du système national de santé, le mécanisme de suivi - évaluation reposera entre autres sur le «Systemic Quality Improvement (SQI)», un plan intégré de suivi évaluation (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 39 : 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 ³⁰ (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.

3.3. LE 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

³⁰ L'observatoire devra être indépendant pour mieux jouer son rôle

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.

3.3.1. CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION DE LA SSS 2001 - 2015

Le tableau 40 ci dessous résume la logique d'intervention de la SSS 2001 – 2015

Tableau 40 : 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 2019			
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)	Effet	Résultats/Extrants	Indicateurs et cible (liste exhaustive des indicateurs de résultats/extrant présentée dans le tableau suivant)
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 ¾ 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	

----- ST/CP-SSS document corrigé du 06 05 09 -----

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 2019			
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)	Effet	Résultats/Extrants	Indicateurs et cible (liste exhaustive des indicateurs de résultats/extrant présentée dans le tableau suivant)
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 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	1. Les populations sont mieux protégées contre les grandes pandémies et endémies 2. Les grandes pandémies 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	2.1.1. Qualité de vie des personnes malades du VIH/SIDA améliorée	1 - Prévalence du VIH/SIDA (réduite de 50%) 2 - Incidence du VIH/SIDA (Diminution du nombre de nouveau cas de maladies de 50%) 3 - Prévalence du VIH/SIDA (inférieure à 0,8% chez les filles et garçons 15 à 24 ans dans toutes les régions) 4 - Prévalence des maladies non transmissibles (inférieure à 20%) ; 5- Incidence du Paludisme (inférieure à 320 pour 1000 habitants et le taux de décès associés au Paludisme est inférieur à 10%) 6 - Incidence du paludisme dans la population active (25-55 ans) 7 - Incidence de la Tuberculose (inférieure à 50 pour 100 000 habitants) 8 - Taux de décès associés à la tuberculose (inférieur à 5%) 9 - Episodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale (pour 100 000 habitants) 10 - Nombre de patients ayant séjournés plus d'un an à l'hôpital pour un problème de santé mentale (pour 100 000 habitants)
			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	
			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	
3. PROMOTION DE LA SANTE	3.1 - Communication intégrée en faveur des programmes de santé 3.2 - Santé, nutrition et environnement	Les populations ont des comportements/attitudes sains	3.1.1. Connaissances des populations par rapport à leurs problèmes de santé accrues	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
			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	

----- ST/CP-SSS document corrigé du 06 05 09 -----

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 2019			
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)	Effet	Résultats/Extrants	Indicateurs et cible (liste exhaustive des indicateurs de résultats/extrant présentée dans le tableau suivant)
	3.3 - Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles		<p>hôpitaux selon les normes</p> <p>3.2.4. Accès des employés aux soins dont-ils ont droit assuré</p> <p>3.2.5. Contrôle systématique de la qualité des denrées alimentaires de restauration collective produites localement et importées effectif.</p> <p>3.3.1. Allaitement maternel optimal et exclusif a accru</p> <p>3.3.2. Femme enceinte correctement suivie sur le plan nutritionnel</p> <p>3.3.3. Adultes et personne du 3^{eme} 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>(modéré ; sévère) (%)</p> <p>4 - Prévalence de retard de croissance (modéré ; sévère) (%)</p> <p>5 - Prévalence de la déperdition (modéré ; sévère) (%)</p> <p>6 - Taux d'allaitement exclusif (%)</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 crée</p> <p>4.2.2. Flux continu et durable de la chaîne</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 dans 4/5 des districts de santé de chaque région)</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>

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 2019			
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)	Effet	Résultats/Extrants	Indicateurs et cible (liste exhaustive des indicateurs de résultats/extrant présentée dans le tableau suivant)
			d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité assuré et sécurisé; 4.2.3. Distribution des produits pharmaceutiques de qualité conforme aux normes et à la réglementation en vigueur 4.2.4. Système de surveillance des effets indésirables inattendus fonctionnel ; 4.3.1. Structures sanitaires dotées de ressources financières suffisantes et dans les délais 4.3.2. Le recours à la mutualisation dans le financement de la santé des populations a augmenté 4.4.1. Les ministères apparentés contribuent à la mise en œuvre de la SSS actualisée 4.4.2. Partenariat public-privé accru dans le développement du système de santé 4.4.3. Structures de dialogue contribuent à l'élaboration des PSDS, au monitoring de leur exécution et à l'incitation des communautés à mener des initiatives en faveur de la santé 4.4.4. Partenariat international complémentaire et équitablement réparti sur le territoire national 4.5.1. Le système national de gestion intégré des informations sanitaires est fonctionnel 4.5.2. L'élaboration des plans de développement sanitaire est maîtrisée 4.5.3. La mise à jour du CDMT 2009-2013 sont maîtrisées 4.5.4. La coordination intégrée est effectivement mise en œuvre 4.5.5. La supervision formative intégrée est effectivement mise en œuvre 4.5.6. Le suivi et l'évaluation intégrés sont effectivement mis en œuvre	6 - Proportion de la dépense publique allouée à la santé (au moins 15% du budget de l'Etat) 7 - Indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé (au moins 80% sont satisfaits de la qualité des services et soins de santé) 8 - Indice de perception de la corruption dans le secteur santé (inférieur à la moyenne nationale) 9 - Proportion de structures de santé dotées des ressources humaines en adéquation avec les normes du secteur (au moins 85% de la norme) 10 - Pourcentage des structures sanitaires services et soins de santé sont organisés et gérés conformément à la réglementation en vigueur (au moins 90%)

----- ST/CP-SSS document corrigé du 06 05 09 -----

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 2019			
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)	Effet	Résultats/Extrants	Indicateurs et cible (liste exhaustive des indicateurs de résultats/extrant présentée dans le tableau suivant)
			4.5.7. Le manuel des normes et procédures est disponible et utilisé	
			4.6.1. Les organisations de la société civile sont représentées dans les structures de prise des décisions	
			4.6.2. Le système de santé s'est imprégné de la culture de la performance et du résultat	
			4.6.3. L'Etat joue effectivement son rôle de régulateur	
			4.7.1. La prestation des services et soins de santé est conforme aux normes en vigueur	
			4.7.2. La recherche opérationnelle est menée et ses résultats sont appliqués	

Tableau 41 : Tableau des indicateurs de Résultats

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	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: • La Santé • La Défense et de la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • La Promotion de la Femme et de la Famille
1.1.2 Accouchement	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 de base (SONUB) (60% des femmes) 2 - Pourcentage d'hôpitaux (district et provinciaux) de chaque région offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) avec chirurgien (comprend les médecins qui maîtrisent l'acte chirurgical) et anesthésiste (56%) 3 - Proportion d'accouchements conduits par un personnel qualifié formé et équipé pour les quatre gestes propres, et de la température (100%) 4 - Proportion d'accouchements en milieu rural conduits par des accoucheuses traditionnelles ou un agent de santé communautaire formé et équipé pour les quatre gestes propres, et la prise de la température (100%) 5 - 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),mobile (entre 5 et 20 km) et avancée (plus de 20 km) 2 - Taux de couverture vaccinale en DTC3, VAR, 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%)	Ministères en charge de: • La Santé • La Défense et Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • L'Education de Base

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
		7 - Taux de couverture vaccinale de la fièvre jaune chez les enfants de 0 à 11 mois (au moins 80%)	
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"> • La Santé • La Défense et de la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales
1.2.3 PCIME	1.2.3. Accès des enfants à la PCIME accru	1 - Pourcentage des infections respiratoires aiguës (IRA) et fièvres traitées par antibiotique par un agent de santé qualifié en PCIME dans 4/5 des formations sanitaires de chaque District (65%) 2 - Pourcentage des villages de chaque aire de santé ayant accès à la PCIME communautaire dans au moins 4/5 des districts de santé de chaque région (85%) 3 - Pourcentage de districts mettant en œuvre l'approche PCIME dans au moins 80 % des districts d'ici 2011	
1.2.4 Consultation préscolaire	1.2.4. Suivi sanitaire des enfants amélioré	Proportion des enfants de l'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 aiguë (Au moins 85%)	
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"> • La Santé • La sécurité Sociale • L'Education de Base • Enseignements Secondaires • L'Enseignement Supérieur • Affaires Sociales • La Promotion de la Femme et Famille • La Jeunesse • Sports et Education Physique • L'Economie et Planification
1.3.2 Santé scolaire et universitaire	1.3.2. Santé des étudiants et des enfants fréquentant des établissements scolaires	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"> • La Santé • L'Education de Base • Enseignements Secondaires

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
	améliorée		• L'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: • La Santé • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • OSC
2.1.1 Prise en charge globale du VIH/SIDA	2.1.1. Qualité de vie des personnes malades du VIH/SIDA accrue	1 - Pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant effectué un test de dépistage du VIH/SIDA et retiré les résultats dans le DS 2 - Pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans dans au moins 4/5 des aires de santé par district ayant effectué un test de dépistage et retirent les résultats (30%) 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) 4 - Pourcentage des malades sous traitement, dans au moins 4/5 des districts de santé de chaque région qui bénéficient d'une prise en charge Psychosociale au sein des formations sanitaires, des familles et des communautés (au moins 50%)	
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: • La Santé • La Défense et la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • L'Administration Pénitentiaire • La Promotion de la Femme et de la Famille • La Jeunesse • La Communication
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 (78 cas de Tuberculose Pulmonaire à bacilloscopie positive ou TPM+ et 78 cas des autres formes de tuberculose) 3 - Proportion des cas diagnostiqués bénéficiant d'une prise en charge clinique (au moins 95% des cas diagnostiqués bénéficient d'une prise en charge clinique) 4 - Taux de guérison (80%)	
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)	
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	Nombre des cas par maladie cible notifiés	Ministères en charge de: • La Santé • La Défense et la Sécurité

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
	épidémique fonctionnel		Publique <ul style="list-style-type: none"> • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • L'Administration Pénitentiaire • La Communication
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: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Défense et la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • L'Administration Pénitentiaire • L'Administration Territoriale • La Communication
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%)	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Défense et la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • L'Administration Pénitentiaire • L'Administration Territoriale • La Communication
2.7.1 Santé gésérique	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: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Défense et la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • L'Administration Pénitentiaire • La 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%)	
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. Connaissances des populations par rapport 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 connaissances de leurs problèmes de santé (au moins 80%)	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Défense et la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • L'Administration Territoriale • La Promotion de la Femme et la Famille • La Communication • La Jeunesse • Développement Communautaire
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: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • L'Eau et Energie • L'Education de Base

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
			<ul style="list-style-type: none"> • Enseignements Secondaires • L'Environnement • Collectivités Territoriales 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 latrines améliorées (90 %)	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • L'Education de Base • Enseignements Secondaires • L'Urbanisme • L'Environnement
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: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • L'Environnement • L'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: <ul style="list-style-type: none"> • Travail et Sécurité Sociale • La Santé • L'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: <ul style="list-style-type: none"> • L'Industrie • Commerce • L'Elevage et des Pêches • La Santé • L'Education de Base • L'Administration Pénitentiaire • La Défense et de la Sécurité Publique • Enseignements Secondaires • L'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 nourri 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: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Défense et de la Sécurité Publique • La 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: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Défense et de la Sécurité Publique
3.3.3 Nutrition des adultes	3.3.3. Adultes et	Proportion des adultes et personne du 3ème âge n'atteignant pas le niveau minimal	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Défense et de la Sécurité Publique

----- ST/CP-SSS document corrigé du 06 05 09 -----

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
et personne du 3 ^{ème} âge	personne du 3 ^{ème} âge correctement suivi sur le plan nutritionnel	d'apport calorique	<ul style="list-style-type: none"> • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • La Promotion de la Femme et de la Famille • L'Agriculture
3.3.4 Prévention primaire des maladies non transmissibles à travers la nutrition	3.3.4. Les maladies non transmissibles sont prévenues à travers la nutrition	Proportion de la population prévenant les maladies transmissibles à travers la nutrition	
3.3.5 Promotion des comportements sains	3.3.5. La population adopte des 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"> • La Santé • La Défense et de la Sécurité Publique • La Sécurité Sociale (CNPS) • Affaires Sociales • La 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 • La Santé • Travaux Publics • L'Urbanisme et Habitat • L'Aménagement du Territoire • Finances • L'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"> • La Santé • La Recherche Scientifique • Finances • Commerce • L'Economie et Planification • Défense et Sécurité Publique • L'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"> • La Fonction Publique • L'Enseignement Supérieur • La Santé • Travail et Sécurité Sociale • Finances • L'Administration Territoriale • L'Industrie
4.1.4 Sécurisation du	4.1.4. Patrimoine du	Pourcentage du patrimoine du secteur santé sécurisé (75 %)	Ministères en charge de:

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
patrimoine	secteur santé sécurisé		<ul style="list-style-type: none"> • Domaine • Finances • La Santé
4.1.5 Référence contre référence	4.1.5. Démarche référence contre référence solidement ancrée dans les pratiques	1 - Pourcentage des Districts de santé par région appliquant les normes, standards et procédures de référence / contre référence (80%) 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	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • Travaux Publics • L'Urbanisme • La Fonction Publique • La 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	% des réalisations qui correspondent aux exigences de la carte sanitaire	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • L'Economie et Planification • Finances • La Santé • Domaine • La Fonction publique • Travail et Sécurité sociale • La Défense et Sécurité Publique • L'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 • L'Industrie • Commerce • La Santé • Finances • L'Environnement
4.2.2 Accès aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	4.2.2. Flux continu et durable de la chaîne d'approvisionnement en médicaments assuré et sécurisé ; 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	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • Commerce • Finances • L'Industrie • Défense et Sécurité Publique • L'Administration Pénitentiaire • Education de Base • Enseignements Secondaires • L'Enseignement Supérieur
4.2.3 Développement d'un système d'assurance qualité sur les médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	4.2.3. Système de surveillance des effets indésirables inattendus fonctionnel ; Le contrôle systématique de la qualité des produits pharmaceutiques	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	Ministères en charge de: <ul style="list-style-type: none"> • La Santé • La Recherche Scientifique • L'Industrie

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
	homologués et vendus sur le territoire national selon les normes internationales est efficace		
4.3.1 Financement de l'offre	4.3.1. Structures sanitaires dotées de ressources financières suffisantes et dans les délais	1 - Pourcentage des formations sanitaires par région disposant d'un budget en adéquation avec les objectifs du plan annuel de travail (70 %)	Ministères en charge de: • La Santé • L'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	• L'Administration Pénitentiaire • Enseignements Secondaires • L'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: • La Santé • L'Economie et Planification • Finances • Défense et Sécurité Publique • L'Administration Pénitentiaire • L'Education de Base • Enseignements Secondaires • L'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: • La Santé • L'Administration Territoriale • Relations Extérieures • L'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: • La Santé • L'Administration Territoriale • L'Economie et Planification • Travail et Sécurité Sociale
4.4.4 International	4.4.4. Partenariat international complémentaire et	Proportion des financements extérieurs utilisés pour la mise en œuvre du Programme Commun (au moins 90%)	Ministères en charge de: • La Santé • Relations Extérieures

----- ST/CP-SSS document corrigé du 06 05 09 -----

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
	équitablement réparti sur le territoire national		<ul style="list-style-type: none"> • L'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"> • L'Education de Base • Enseignements Secondaires • L'Enseignement Supérieur • La Santé • La Défense et de la Sécurité Publique • Affaires Sociales • La Sécurité Sociale (CNPS) • Collectivités Territoriales Décentralisées • L'Economie et Planification • Finances • L'Administration Pénitentiaire • La Promotion de la Femme et de la Famille • Commerce • L'Industrie
4.5.2 Planification	4.5.2. L'élaboration des plans de développement sanitaire est maîtrisée	1 - Pourcentage des districts de santé ayant élaborés un PDSM de qualité (80%)	
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%)	
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%)	
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%)	
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 • La Santé • La 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 • La Santé • La Planification • Services du Premier Ministre • La 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"> • La Santé • L'Administration Territoriale • Services du Premier Ministre • La Présidence de la

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats	Indicateurs	Acteurs
			République <ul style="list-style-type: none"> • La Fonction Publique • Commerce • La 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"> • La Santé • La Recherche Scientifique • L'Enseignement Supérieur • L'Industrie
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%)	