




Ministère de la Santé Publique



OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE
OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE



Profil sanitaire analytique Cameroun

2016



Organisation
mondiale de la Santé



African
Health
Observatory

Better information, better action on health



Ministère de la Santé Publique



OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE
OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE

Profil sanitaire analytique 2016 Cameroun



Organisation
mondiale de la Santé

African
Health
Observatory

Better information,
better action on health



Sommaire

Préface du Ministre de la Santé Publique	iii
Mot du représentant de l'OMS	iv
Comité technique de rédaction	v
Remerciements	vii
Résumé Exécutif	viii
Sigles et Abréviations	xi
Liste des tableaux	xv
Liste des graphiques	xvii
Introduction	1
Note Méthodologique	2
Chapitre 1: Introduction au contexte du Pays	5
1.1. Contexte du pays	6
1.2. Carte du Cameroun	7
1.3. Quelques données et Indicateurs concernant le Cameroun	8
1.4. Répartition de la population par âge et par Sexe	9
Chapitre 2: Statut sanitaire et tendances	11
2.1. Espérance de vie à la Naissance	12
2.2. Poids des Maladies et Causes de Décès	13
Chapitre 3: Les progrès enregistrés dans les objectifs du millénaire pour le développement (OMD)	15
3.1. Progrès Globaux dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement	16
3.2. Les OMD de santé	18
3.3. Les OMD liés à la santé : 1, 7 et 8	24
3.4. Les autres OMD : 1, 2, 3, 7 et 8	26
3.5. Transition vers les Objectifs de Développement Durables (ODD)	28
Chapitre 4: Le Système de Santé	31
4.1. Les résultats du système de Santé	32
4.2. Leadership et Gouvernance	36
4.3. Appropriation et Participation Communautaire	38
4.4. Partenariats pour le Développement de la Santé	40
4.5. Informations sur la Santé, Preuves et connaissances	42
4.6. Recherche en Santé	45
4.7. Système de financement de la Santé	48
4.8. Prestations de Services et de Soins	52
4.9. Ressources Humaines pour la Santé	56
4.10. Produits médicaux, vaccins, infrastructures et équipements	58
4.11. Politiques de santé	62
4.12. Couverture Universelle en Santé	64

Sommaire

Chapitre 5 : Programmes spécifiques et services	73
5.1. VIH / SIDA	74
5.2. Tuberculose	76
5.3. Paludisme	78
5.4. Immunisation et Développement des vaccins	80
5.5. Nutrition, et Santé de l'enfant et de l'adolescent	82
5.6. Santé de la mère et du nouveau-né	90
5.7. Genre et santé de la mère (y compris sexualité et santé de la reproduction)	94
5.8. Epidémies et maladies à tendance épidémique	97
5.9. Maladies Tropicales Négligées	100
5.10. Maladies non transmissibles et conditions	104
Chapitre 6 : Déterminants clés	107
6.1. Facteurs de risque pour la santé	108
6.2. Environnement Physique	110
6.3. Nutrition et Sécurité alimentaire	112
6.4. Déterminants sociaux	114
Conclusion	116
Principales recommandations	117
Bibliographie	118
Annexes	120

Préface du Ministre de la Santé Publique



Notre mission de protéger et d'améliorer la santé de nos populations doit s'appuyer sur un ensemble de données précises et pertinentes qui nous permettent de mesurer le chemin parcouru, d'analyser le travail accompli et de réajuster nos stratégies.

La connaissance étant un guide indispensable pour l'action, si l'on veut être efficient, toutes nos décisions en faveur de la santé et du bien-être doivent être fondées sur des informations à jour, qui reflètent la situation actuelle, avec ses nuances et ses spécificités.

Du fait que nous soyons à une période de transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les Objectifs de Développement Durable (ODD), le profil sanitaire analytique du Cameroun 2016 que j'ai le plaisir de rendre public présente un double intérêt. Tout d'abord, il nous permet de voir les grandes réalisations du système de santé et sert également de base pour la mesure des progrès qui seront réalisés dans le cadre des ODD.

Portrait de la santé de la population du Cameroun, le profil sanitaire analytique du Cameroun présente un grand nombre d'indicateurs touchant aussi bien les problèmes de santé que les déterminants.

A travers une trentaine de thèmes, le document propose une description des différents problèmes de santé au sein de la population camerounaise ainsi que les analyses et des statistiques d'une grande pertinence. De ces analyses ressortent des grandes priorités qui doivent servir de repères sur lesquels chaque acteur devrait s'inspirer et se baser pour poursuivre des actions individuelles et collectives afin de mener la politique du Gouvernement pour l'amélioration pérenne de la santé et du bien-être de la population du Cameroun.

Le Ministre de la santé Publique



André MAMA FOU DA

Mot du représentant de l'OMS

Le passage des OMD aux ODD, les récentes épidémies meurtrières comme celle de la maladie à virus Ebola ainsi que les attaques terroristes et les catastrophes nous imposent de bâtir des systèmes de santé fonctionnels, résilients et hautement réactifs pour favoriser un développement durable, anticiper et minimiser les risques et assurer une meilleure contribution à la protection des populations. Pour arriver à des résultats efficaces, il faut utiliser des informations probantes pour produire des connaissances nécessaires à la prise de décision. Mieux, le besoin s'exprime avec plus d'acuité dans un contexte de suivi des interventions liées aux Objectifs de Développement Durable (ODD), y compris la couverture sanitaire universelle.

Améliorer les systèmes d'information sanitaire et accroître la portée des données fiables et précises sont des facteurs clés dans la réalisation du « programme de transformation du secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la région africaine ». A cette fin, le profil sanitaire analytique 2016 du Cameroun est un outil majeur pour le suivi de la situation sanitaire du pays qui doit servir de référence pour le suivi des progrès des objectifs convenus au niveau international.

Le profil sanitaire est le résultat d'un travail harmonieux entre l'OMS et l'Observatoire national de Santé Publique (ONSP) avec les contributions et la collaboration active de la plupart des Directions et programmes du Ministère de la Santé Publique. Je tiens à remercier tous ceux et celles qui y ont contribué. Je souhaite que chacun y trouve une source de référence en santé utile pour le Cameroun.

Le Représentant de l'OMS

Dr Jean Baptiste ROUNGOU

Comité technique de rédaction

Coordination générale :

M. André MAMA FOU DA
Ministre de la Santé Publique
M. Alim HAYATOU
Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

Supervision générale :

Pr KOULLA SHIRO SINATA
Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique
Dr ROUNGOU Jean Baptiste
Représentant de l'Organisation mondiale de la Santé au Cameroun

Comité d'orientation :

Pr BIWOLE SIDA Magloire, MINSANTE
Pr KINGUE Samuel, MINSANTE
Dr Josephine NGO MBING, MINERESI
Pr MONEBENIMP Francisca, MINESUP
M. ELONUNDI Gaspard Joel, MINEFI,
Mme YAP MARIATOU, MINADT
M. DAMOU LATOING Antoine, MINEPDED,
M. BAKARI BAKARI François, MINADER
Dr FEUSSOM Jean Marc, MINEPIA
Dr ABOUTOU Rosalie Louise, MINAS
M. TEDOU Joseph, INS
M. BATALIACK Serge, OMS
Dr NDEMEYAMA MOBITANG, Fondation AD LUCEM
M. BALLA BALLA, SYNPEMS

Conseil scientifique :

Pr MOYOU SOMO Roger, Président, IMPM
Pr. ZOUNG-kagni Anne, MINSANTE/DROS
Dr ETOUNDI MBALLA Alain Georges, MINSANTE
Dr Josephine NGO MBING, MINERESI
Pr MONEBENIMP Francisca, MINESUP
M. BATALIACK Serge, MPH, OMS
Dr BRAHIM ISSA SIDI, OCEAC
Dr Grégoire KANANDA KIPANYA, UNICEF
Dr TEJIOKEM Mathurin Cyrille, CPC
Dr ETOGO ONDIGUI BIENVENU, MINSANTE/LNSP
M. TAMOUFE UBALD, METABIOTA
Dr NGUENDO YONGSI Blaise, IFORD
M. EBELA Jean Hyacinthe, BUNEC
Dr BILO'O Robertson, ICAP
Dr YONDO David, CDBPS-H
Dr MFOU'OU née NDO Eunice, IRAD
Pr SAIDOU, IRGM
Dr TALONGWA Roberto, Plan Cameroun
M. LIBITE Paul Roger, INS
Dr MARIE Lydie Rose, ANRP
Mme AKAME Julie, HKI

Comité technique de rédaction

- Supervision technique :** **Dr GNIGNINANJOUENA Oumarou**
Coordonateur du Secrétariat Permanent de l'Observatoire National de Santé Publique
M. BATALIACK Serge, MPH,
Conseiller National SNIS et Observatoire Africain de la Santé, OMS-Cameroun
- Consultant technique :** **Dr YONDO David**
Médecin de Santé Publique/Consultant
- Commission de relecture :** **Dr Maurice FEUZEU**, CIS
Dr MATSEZOU Jacqueline, SSS
Dr NKO'O AYISSI Barthélémy, DLMEP
Dr FOSSO Jean, PNL
NTEBE AWONA Gilles Chantale, ONSP
NGUEPI TIWODA Michelle Christie, DLMEP
MPACTSE NGADE Jean, CIS
NKOU BIKOE Adolphe, PNLT
Dr KEUGOUNG Basile, ONSP
BANA Ekani epse BAKARI BAKARI Madeleine, DROS
FODJO TOUKAM Raoul Anderson, CNLS
TOUNA NOAH Claudine, CIS
Mme Viviane FOSSOUO, ONSP
M. Marius VOUKING, ONSP
Mme Danielle EVINA, ONSP
Mme NTEBE, ONSP
M. Thiery BINDE, ONSP
M. Junior OWONA, ONSP
Mme POLA Eliane, CDBPS-H

Remerciements

L'élaboration du Profil sanitaire analytique 2016 du Cameroun s'est réalisée sous l'impulsion et l'implication déterminantes des plus hautes autorités du Ministère de la Santé Publique, notamment M. André MAMA FOUDA, Ministre de la Santé Publique, et ses proches collaborateurs, qui ont œuvré, entre autres, en faveur d'un dialogue fructueux avec les partenaires techniques et financiers mobilisés pour ce projet. Qu'il nous soit permis de leur témoigner notre profonde gratitude.

C'est également le lieu d'exprimer notre sincère reconnaissance à toute l'équipe de l'OMS, de l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) dont la disponibilité et l'efficacité ont concouru à la production de ce document.

Nos remerciements s'adressent par ailleurs aux différents responsables des Directions et Structures techniques du Ministère de la Santé Publique, qui, à des titres divers, ont apporté une contribution significative à cette activité dont l'enjeu est le partage et la dissémination de l'information sanitaire pour une prise de décision basée sur les évidences.

Notre gratitude va enfin à l'endroit de l'OMS-AFRO, de Monsieur le Représentant Résident de l'OMS au Cameroun et à ses collaborateurs dont le précieux concours a permis de concrétiser les efforts consentis par le Ministère de la Santé Publique et les autres parties prenantes. Que soit particulièrement soulignée, en guise de reconnaissance profonde, la contribution très active de Serge BATALIACK, Conseiller national chargé du système d'information stratégique et de l'observatoire africain de la Santé à l'OMS-Cameroun, ainsi que l'apport du Dr David YONDO, consultant commis par l'OMS pour appuyer la rédaction du présent profil sanitaire.

Résumé exécutif

Le Profil sanitaire analytique du Cameroun regroupe des données et des informations validées les plus récentes relatives à la santé des populations. Le document comporte une introduction, la note méthodologique et six chapitres à savoir:

- (i) l'introduction au contexte ;
- (ii) le statut sanitaire et les tendances qui se dégagent ;
- (iii) les progrès globaux enregistrés dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et la transition vers les Objectifs de Développement Durables;
- (iv) le système de santé notamment les résultats du système, la gouvernance, le système d'information sur la santé ainsi que les preuves et les connaissances, la recherche, le financement, les prestations de services, les ressources humaines en santé, les produits médicaux y compris les vaccins et les matériels et enfin la couverture sanitaire universelle;
- (v) les programmes spécifiques de santé ainsi que les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées ; et enfin
- (vi) les déterminants recouvrant les facteurs de risque en santé, l'environnement physique, la sécurité alimentaire et la nutrition, et les aspects sociaux.

Les principales étapes ci-dessous ont été suivies:

- (i) Séances de travail entre l'AHO-rSIS, le Coordonateur de l'ONSP et l'équipe de recherche mise en place par le Consultant mis à disposition par l'OMS;
- (ii) Identification des sources de données domestiques prises en compte selon l'ordre suivant: les enquêtes, les publications produites à partir des enquêtes et données administratives avec un risque de conflit d'intérêt minimisé et enfin celles qui ont un risque de conflit d'intérêt;
- (iii) Identification de sources de données internationales : les bases de données globales et spécialisées internationales et/ou du système des Nations-Unies notamment ceux de l'OMS, de l'UNICEF, de UNFPA, de la Banque Mondiale, etc;
- (iv) Elaboration de la structure du document du profil sanitaire analytique 2016, en s'appuyant sur le modèle de Profil proposé par le Bureau régional de l'OMS;
- (v) Elaboration des matrices de collecte de données sur tableur Excel, pour la production des graphiques et tableaux ;
- (vi) Extraction des données à partir des sources sus-citées
- (vii) Production du rapport préliminaire;
- (ix) Revue et finalisation du document lors d'un atelier participatif ;
- (x) Production du document final pour validation par le Conseil scientifique et adoption par le Comité d'orientation de l'ONSP;
- (xi) Dissémination du rapport final par l'ONSP.

Résumé exécutif

Le Cameroun compte 10 régions, 360 arrondissements, 360 communes et 14 communautés urbaines et une population globale estimée à 22 179 707 habitants en 2015. L'espérance de vie à la naissance est passée de 51 ans en 2000 à 57,3 ans en 2015. Le pays fait face au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles

Des progrès ont été réalisés pour certains indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement, mais seule la tendance de la prévalence du VIH a été inversée. Les nouvelles infections liées au VIH étaient estimées à 44 477 cas en 2015. Le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les adultes de 15 à 49 ans a connu un net recul, passant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011. Le nombre de personnes mises sous ARV est passé de 17 156 en 2005 à 168 249 patients en 2015. Toutefois, la file active reste faible par rapport aux besoins en médicaments antirétroviraux estimés à environ 650 000 personnes en 2016.

La mortalité infanto-juvénile est passée de 144 décès (période 1990-2004) à 103 décès (période 2011-2014) pour 1000 naissances vivantes pour une cible de 76 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 430 décès à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2011.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une MILDA a atteint 54,8% en 2014. La prise en charge gratuite du paludisme simple et grave chez les enfants de moins de cinq ans a été instituée depuis 2011 et 2014 respectivement. La morbidité hospitalière liée au paludisme est passée de 40,6% en 2008 à 30,1% en 2014.

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est passé de 11 655 cas en 2004 à 16 008 cas en 2015 avec des taux de guérison d'environ 85%. Les principaux goulots du système de santé sont : (i) l'absence d'un Plan intégré de suivi et évaluation, (ii) l'inadéquation entre les résultats attendus et les ressources disponibles, et (iii) le déficit des mécanismes de redevabilité.

Il existe une stratégie partenariale (Arrêté N°1433/A/MSP/DCOOP/CPAT du 16 Août 2007) qui organise le partenariat national et international. Toutefois, la participation communautaire est faible.

Le système d'information sanitaire est caractérisé par une multitude de sous-systèmes non intégrés et d'outils de collecte des données non harmonisés. Le DHIS2 et le Cameroon Health Data Collaborative sont en cours de mise en oeuvre. Une moyenne de 21 autorisations de recherche sont délivrées chaque année et peu de rapports de ces recherches sont transmis au MINSANTE par les chercheurs.

Concernant le financement de la santé, en 2012, 70,42% (474,5 milliards FCFA) des dépenses santé étaient issues des ménages, 14,54% de l'Etat, 7,7% des entreprises et 7,11% des PTF.

Les formations sanitaires sont classées en sept catégories : (i) les hôpitaux généraux, (ii) les hôpitaux centraux, (iii) les hôpitaux régionaux, (iv) les hôpitaux de district, (v) les centres médicaux d'arrondissement, (vi) les centres de santé intégré et (vii) les centres de santé ambulatoires. En 2011, le ratio personnel de santé (médecin, sage-femme, infirmier, pharmacien)/population était de 1,07 personnel pour 1000 habitants.

La politique de Réorientation des SSP a été adoptée en 1993 et le système de santé a été organisé en districts en 1995. En 2001, le pays a élaboré sa première Stratégie Sectorielle Santé 2001-2010, réactualisée pour couvrir la période 2001-2015. Une nouvelle stratégie 2016-2027 et le Plan national de développement sanitaire 2016-2020 ont été élaborés en 2016.

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont en recrudescence et représentaient 31% de tous les décès en 2014.

Dans le Profil Sanitaire 2016 du Cameroun, trois tendances se dégagent des indicateurs de santé:

Résumé exécutif

- (i) des domaines d'amélioration des indicateurs: il s'agit essentiellement des interventions relatives aux programmes verticaux tels que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et la vaccination;
- (ii) des domaines de stagnation: ici, on retrouve l'espérance de vie, le financement public et le développement des districts de santé;
- (ii) des domaines de regression: on note surtout la mortalité maternelle, la planification familiale, et la couverture maladie.

De façon générale, la performance du système de santé est faible et est en inadéquation avec les ressources disponibles. Des opportunités existent pour une amélioration plus significative de la santé des populations. Des efforts doivent être entrepris pour une mise en oeuvre de la nouvelle Stratégie Sectorielle 2016-2027 et de son premier Plan de développement sanitaire 2016-2020.

Pour cela, nous suggérons de:

- (i) Développer le stewardship (pilotage stratégique) à tous les niveaux du système pour que chaque acteur s'inscrive dans la logique d'apprentissage et d'amélioration continue des performances;
- (ii) Actualiser et disséminer les textes réglementaires et mettre en place des mécanismes et stratégies pour leur mise en oeuvre effective;
- (iii) Renforcer la recherche action et la recherche opérationnelle en santé pour identifier les goulots d'étranglements et les défis opérationnels de mise en oeuvre des interventions spécifiques;
- (iv) Développer le système national d'information sanitaire de routine pour assurer un suivi effectif des interventions de santé et une prise de décision basée sur des données probantes;
- (v) Accélérer la mise en place d'un système de financement plus équitable à travers l'approche de couverture sanitaire universelle.

Sigles et abréviations

Sigles / Abréviations	Signification
AAR	Autorisation Administrative de Recherche
AFD	Agence Française de Développement
AHO-rSIS	African Health Observatory – real time Strategic information system
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ANRS	Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales
ANTIC	Agence Nationale des Technologies de l'Information et de la Communication
ART	Agence de Régulation des Télécommunications
ARV	Anti Rétro Viraux
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCG	Bacillus Calmette–Guérin
BM	Banque Mondiale
BUCREP	Bureau Central de Recensement et d'Etude de la population au Cameroun
BUNEC	Bureau National de l'Etat Civil
C2D	Contrat de Désendettement et de Développement
CAB/MINSANTE	Cabinet du Ministre de la Santé Publique
CAMNAFAW	Association Camerounaise pour le Bien-être Familial
CAP	Connaissances Aptitudes Pratiques
CAPP	Centres d'Approvisionnement des Produits Pharmaceutiques
CAPR	Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux
CARMMA	Campagne visant l'Accélération de la réduction de la Mortalité
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agences
CDBPS	Centre Pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDNSS	Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé
CEEAC	Communauté Economique des États de l'Afrique Centrale
CEPCA	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CERPLE	Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Epidémies
CHRACERH	Centre Hospitalier de Recherche et d'application en chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine
CIM	Classification Internationale des Maladies

Sigles / Abréviations	Signification
CIRCS	Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche et la prise en charge du VIH-SIDA
CIS	Cellule des Informations Sanitaires
CMA	Centres Médicaux d'Arrondissement
CNCC	Comité National de Lutte contre le Cancer
CNERSH	Comité National d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNTI	Centres Nutritionnels Thérapeutique en Interne
COSA	Comités de Santé des Aires de santé
COSADI	Comités de Santé du District
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CPI	Cellule du Partenariat International
CPN	Consultation Prénatale
CPNAT	Cellule du Partenariat National
CSAR	Comportements Sexuels à Risque
CSI	Centre de Santé Intégré
CTA	Centres de Traitement Agréés
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
CURY	Centre des Urgences de Yaoundé
CUSS	Centre Universitaire des Sciences de la Santé
CVUC	Communes et Villes Unies du Cameroun
DCOOP	Division de la Coopération
DEP	Division des Etudes et Projets
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DOSTS	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DOT	Traitement Directement Observé
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPNP	Déclaration de Politique Nationale de Population
DPS	Division de la Promotion de la Santé
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRH	Direction des Ressources Humaines
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé

Sigles et abréviations

Sigles / Abréviations	Signification
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSF	Direction de la Santé Familiale
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FALC	Fondation Ad Lucem Cameroun
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FCFA	Franc des Colonies Françaises d'Afrique
FEICOM	Fonds d'Équipement et d'Intervention intercommunal
FMSB	Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales
FOSA	Formation Sanitaire
FS	Formation Sanitaire
FSPS	Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé
FUAR	Fonds Universitaire d'Appui à la Recherche
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GIC	Groupe d'Initiative Commune
GIP	Groupements d'Intérêt Publics
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GNDT	Guide National du Diagnostic et de Traitement
GRESAC	Groupe de Recherche sur les Ressources Humaines de la Santé au Cameroun
GTC	Groupes Techniques Centraux
GTN	Groupe de Travail Nutrition
GTR	Groupes Techniques Régionaux
GWP	Global Water Partnership
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HD	Hôpital de District
HG	Hôpital Général
HGOPD	Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala
HKI	Helen Keller International
HR	Hôpital Régional
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographiques
IHP+	International Health Partnership

Sigles / Abréviations	Signification
IMPACT	International Medical Product Anticounterfeit Taskforce
IMPM	Institut de Recherche Médicale et de Plante Médicinale
INS	Institut National de la Statistique
IRAD	Institut de Recherche Agricole pour le Développement
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IRESKO	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-Economique et la Communication
IRR	Initiatives à Résultats Rapides
IRSM	Initiative Canadienne de Recherche en Santé Mondiale
ISSEA	Institut Sous-Régional de Statistique et d'Economie Appliquée
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JICA	Japan International Cooperation Agency
JNV	Journées Nationales de Vaccination
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KOICA	Korea International Cooperation Agency
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise
LMD	Licence Master Doctorat
LME	Liste nationale des Médicaments Essentiels
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAMA	Méthode (Contraceptive) de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MARP	Méthodologie Accélérée de la Recherche Participative
MBB	Marginal Budgeting for Bottleneck
MCNT	Maladie Chronique Non Transmissible
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINATD	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINCOM-	Ministère du Commerce
MINDEF	Ministère de la Défense
MINEDUB	Ministère de l'Éducation de Base
MINEE	Ministère de l'Eau et de l'Énergie
MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

Sigles et abréviations

Sigles / Abréviations	Signification
MINEP	Ministère de l'Environnement et de la Protection de la nature
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINEPIA	Ministère de l'Élevage des Pêches et Industries Animales
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINFI	Ministère des Finances
MINFOPRA	Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative
MINRESI	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MMCNT	Médicament contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
MNT	Maladies Non Transmissibles
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
MTN	Maladies Tropicales Négligées
NHMIS	National Health Management Information System
OCAS	Office cantonal des assurances sociales
OCASC	Organisation Catholique de la Santé au Cameroun
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OCEAC	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique centrale
OCSC	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
ODD	Objectifs de Développement Durables
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONSP	Observatoire National de la Santé Publique
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PANGIRE	Plan d'Action National de Gestion Intégrée des Ressources en Eau
PAP	Plan d'Actions Prioritaires
PAQUEB	Projet pour l'Amélioration de la Qualité
PAWD	Partnership for Africas Water Develop-
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Polymerase Chain Reaction

Sigles / Abréviations	Signification
PCV	Prélèvement Cervico-Vaginal
PNDI	Plan national de Développement Institutionnel
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PETS	Public Expenditure Tracking Survey
PEV	Programme Elargie de la Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PME	Pavillon Mère et Enfant
PMSC	Programme de Marketing Social au Cameroun
PNB	Produit National Brut
PNDP	Programme National de Développement Participatif
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNG	Programme National de Gouvernance
PNLC	Plan National de Lutte contre la Cécité
PNLO	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLSHI	Plan stratégique National de Lutte contre les Schistosomes et Helminthiases Intestinales
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNTS	Programme National de Transfusion Sanguine
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Plan de Performance des Administrations
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PPSAC	Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale
PPTTE	Pays Pauvre Très Endetté
PRECC	Programme de Réhabilitation de l'Etat Civil Camerounais
PTA	Plan de Travail Annuel
PTAC	Plan de Travail Annuel Consolidé
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
REOSSP	Ré Orientation des Soins de Santé Primaires

Sigles et abréviations

Sigles / Abréviations	Signification
RGE	Recensement Général des Entreprises
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
RNB	Revenu National Brut
RSI	Règlement Sanitaire International
RSM	Réseau Santé Migratoire
SAILD	Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement
SASNIM	Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
SAU	Services d'Accueil et Urgences
SAV	Semaine Africaine de Vaccination
SFPS	Santé Familiale et Prévention du Sida
SG	Secrétariat Général
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIE	Système d'Informations Energétique
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SIS	Système d'Informations Sanitaires
SLIPTA	Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation
SMDD	Sommet Mondial sur le Développement Durable
SMV	Semaine Mondiale de Vaccination
SNIS	Système National de l'information Sanitaire
SODECOTON	Société de Développement du Coton
SRAS	Syndrome respiratoire Aigue Severe
SSP	Soins de Santé Primaires
SSD	Service de la Santé de District
SSS	Stratégie Sectorielle en Santé
SUN	Scaling Up Nutrition
SURVAC	Surveillance épidémiologique en Afrique Centrale
SWAp	Approche Sectorielle de la Santé
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
TB	Tuberculose
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication

Sigles / Abréviations	Signification
TIDC	Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
UA	Union Africaine
UE	Union Européenne
UNDAF	United Nations Development Action Framework
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPEC	Unité de Prise En Charge
UYI	Université de Yaoundé I
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VHB	Vaccin contre l'hépatite B
VHC	Vaccin contre l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPH	Virus du Papillome Humain
VPI	Vaccin Polio Inactivé
VPO	Vaccin Polio Oral
WASH	Water Sanitation Hygiene
WHO	World Health Organization

Liste des tableaux

Nom du Tableau	Page
Tableau 1 – Données générales	8
Tableau 2 – Données politiques et administratives	8
Tableau 3 – Indicateurs sociodémographiques	8
Tableau 4 – Indicateurs macroéconomiques	8
Tableau 5 – Indicateurs sanitaires	8
Tableau 6 – Niveau d'atteinte des OMD en 2015 et probabilités d'atteinte en 2020	16
Tableau 7 – Arrimage des objectifs de la SSS aux objectifs de développement durables (ODD)	29
Tableau 8 – Résultats du système de santé : objectif N° 1 & N° 2	33
Tableau 9 – Résultats du système de santé : objectif N° 3	34
Tableau 10 – Résultats du système de santé : objectif N° 4	35
Tableau 11 – Résultats du système de santé : objectif N° 5	35
Tableau 12 – Résultats du système de santé : objectif N° 6	35
Tableau 13 – Éléments de Leadership et de Gouvernance dans le système / secteur de santé	37
Tableau 14 – Situation de la participation communautaire au Cameroun en 2016	38
Tableau 15 – Éléments de Partenariat pour le développement de la Santé au Cameroun (situation 2016)	41
Tableau 16 – Sources de données en informations sanitaires au Cameroun	43
Encadré 1 – Encadrement juridique de la recherche au Cameroun	45
Encadré 2 – Code d'éthique	46
Encadré 3 – Coordination et suivi des activités de recherche	46
Encadré 4 – Acteurs de la recherche en santé au Cameroun	46
Tableau 21 – Caractéristiques des recherches autorisées (autorisations administratives) par la DROS 2006-2016	47
Tableau 22 – Nombre de recherches enregistrés à la DROS par type / MINSANTE entre 2006 et 2016	47
Tableau 23 – Répartition par ministère du budget de l'Etat(en Millions de FCFA) dans le secteur santé en 2015	49
Tableau 24 – Répartition des financements pour la Santé par Bailleur entre 2011 et 2015 au Cameroun (En Milliers de FCFA)	50
Tableau 25 – Contributions des Partenaires Techniques et financiers par Programme (Milliards de FCFA)	50
Tableau 26 – Soins de santé primaire, secondaire et tertiaire – Organismes et comités techniques	53
Tableau 27 – Quelques indicateurs traceurs des prestations de santé et services de soins	54
Tableau 28 – Ressources humaines 2011 du système de santé public	57
Tableau 29 – Produits Médicaux, Vaccins, Infrastructures et Equipements (1)	59
Tableau 30 – Produits Médicaux, Vaccins, Infrastructures et Equipements (2)	60
Tableau 31 – Politique de gratuité des soins au Cameroun : Axes	65
Tableau 32 – Mortalité des enfants (quotient, pour 1000 naissances vivantes, de mortalité infantile et infanto-juvénile par périodes de 5 ans avant l'enquête MICS 2014 au Cameroun)	84
Tableau 33 – Mortalité des enfants pour 1000 naissances vivantes par region _ MICS 5-2014; Cameroun	84
Tableau 34 – Allaitement et Alimentation des enfants au Cameroun entre 2011 et 2014	86
Tableau 35 – Taux de Vaccination avant 1er anniversaire (%)	86
Tableau 36 – Diarrhée (chez les enfants de moins de 5ans) dans les 2 dernières semaines précédent l'enquête entre 2011 et 2014 au Cameroun	87
Tableau 37 – Symptômes d'infection Respiratoire aigüe chez enfants de moins de 5 ans entre 2011 et 2014 au Cameroun	87
Tableau 38 – Paludisme et Fièvre chez les enfants entre 2011 et 2014 au Cameroun	87
Tableau 39 – Protection des enfants (%) rapportés entre 2011 et 2014 au Cameroun	87

Liste des tableaux

Nom du Tableau	Page
Tableau 40 – Taux de fécondité des adolescents et indice synthétique de fécondité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans en 2014 au Cameroun	88
Tableau 41 – Prévalence et besoins non satisfaits en Planification familiale entre 2004 et 2014 au Cameroun	93
Tableau 42 – Couverture des interventions spécifiques au nouveau-Né entre 2004 et 2014 au Cameroun	93
Tableau 43 – Naissances vivantes avant l'âge de 15 ans et 18 ans chez les femmes de 15-49 selon le groupe d'âge en 2014 au Cameroun	93
Tableau 44 – Taux de Fécondité pour la période des 3 ans ayant précédé l'enquête selon le Milieu de Résidence en 2014	95
Tableau 45 – Proportion des femmes mariées ou vivant en union, âgées de 15 à 49 ans, utilisant un contraceptif par région du Cameroun entre 2006 et 2014	95
Tableau 46 – Consultations Périnatales (%) chez les femmes de 15 -49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années, 2014	96
Tableau 47 – Personne ayant assisté à l'Accouchement (%) (femmes de 15 -49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années), 2014	96
Tableau 48 – Surveillance des maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination selon les régions en 2015 et 2016 au Cameroun	97
Tableau 49 – Répartition de l'endémicité des MTN au Cameroun en 2016	100
Tableau 50 – MTN-PCC: Ulcère de Buruli_ évolution du nombre de cas de 2008 à 2012 sur les principaux foyers identifiés au Cameroun	103
Tableau 51 – Proportion de la Mortalité totale des Maladies Non Transmissibles en 2014 au Cameroun	105
Tableau 52 – Taux d'incidence comparé pour 100 000 cancers du col cervical, en 2008 et 2012 au Cameroun	106
Tableau 53 – Prévalence nationale du diabète au Cameroun entre 1994 et 2003 selon le sexe et le lieu de résidence	106
Tableau 54 – Prévalence nationale du de l'Hypertension Artérielle selon le sexe entre 1994 et 2014 au Cameroun	106
Tableau 55 – Système National de réponse aux Maladies Non Transmissibles au Cameroun / situation de 2014	106
Tableau 56 – Consommation de tabac à fumer Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans selon le statut de fumeur, 2014 / Prévalence fumeurs Tabac	109
Tableau 57 – Perception du risque causé par la consommation du Tabac par les adultes	109
Tableau 58 – Prévalence de certains facteurs de risques des maladies Non transmissibles au Cameroun en 2010	109
Tableau 59 – Conditions alimentaire et nutritionnelle 2011 & WASH 2014	113
Tableau 60 – Quelques informations clés sur les accidents de la route au Cameroun en 2015	114

Liste des graphiques

Titre du graphique	Page
Figure 1 : Population (en Miliers) par tranche d'âge et Sexe, 2015	9
Figure 2 : Groupes d'âge de dépendance, 2015	9
Figure 3 : Population d'enfants et d'adultes, 2015	9
Figure 4 : Espérance de Vie au Cameroun par sexe et Année, 2009-2015	12
Figure 5 : Espérance de vie au Cameroun vs Autres Zones, 2015	12
Figure 6 : Espérance de vie au Cameroun vs Autres Zones, 1990-2015	12
Figure 7 : Poids de la Maladie, Poids des décès au Cameroun, 2013	13
Figure 8 : Mortalité Infanto-Juvénile (pour Mille) au Cameroun comparée à d'autres zones, 1990-2015	19
Figure 9 : Tx Enfts. Complètement Vaccinés-Milieu, 2004-2014	19
Figure 10 : Quotient de Mortalité infanto-juvenile (Pour Mille) au Cameroun, 2004-2014	19
Figure 11 : Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (ayant reçu tous les vaccins) par région, 2004-2014	19
Figure 12 : Mortalité Maternelle (Pour 100 000) au Cameroun, 1998-2011	21
Figure 13 : Couverture Intervention de Santé Maternelle, 2004-2014	21
Figure 14 : Tx. Demandes en Contraception Satisfaits-Residence, 2014	21
Figure 15 : Contraception et Besoins non Satisfaits, 2011-2014	21
Figure 16 : Proportion Accouchement assistés par un personnel qualifié-Région, 2004-2014	21
Figure 17 : Répartition en % du séjour Post-Partum dans une FOSA au Cameroun en 2014	21
Figure 18 : Besoins et Personnes sous ARV, Cameroun, 2005-2015	23
Figure 19 : Prévalence VIH-SIDA compare Cameroun vs Autres Pays, 2004-2014	23
Figure 20 : Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2014	23
Figure 21 : Prevalence du Paludisme par région, 2011	23
Figure 22 : Evolution des Nouveaux Cas de Tuberculose, Cameroun, 2010-2015	23
Figure 23 : Etat Nutritionnel Enfant, 2004-2014, Cameroun	24
Figure 24 : Tx. des Populations disposant des WC, milieu, 2001-2014	24
Figure 25 : Tx. Enf < 5ans avec Insuf. Pondérale 2011-2014	24
Figure 26 : Rapport Accès eau potable, Par lieu de résidence, 2007-2014	24
Figure 27 : Taux de sous-emploi global des 15 - 64 ans par milieu de résidence, 2004-2010 (%)	27
Figure 28 : Taux de sous-emploi global des 15 - 64 ans par Sexe, 2004-2010 (%)	27
Figure 29 : Evolution Scolarisation Primaire, Par Genre, 2001-2014	27
Figure 30 : Evolution Scolarisation Primaire, Par Lieu de résidence, 2001-2014	27
Figure 31 : Indice de parité Filles/Garçons dans l'enseignement primaire et secondaire, 2001-2014	27
Figure 32 : Financement de la Santé au Cameroun, 2011-2012	48
Figure 33 : Evolution Budget de l'Etat alloué à la santé, 2005-2015	48
Figure 34 : Dépenses totales des Ménages à la Santé par région en 2012	49
Figure 35 : Dépenses des Ménages à la Santé par région, par tête d'habitant en 2012	49
Figure 36 : Evolution couverture vaccinale 2011 - 2014	55
Figure 37 : Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (ayant reçu tous les vaccins) par région, 2004-2014	55
Figure 38 : Utilisation Contraception 2011-2014	55
Figure 39 : Proportion Accouchement assistés par un personnel qualifié-Région, 2004-2014	55
Figure 40 : Couverture intervention Santé Maternelle. 2004-2014	55
Figure 41 : Représentation synthétique de l'évolution des politiques nationales de santé au Cameroun	63
Figure 42 : Couverture Intervention Santé Maternelle, 2004-2014	66
Figure 43 : Evolution Couverture Vaccinale, 2011-2014	66
Figure 44 : Dépenses totales des Ménages à la Santé par région, 2012	66
Figure 45 : Dépenses des ménages à la Santé par région, par tête d'hab., 2012	66

Liste des graphiques

Titre du graphique	Page
Figure 46 : Besoins en Contraception Satisfaits par méthode, 2014	67
Figure 47 : Besoins en Contraception non satisfaits, 2014	67
Figure 48 : Besoins en Contraception Satisfaits-Tranche d'âge, 2014	67
Figure 49 : Besoins en Contraception Non Satisfaits-Tranche d'âge, 2014	67
Figure 50 : Besoins en Contraception Satisfaits-Résidence, 2014	67
Figure 51 : Besoins en Contraception Non Satisfaits-Résidence, 2014	67
Figure 52 : Architecture du système de couverture santé universelle_Scénario 1	69
Figure 53 : Architecture du système de couverture santé universelle_Scénario 2	70
Figure 54 : Architecture du système de couverture santé universelle_Scénario 3	71
Figure 55 : Comportements sexuels (%) SIDA, 2011-2014	75
Figure 56 : Evolution Nouvelles infactions VIH 2010-2014 Tranche d'âge	75
Figure 57 : Comportements Tests VIH, 2011-2014	75
Figure 58 : Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2015	75
Figure 59 : Prévalence VIH-SIDA comparée Cameroun vs autres Pays, 2004-2014	75
Figure 60 : Nouveau cas enregistrés de Tuberculose et Résultats des traitements des cas par Région, 2015	76
Figure 61 : Evolution des Nouveaux cas et Guérison Tuberculose 2004-2015	76
Figure 62 : Nouveau cas enregistrés de Tuberculose et Résultats des traitements des cas, 2010-2015	76
Figure 63 : Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, 2011	79
Figure 64 : Paludisme - utilisation MILDA, Femmes enceintes et moins de 5 ans 2004-2014	79
Figure 65 : Prévention Paludisme 2004-2014	79
Figure 66 : Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, Résidence 2011	79
Figure 67 : Evolution Distribution TPI en CPN, 2011-2014	79
Figure 68 : Evolution Morbidité Hospitalière Paludisme, 2008-2014	79
Figure 69 : Evolution mortalité hospitalière paludisme, 2011-2014	79
Figure 70 : Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (ayant reçu tous les vaccins) par région, 2004-2014	81
Figure 71 : Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés contre la rougeole par région, 2004-2014	81
Figure 72 : Taux des enfants complètement vaccinés-Milieu, 2004-2014	81
Figure 73 : Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés contre la rougeole selon le milieu, 2004-2014	81
Figure 74 : Etat Nutritionnel enfant de moins de 5 ans, 2004-2014	83
Figure 75 : Etat Nutritionnel enfant, 2004-2014	83
Figure 76 : Mortalité infanto-Juvenile (pour Mille) au Cameroun comparée à d'autres zones, 1990-2015	83
Figure 77 : Couverture intervention Nouveau-né, 2004-2014	83
Figure 78 : Etat Nutritionnel Enfant de moins de 5 ans, 2011-2014	83
Figure 79 : Mortalité Petite Enfance, 2011-2014	83
Figure 80 : Indice synthétique de fécondité 15-19 ans par région, 2014	83
Figure 81 : Indice synthétique de fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire, 2014	83
Figure 82 : Indice synthétique de fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire par quintile de bien-être économique, 2014	83
Figure 83 : Proportion accouchement assisté par un personnel qualifié Région, 2004-2014	91
Figure 84 : Couverture intervention Santé maternelle, 2004-2014	91
Figure 85 : Proportion accouchements assistés-milieu, 2004-2014	91
Figure 86 : Proportion femmes mariées 15-49 ans sous contraception, 2001-2014	91
Figure 87 : Mortalité maternelle (pour 100 000) au Cameroun, 1998-2011	91
Figure 88 : Proportion femmes mariées de 15-49 ans sous Contraception, résidence, 2011-2014-2014	91
Figure 89 : Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire, 2014	92
Figure 90 : Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire par quintile de bien-être économique, 2014	92

Liste des graphiques

Titre du graphique	Page
Figure 91 : Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, 2014	92
Figure 92 : Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, 2014	92
Figure 93 : Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, par quintile de Bien-être économique, 2014	92
Figure 94 : Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, Niveau scolaire, 2014	92
Figure 95 : Évolution du poids global des maladies transmissibles et non-transmissibles au Cameroun de 1990 à 2013	105
Figure 96 : Taux des populations habitant les maisons à matériel définitif, milieu de résidence, 2007-2014	111
Figure 97 : Taux des populations disposant des WC par région 2001-2014	111
Figure 98 : Etat nutritionnel enfants de moins de 5 ans, 2011-2014	113
Figure 99 : Etat nutritionnel enfant, 2004-2014	113
Figure 100 : Etat nutritionnel enfant de moins de 5 ans, 2004-2014	113
Figure 101 : Couverture intervention nouveau-né, 2004-2014	113
Figure 102 : Accès aux lignes téléphoniques fixes (pour 1000 habitants), par région, 2007-2014	115
Figure 103 : Nombre (pour 1000 habitants) de téléphones portables, par région, 2007-2014	115
Figure 104 : Nombre (pour 1000 habitants) d'ordinateurs personnels, par région, 2007-2014	115
Figure 105 : Taux des populations habitant les maisons à matériaux définitifs, milieu de résidence, 2007-2014	115
Figure 106 : Taux des population disposant des WC, milieu, 2001-2014	115
Figure 107 : Espérance de vie à 60 ans, 2013	115



La réalisation du Profil sanitaire analytique 2016 du Cameroun a permis de compiler des données et des informations relatives à la santé des populations dans un document unique et de mettre en place des bases factuelles utiles pour la prise de décision.

En pleine phase de transition des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) vers les Objectifs de Développement Durable (ODD), l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP), avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a produit le profil sanitaire pays. Ce profil décrit de manière détaillée et surtout analytique la situation sanitaire actualisée du Cameroun.

Cette production, base de partage des données factuelles et des connaissances, constitue (i) un mécanisme d'alerte, (ii) un recueil d'informations pour la prise de décision et l'élaboration des politiques sanitaires, et enfin (iii) un outil de suivi et d'évaluation des réformes en cours au Cameroun.

Le présent profil comporte six (6) chapitres suivant la taxonomie de l'Observatoire africain de la Santé. Ces chapitres sont :

- (i) l'introduction au contexte ;
- (ii) le statut sanitaire et les tendances qui se dégagent ;
- (iii) les progrès globaux enregistrés dans l'atteinte des OMD avec une analyse sur les ODD ;
- (iv) le système de santé notamment les résultats du système, la gouvernance, le système d'informations sur la santé ainsi que les preuves et les connaissances, la recherche, le financement, les prestations de services, les ressources humaines en santé, les produits médicaux y compris les vaccins et les matériels et enfin la couverture sanitaire universelle;
- (v) les programmes spécifiques de santé ainsi que les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées ; et enfin
- (vi) les déterminants recouvrant les facteurs de risque en santé, l'environnement physique, la sécurité alimentaire et la nutrition, et les aspects sociaux.

Ces six chapitres sont précédés par une méthodologie qui décrit les sources et la technique d'extraction des données et les limites du document.

Préambule

Pour développer le Profil sanitaire analytique 2016, l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) a mobilisé des cadres du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) et un consultant recruté par l'OMS.

De plus, l'ONSP a reçu l'appui technique et financier de l'OMS à travers le Conseiller National chargé du Système d'information stratégique et Observatoire africain de la santé (AHO-rSIS).

L'élaboration du Profil sanitaire analytique 2016 a été facilitée au Cameroun par l'exploitation des documents ci-après : (i) le rapport d'évaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015, (ii) la SSS 2016-2027, (iii) le Rapport des OMD 2015, (iv) le Rapport MICS 2014, (v) les rapports annuels des Programmes et Directions spécialisées et leurs démembrements, et (vi) les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2004 et de 2011. Par ailleurs, l'Atlas des statistiques sanitaires 2016 de la région africaine produit par l'AHO-rSIS a permis de comparer certains indicateurs avec ceux des pays voisins et des différentes régions.

Méthodes

Les méthodes suivantes ont été utilisées :

1. Séances de travail entre l'AHO-rSIS, le Coordonateur de l'ONSP et l'équipe de recherche mise en place par le Consultant : prise de contact, briefing et échanges sur les termes de référence et sur le produit attendu. Les échanges ont consisté en une interaction continue entre les différentes parties prenantes.
2. Identification des sources de données
 - o Les sources domestiques retenues sont principalement, et dans l'ordre :
 - Tout document officiel produit par le Gouvernement et/ou le MINSANTE du Cameroun ;
 - Les documents produits sous la supervision du MINSANTE ou autre structure étatique ;
 - Les documents produits par l'Institut National de la Statistique (INS) et le Bureau Central de Recensement et d'Enquêtes sur la Population (BUCREP) ;
 - Tout rapport de recherche produit par des instituts, centres ou organisations locales de recherche à l'instar du Centre Pasteur du Cameroun, le Centre pour le Développement des bonnes Pratiques en santé (CDBPS), le Centre de biotechnologie de l'Université de Yaoundé, l'Institut de recherche Médicale et d'étude des Plantes Médicinales (IMPM) ;
 - Les résultats des recherche produits par les institutions du système des Nations-Unies basées au Cameroun.

Pour ce qui concerne les données domestiques, et compte tenu des insuffissances du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS), les bases de données ont été prises en compte selon l'ordre suivant :

- Les enquêtes¹ : INS, BUCREP, les instituts/organismes locaux de recherche ;
 - Les publications produites à partir des enquêtes et données administratives financées par un tiers externe au MINSANTE, avec un risque de conflit d'intérêt minimisé ;
 - Les publications produites à partir des enquêtes et/ou données administratives financées par le MINSANTE ou ses demembrements, avec risque de conflit d'intérêt;
- o Les sources internationales sont : les bases de données globales et spécialisées internationales et/ou du système des Nations-Unies notamment ceux de l'OMS, de l'UNICEF, de UNFPA, de la Banque Mondiale, etc.

Les bases de données domestiques, établies à partir des données d'enquêtes ou d'études de terrain publiées ont été privilégiées car sont plus fiables que les sources de données internationales généralement basées sur des estimations statistiques.

3. Elaboration de la structure du document du profil sanitaire analytique 2016, en s'appuyant sur le modèle de Profil proposé par l'AHO-rSIS;
4. Elaboration des matrices de collecte de données sur tableur Excel, pour la production des graphiques et tableaux ;
5. Extraction des données à partir des sources sus-citées : les données validées les plus récentes ont été utilisées;
6. Recherche/recoupement des informations additionnelles auprès (i) des programmes du MINSANTE ou tout autre acteur, (ii) des responsables des programmes au niveau du Bureau OMS et autres Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et autres parties prenantes ;
7. Production du rapport préliminaire;
8. Revue et finalisation du document lors d'un atelier participatif ;
9. Production du document final pour validation par le Conseil scientifique et adoption par le Comité d'orientation de l'ONSP;
10. Dissémination du rapport final sur le Profil Sanitaire Analytique 2016 du Cameroun par l'ONSP.

Limites de la recherche

1. L'absence d'informations récentes pour certains indicateurs au niveau des sources domestiques;
2. La faible capacité du SNIS à produire des données de routine fiables;
3. Les ressources limitées de l'ONSP (informationnelles, infrastructurelles, matérielles et humaines);
4. La faible dissémination des résultats de certaines études.

¹ La préséance accordée aux documents produits par l'INS et le BUCREP tient au mandat de ces institutions qui sont respectivement chargées de réaliser toutes les enquêtes d'envergure nationale prévues par le Gouvernement et le recensement général de la population et de l'habitat





CHAPITRE 1

INTRODUCTION AU CONTEXTE DU PAYS



1.1. Contexte du pays

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale dont le territoire couvre près de 475 650 km². Le pays possède près de 590 km de côtes le long de la façade de l'Océan Atlantique et 4 591 km de frontières terrestres avec le Nigeria à l'Ouest (1 690 km), le Tchad au Nord-Est (1 094 km), la République Centrafricaine à l'Est (797 km), et le Congo (523 km), le Gabon et la Guinée Equatoriale (189 km) au Sud.

Le pays a un relief contrasté fait de plateaux de hautes terres inégalement réparties et ceinturées de plaines étroites. Il a quatre bassins hydrographiques de part et d'autres du plateau de l'Adamaoua : les bassins du Niger et du Tchad au Nord et les bassins du Congo et de l'Atlantique au Sud. Il comporte trois zones climatiques (Equatoriale, Soudanaise et Soudano-Sahélienne).

Le Cameroun compte 10 régions, 360 arrondissements, 360 communes et 14 communautés urbaines et une population globale estimée à 22 179 707 habitants en 2015 (BUCREP, 2010).

Sur le plan économique, l'objectif qui fixait le taux de croissance moyen autour de 5.5% au cours des cinq premières années de la mise en œuvre du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) n'a pas été atteint. Le gouvernement a mis en place un plan d'urgence triennal 2015–2017 qui devrait contribuer à lever, dans un délai court, les goulots d'étranglement observés dans l'atteinte des objectifs du DSCE.

La situation macro-économique du Cameroun a connu de nombreuses fluctuations avec une balance commerciale déficitaire et une augmentation constante des prix des denrées alimentaires.

Malgré les méfaits de la crise financière qu'a connue le pays entre 2005 et 2009, l'économie a réussi à repartir timidement grâce aux mesures d'urgences initiées par le Gouvernement. Parmi ces mesures, on peut citer : la revalorisation des salaires des fonctionnaires et des agents publics, la maîtrise des prix des produits de première nécessité, l'exonération des taxes à l'importation de certains produits de grande consommation (riz, poisson congelé, sucre, etc.). Certaines de ces mesures ont eu un effet pervers sur la balance commerciale et des stratégies ont été mises en place pour renforcer la compétitivité des entreprises camerounaises sur les plans national et international (INS, 2015).

Le SNIS est peu performant. L'estimation des indicateurs de santé est fortement dépendante des enquêtes réalisées avec des fréquences codifiées mais incertaines.

Concernant le financement de la santé, la contribution du gouvernement reste faible (une moyenne de 5% du budget de l'Etat alloué à la santé) au regard des engagements internationaux pris. En effet, les dépenses de santé reposaient majoritairement sur les ménages (70,3% soit environ 474,5 milliards de FCFA) et les PTF (7,11%).

1.2. Carte du Cameroun



1.3. Quelques données et indicateurs concernant le Cameroun

Tableau 1. Données Générales

Superficie:	475 650 Km ²
Langues officielles	Anglais
	Français
Religions	Chrétienne
	Musulmane
	Animiste
Monnaie:	F CFA (XAF)

Source: INS, Rapport ODM 2015

Tableau 2. Données politiques et administratives

Régime Politique	Présidentiel
Administration	Etat unitaire décentralisé
Régions	10
Départements	58
Arrondissements	360
Communauté Urbaines	14
Communes	360

Source: INS, Rapport ODM 2015

Tableau 3. Indicateurs sociodémographiques

Population totale estimée en 2015:	22 170 707
0 -14 ans	43,0%
14 - 64 ans	53,5%
65 et plus	3,5%
Population de 0 à 24 ans	62,4%
Population de 25 ans et plus	37,6%
Taux de croissance démographique moyen	2,60%
Taux de natalité	22,50%
Densité de la Population au Km ²	46 hab /Km ²
Distribution de la population (Urbaine/Rurale)	environ 50% en milieu urbain
Taux de Pauvreté	37,5
Taux de chômage élargi	5,7% (juin 2010)
Taux de sous emploi	70%
Espérance de vie à la naissance	54 ans

Sources: INS, MICS 2014; BUCREP, 2010

Tableau 4. Indicateurs macroéconomiques

PIB par tête (FCFA)	696.000
Indice de Développement Humain/Rang (2014)	0,512 /153
Taux de croissance du PIB	5,6%
Dépenses d'investissements (dépenses en capital) en milliards de FCFA	1053,3
Ressources budgétaires totales en milliards FCFA	2655,3
% Budget alloué à la Santé (2012)	5,4 %
Dépenses de santé (Milliards de FCFA)	674,9
Dépenses de santé par habitant (Million F CFA)	32.703
Dépenses de santé publique en Milliards FCFA (%), 2012	98,1(14,54)
Dépenses de santé privés en Milliards (%), 2012	474,5 (70,3%)

Sources: MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2012

Tableau 5A. Indicateurs Sanitaires

Nombre de Districts de santé	189
Nombre de Délégations Régionales de la Santé	10
Accès aux sources d'eau améliorés (Ménages)	72,90%
05 Principales Causes de Mortalité	
· VIH/SIDA	14,24%
· Infections Respiratoires Basses	10,52%
· Paludisme	8,78%
· Maladies néonatales	8,47%
· Maladies diarrhéiques	5,01%

Sources: INS, MICS 2014 2014

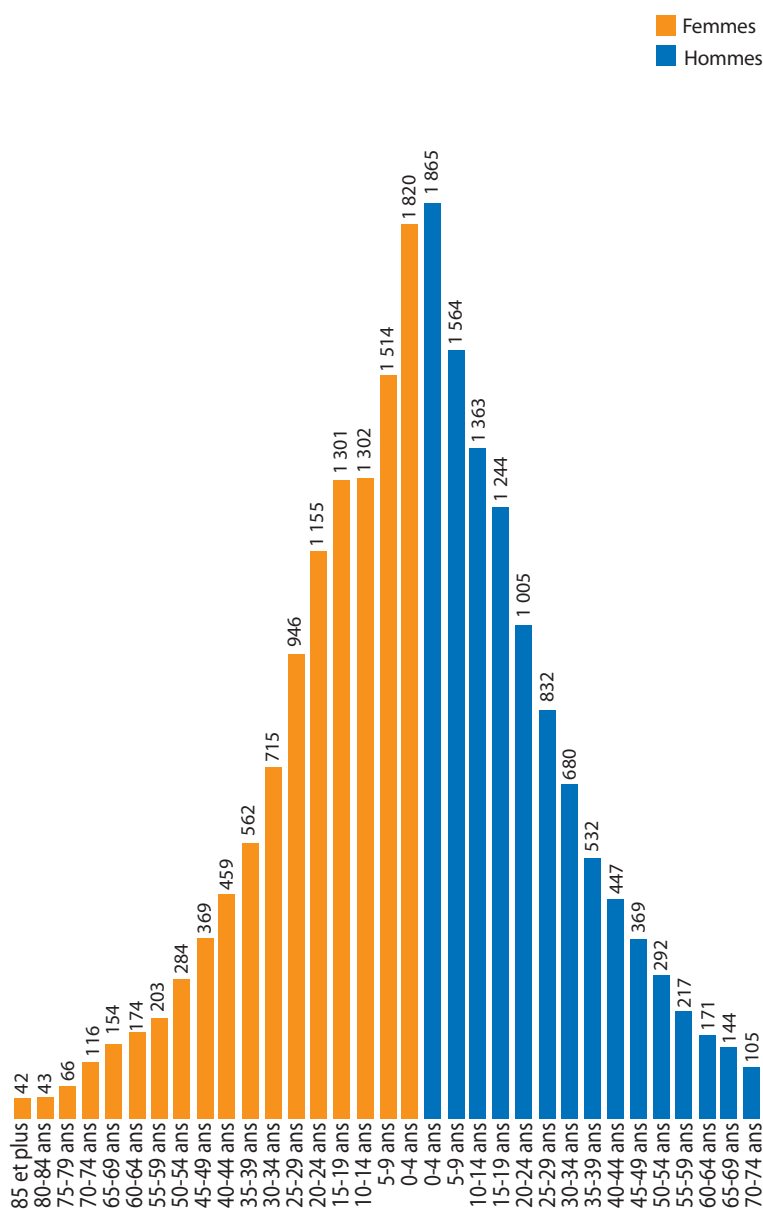
Tableau 5A. Indicateurs Sanitaires

Prévalence urbaine de HTA	29,70%
BEsoins non satisfaits en PF	34,30%
Taux de Mortalité des enfants de moins de 5 ans	103‰
Taux Mortalité Maternelle (Décès pour 100 000 naissances vivantes), 2011	782
Prévalence du VIH en 2014	4,3%
Incidence de la Tuberculose en 2014	15 410
Paludisme (Cas notifiés) en 2014	1 369 512
Accès aux toilettes améliorées (Ménages)	34,9%
Taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins de 1 an (incluant le pneumocoque et le rotavirus)	64,4%
Taux de couverture Rougeole	79,90%
Taux de couverture en DTC3	79,60%
Taux de malnutrition chronique	31,70%

1.4. Répartition de la population par âge et par sexe

La pyramide des âges montre une large base et un sommet retréci. Cette forme en triangle est caractéristique des populations jeunes avec un fort taux de fécondité et une mortalité élevée. En effet, le groupe d'âge de 0–24 ans représente 62,5% de la population totale. Les politiques de santé devraient s'orienter en priorité vers cette cible pour tirer les bénéfices du dividende démographique. La population de 60 ans et plus est de 6,4%.

Figure 1. Population (en Millions) par tranche d'âge et Sexe, 2015



Source : BUCREP, 3^{ème} RGHP, Volume 3-Tome3, Projections Démographiques

Figure 2. Groupes d'âge de dépendance, 2015

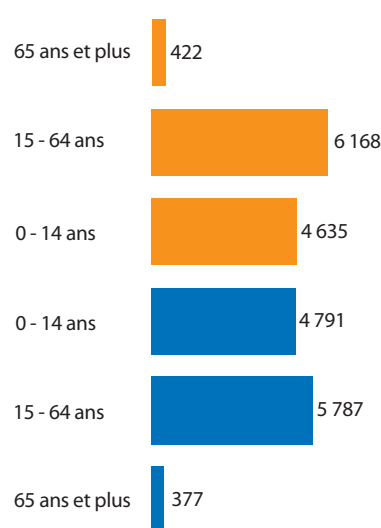
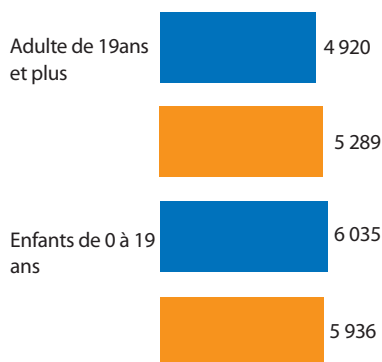


Figure 3. Population d'enfants et d'adultes, 2015





OMS





CHAPITRE 2

STATUT SANITAIRE ET TENDANCES



2.1. Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance au Cameroun était estimée à 54 ans en 1990. Elle est passée de 51 ans en 2000 à 57,3 ans en 2015. Les femmes avaient 2,7 ans de plus que les hommes d'espérance de vie à la naissance en 2015.

Par rapport aux autres pays, le Cameroun avait en 1990 une meilleure espérance de vie à la naissance que la moyenne des pays de l'Afrique centrale (zone CEEAC) et de l'Afrique sub-saharienne respectivement de 53 et 50 ans. Le Cameroun se retrouve 25 ans après avec une espérance de vie à la naissance moins bonne que la moyenne de chacun des deux regroupements sous régionaux (soit 59 ans pour la CEEAC et 60 ans pour l'Afrique sub-saharienne). Sur la même période, la moyenne de l'espérance de vie à la naissance dans le monde est passée de 64 ans en 1990 à 71,4 ans en 2015.

Le recul de la pauvreté, la mise en œuvre des ODD, l'amélioration des comportements et la meilleure riposte aux épidémies et catastrophes pourront contribuer à l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance dans les prochaines décennies.

Figure 4. Espérance de Vie Cameroun par sexe et Année, 2009-2015



Figure 5. Espérance de vie Cameroun vs Autres Zones, 2015

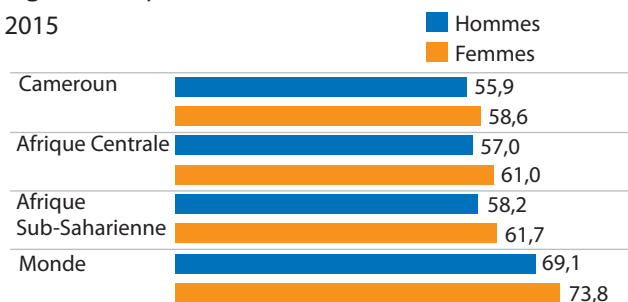
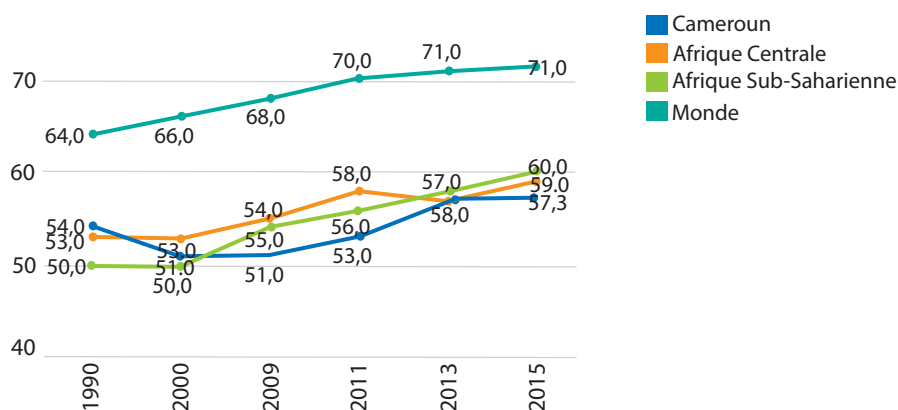


Figure 6. Espérance de vie Cameroun vs Autres Zones, 1990-2015



Sources : WHO, WHS 2011, 2013, 2014, 2016

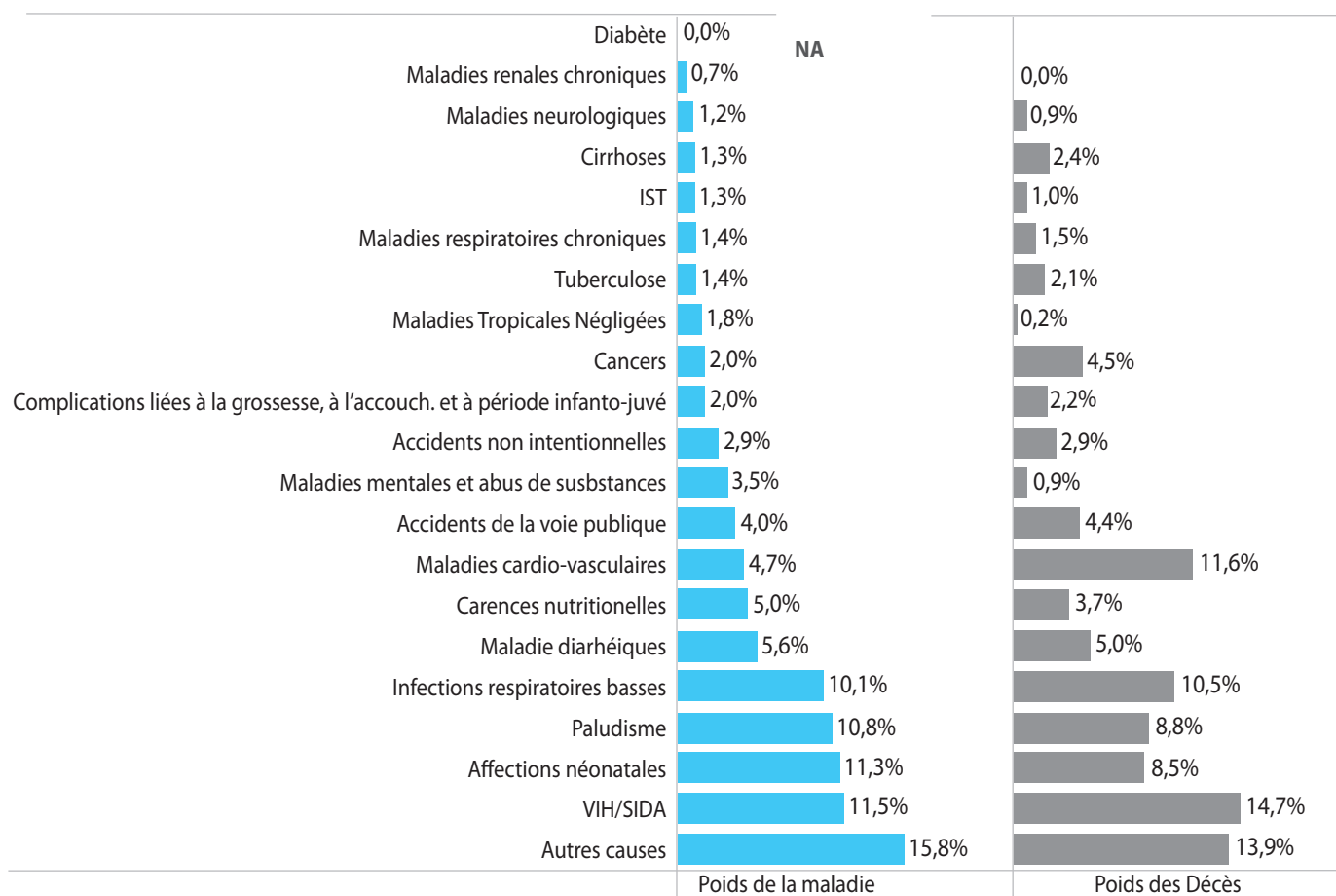
2.2. Poids des maladies et causes de décès

En 2013, les maladies transmissibles (MT) représentaient 40,7% du poids de la maladie au Cameroun. Le poids des principales maladies sont les suivantes: VIH/SIDA : 11,5% ; paludisme : 10,80%; infections respiratoires basses : 10,10%; maladies diarrhéiques : 5,60% ; tuberculose : 1,40% et IST : 1,30%). Ces MT étant responsables de 41,1% des décès (Global Burden of Disease, 2013).

Les maladies non transmissibles (MNT) représentaient 14,2% du poids de la maladie. Les principales sont: les maladies cardio vasculaires : 4,7%; les accidents de la voie publique : 4% ; les accidents non intentionnels : 2,9% et les maladies rénales chroniques : 0,7%). En outre, elles étaient responsables de 23,3% de décès, diabète non compris.

Les affections liées à la santé maternelle, infantile et des adolescents représentaient 18,3% du poids de la maladie et 14,4% de décès. Les maladies neurologiques représentaient 4,7% du poids de la maladie et 1,2% de décès. Les maladies tropicales négligées (MTN) étaient responsables de 1,8% du poids de la maladie avec un taux de décès estimé à 0,2%.

Figure 7. Poids de la Maladie, Poids des décès au Cameroun, 2013



Source: adopté du Global Burden of Diseases 2013



OMS



CHAPITRE 3

PROGRES ENREGISTRES DANS LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT



3.1 Progrès globaux dans l'atteinte des Objectifs du Millenaire pour le Développement (OMD)

Le Cameroun a souscrit aux huit OMD. Le MINEPAT et l'INS ont produit en 2015 un rapport de progrès des OMD et le pays s'est fixé des cibles nationales pour l'horizon 2020 qui clôture la période de dix ans couverte par le DSCE.

Ce rapport indique que les progrès des OMD de santé restent mitigés. On note un niveau d'atteinte de 36,89% par rapport à la réduction du taux de mortalité infanto-juvénile, et de -13,75% pour ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle du fait de l'augmentation de ce ratio entre 1990 et 2011.

Le rapport sur les OMD indique qu'un groupe de cibles est atteint et d'autres sont potentiellement ou probablement réalisables. Ces dernières sont susceptibles d'être atteintes en 2020, si les actions spécifiques sont efficacement mises en œuvre. Pour les autres OMD renseignés : OMD 1 (cibles 1.A, 1.B, 1.C), OMD 2 (cible 2.A), OMD 3 (cible 3.A) et OMD 7 (cible 7.A), les progrès sont au delà de 60% avec une forte probabilité d'atteinte des cibles en 2020.

Le gouvernement a souscrit à l'Agenda Post 2015 qui met l'emphase sur les ODD sans remise en cause des efforts entrepris dans le cadre du DSCE pour l'atteinte des OMD (INS, 2015). Il est essentiel que le pays donne un contenu opératoire aux ODD pour garantir le succès des actions qui seront menées.

Tableau 6. Niveau d'atteinte des OMD en 2015 et probabilités d'atteinte en 2020

OMD	Cibles	Niveau d'atteinte en 2015 ²	Probabilité d'atteinte en 2020 ³
OMD 1	Cible 1.A Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour en parité de pouvoir d'achat	76,53%	Potentiellement
	Cible 1.B Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	68,56%	Probablement
	Cible 1.C Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	100,00%	Atteint
OMD 2	Cible 2 Assurer une Education Primaire pour Tous	82,49%	Potentiellement
OMD 3	Cible 3 Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	97,96%	Probablement
OMD 4	Cible 4 Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	36,89%	Potentiellement
OMD 5	Cible 5 Améliorer la Santé Maternelle	13,75%	Potentiellement
OMD 6	Cible 6.A D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance	Tendance inversée	Atteint
OMD 7	Cible 7.A Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle de déperdition des ressources environnementales	n.d.	Probablement
	Cible 7.B Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici 2010 une diminution significative du taux de perte	n.d.	Potentiellement
	Cible 7.C Réduire de moitié, d'ici 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	64,10%	Probablement
	Cible 7.D Améliorer sensiblement d'ici 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis	n.d.	Probablement
OMD 8	Cible 8.A Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire	n.d.	Potentiellement
	Cible 8.B Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés		Potentiellement
	Cible 8.C Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propre à rendre l'endettement viable à long terme		Potentiellement
	Cible 8.D En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	0,15%	Probablement

Source : Rapport INS, 2015

² Rapport en % du niveau d'atteinte de l'objectif par rapport à la cible

³ Probabilité repris du rapport de l'INS sur les OMD



OMS

3.2 OMD de Santé

Les OMD de santé porte sur la santé maternelle (OMD 5), et infantile (OMD 4) et sur le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies (OMD 6). Les EDS et MICS sont les principaux moyens auxquels le système de santé a recours pour évaluer leur performance.

3.2.1. OMD 4 : Réduire la mortalité infantile

La mortalité infanto-juvénile a reculé au Cameroun, passant de 144 décès (période 1990-2004) à 103 décès (période 2011-2014) pour 1000 naissances vivantes. Le pays est encore éloigné de la cible de 76 décès pour 1000 naissances vivantes.

Les meilleures performances ont été enregistrées dans la ville de Yaoundé, les régions du Sud-Ouest, de l'Est et du Sud avec respectivement une baisse de 70, 66, 60 et 54 décès pour 1000 naissances vivantes entre ces deux périodes. La plus mauvaise performance a été enregistrée dans la région de l'Adamaoua avec une baisse de neuf décès pour 1000 naissances vivantes entre les deux périodes.

Des progrès ont été réalisés dans les soins infantiles. A titre illustratif, la proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés est passée de 48,2% (1990-2004) à 75,3%. La couverture vaccinale anti amarile a connu une progression de 64,8% à 85,8%. Par ailleurs, la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est gratuite.

Les difficultés pour accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile pourraient être liées à l'accès limité des ménages aux services de santé. En effet, la pauvreté n'a que légèrement diminué entre 1990 et 2015. La mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et de la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant sont des stratégies qui contribueront à l'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé.



OMS

Figure 8. Mortalité Infanto-Juvenile (pour Mille) au Cameroun comparée à d'autres zones, 1990-2015

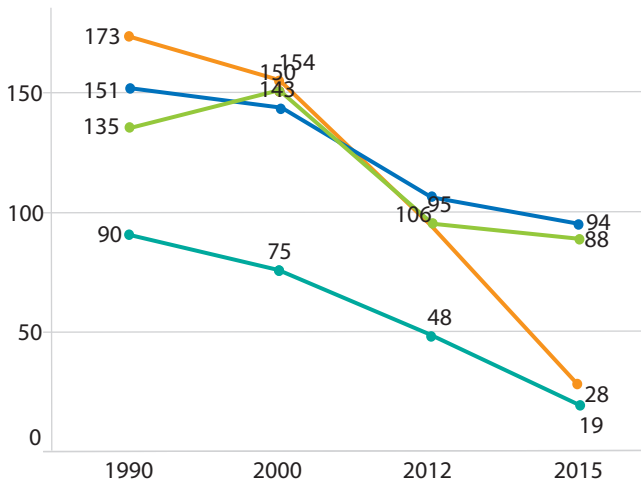


Figure 10. Quotient de Mortalité infanto-juvenile (pour Mille) au Cameroun, 2004-2014

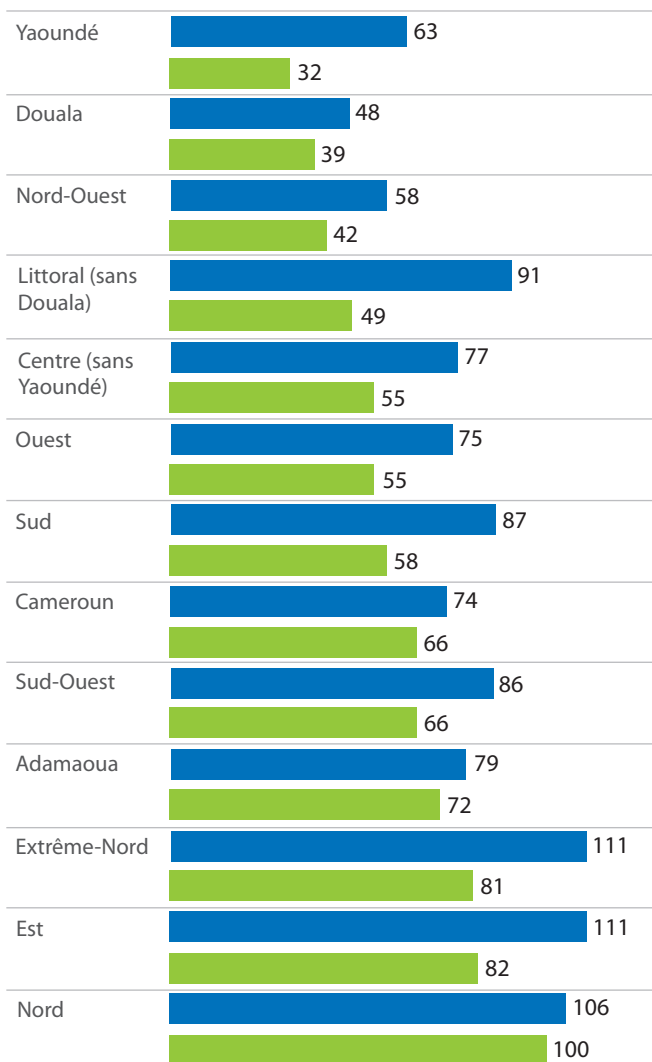


Figure 9. Taux Enfts. Complètement vaccinés-Milieu, 2004-2014

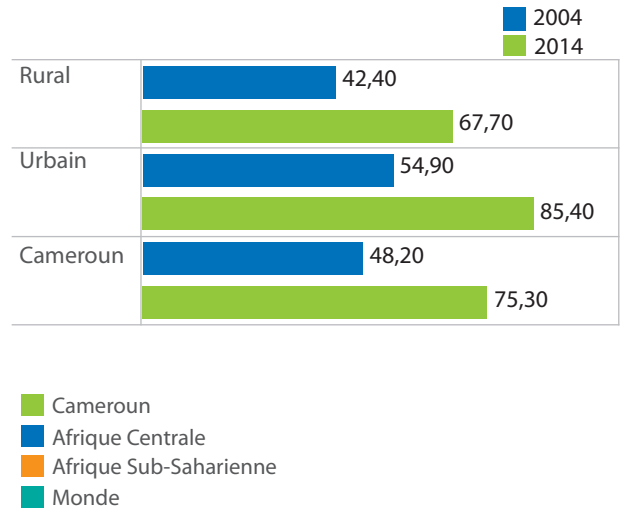
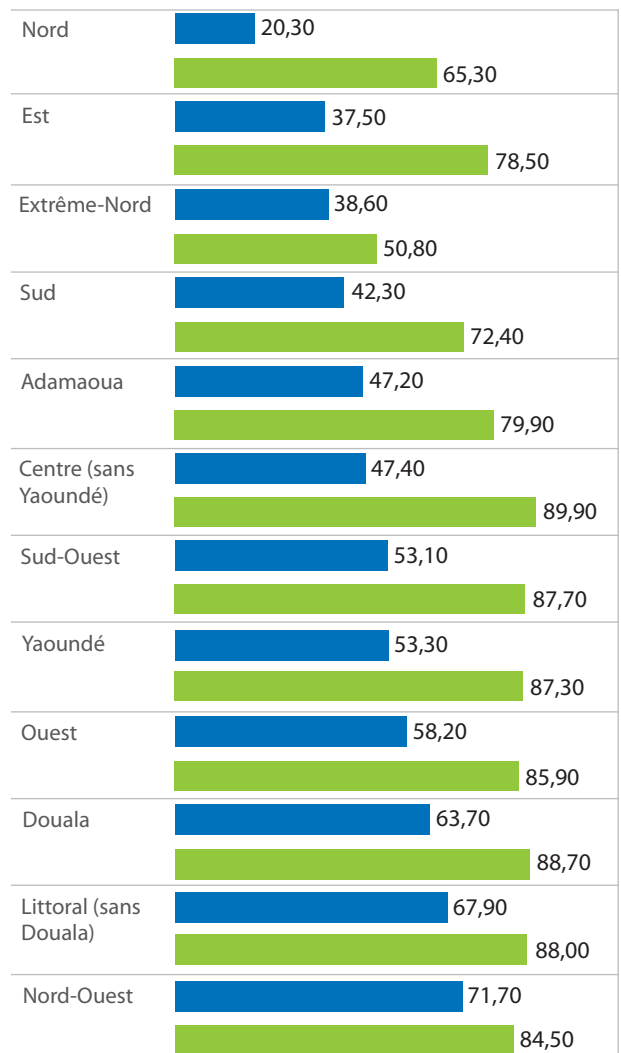


Figure 11. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (ayant reçu tous les vaccins du PEV) par région, 2004-2014



Source: EDS 1991, 1998 et 2004; MICS 2004, 2014; WHO, WHS 2011, 2013, 2014, 2015

3.2.2. OMD 5 : Réduire la mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle est passé de 430 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2011. Des stratégies ont été mises en place par le gouvernement pour améliorer la santé maternelle telles que : le Programme multisectoriel de réduction de la mortalité maternelle, infanto-juvénile et des adolescents, la distribution des kits obstétricaux, le projet chèque santé, etc.

En dépit de ces efforts, le taux de consultation prénatale a baissé de cinq points entre 2004 et 2014, passant de 63% à 58%. En 2014, le nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié a regressé dans les villes de Douala et de Yaoundé. Les indicateurs dans les régions du septentrion (Adamaoua, Extrême-Nord et Nord) n'ont pas favorablement progressé. Le MICS 2014 relève que 35,1% de femmes passent moins de 24 heures dans la structure sanitaire après l'accouchement (MICS, 2014). Les trois retards (prise de décision, transfert et prise en charge) et l'insuffisance du personnel de santé de qualité et compétent sont également des causes de la forte mortalité maternelle observée (Rapport SONEU, 2016).

Au cours de la période 2010-2014, le taux de fécondité des adolescentes était de 119 naissances vivantes pour 1000 jeunes filles. Le taux de fécondité précoce (pour les 20-24 ans ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans) était de 275 naissances vivantes pour 1000 jeunes filles. De plus, le taux de prévalence de la contraception était de 34,3%, avec 18% des besoins non satisfaits en matière de planing familial. L'utilisation de la contraception reste encore faible dans les régions septentrionales. Cependant, la proportion des femmes mariées ou vivant en union utilisant une méthode de contraception quelconque a augmenté de 5 points, passant de 29,2% en 2006 à 34,4% en 2014.



Figure 12. Mortalité Maternelle (Pour 100 000) au Cameroun, 1998-2011

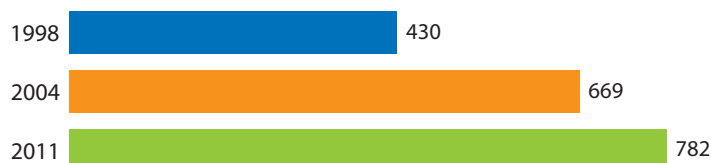


Figure 14. Taux de demandes en Contraception Satisfaits-Residence, 2014



Figure 15. Contraception et Besoins non Satisfaits, 2011-2014

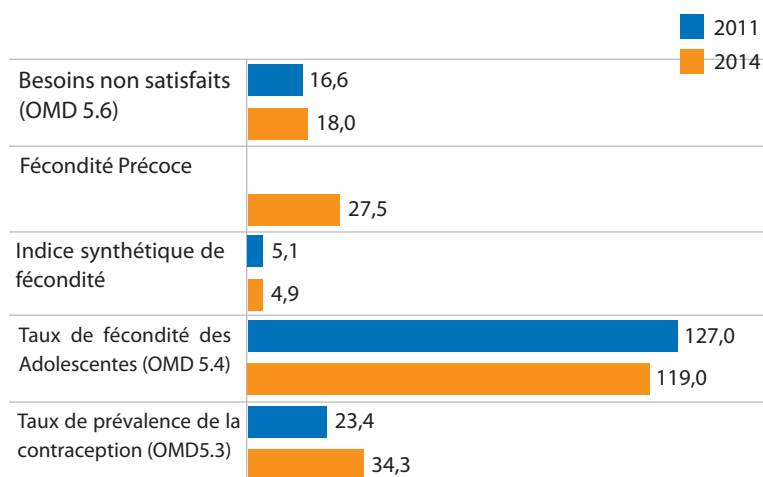
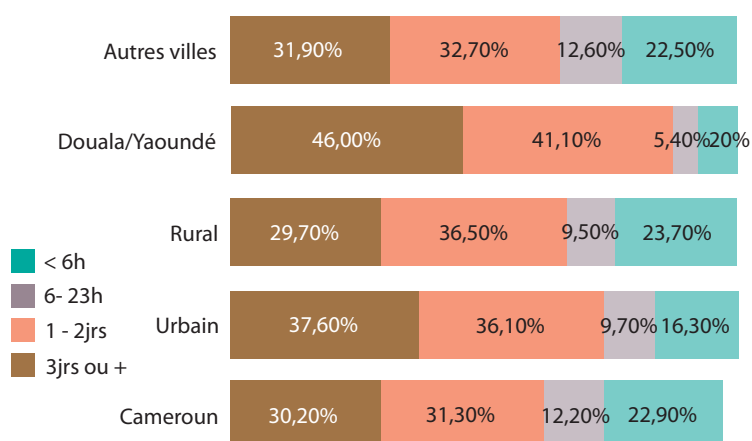


Figure 17. Répartition en % du séjour Post-Partum dans une FOSA au Cameroun en 2014



Source: EDS 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014

Figure 13. Couverture des Interventions de Santé Maternelle, 2004-2014

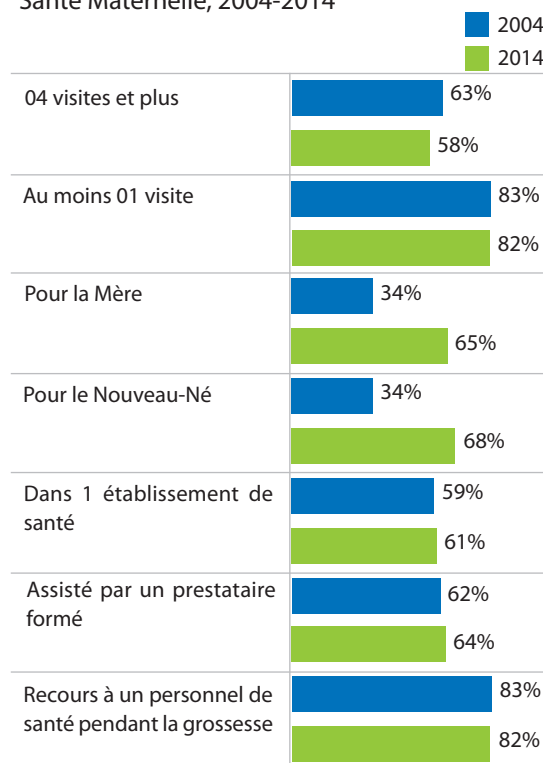
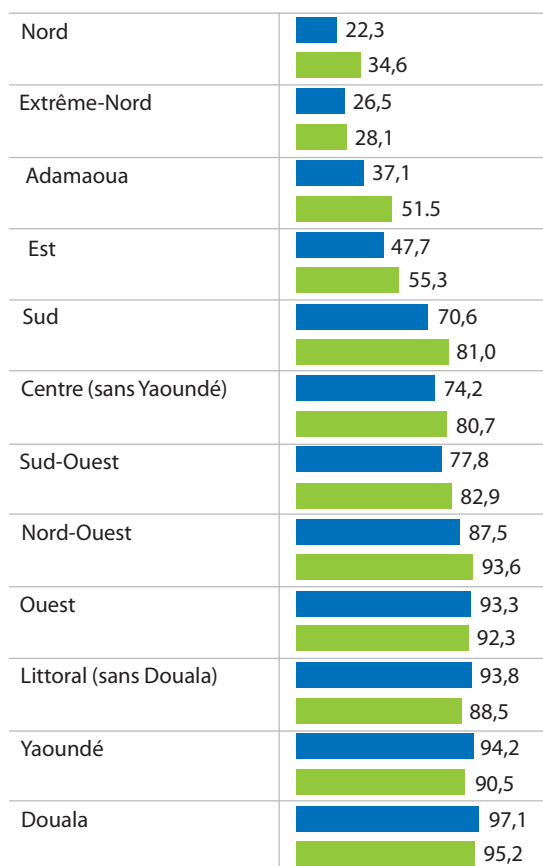


Figure 16. Proportion Accouchement assistés par un personnel qualifié-Région, 2004-2014



3.2.3. Les OMD de santé _ OMD 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres grandes maladies

Le nombre de nouvelles infections liées au VIH est passé de 47 958 nouveaux cas en 2008 à 44 477 nouveaux cas en 2015 (CNLS, 2016). Le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les adultes de 15 à 49 ans a connu un net recul, passant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011 avec des disparités régionales allant de 1,2% dans l'Extrême-Nord à 7,2% dans le Sud. Le recul de la prévalence peut être attribué au passage à l'échelle de la trithérapie, à la diminution jusqu'à la gratuité des antirétroviraux (ARV) grâce aux subventions du gouvernement et au soutien des PTF.

La lutte contre le paludisme comporte deux principaux aspects : la prévention et la prise en charge des cas. La prévention repose sur la distribution des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA). Cette intervention a permis d'observer une tendance à la hausse de la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une MILDA avec des couvertures de 0,9%, 21%, 54,8% respectivement en 2004, 2011 et 2014 (EDS, 2011 ; MICS 2014). La prise en charge gratuite du paludisme simple et grave chez les enfants de moins de cinq ans a été instituée depuis 2011 et 2014 respectivement.

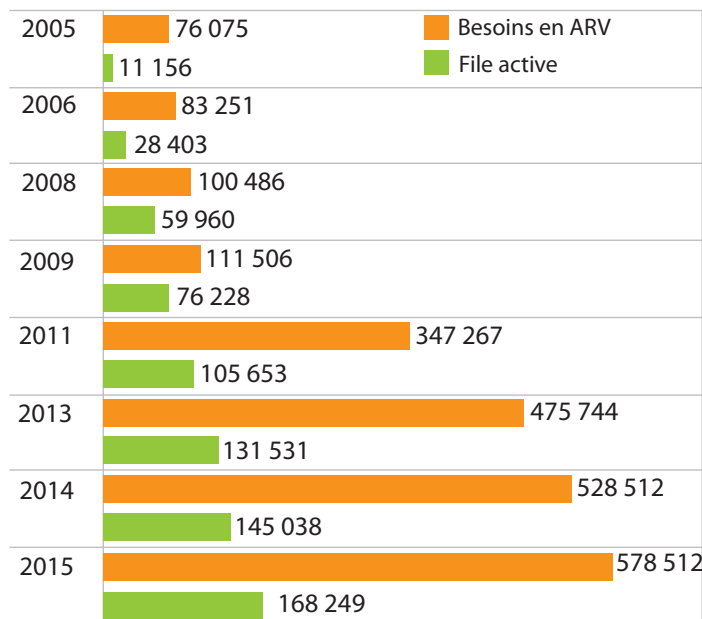
Le nombre de nouveaux cas de tuberculose est passé de 11 655 à 16 477 entre 2004 et 2014. Le Programmes de lutte contre la tuberculose applique des régimes thérapeutiques standardisés de six mois (nouveaux cas) et huit mois (rechute, reprise du traitement et échec). Les malades avec une tuberculose multirésistante sont pris en charge dans des structures spécialisées.

La situation de la coinfection reste préoccupante. En effet, près de la moitié des malades tuberculeux sont infectés par le VIH.



treated-mosquito-nets-like-this-can-reduce-malaria

Figure 18. Besoins et personnes sous ARV, Cameroun, 2005-2015



Source : Rapports CNLS 2013, 2014, SPECTRUM

Figure 19. Prévalence VIH-SIDA comparée Cameroun vs Autres Pays, 2004-2014

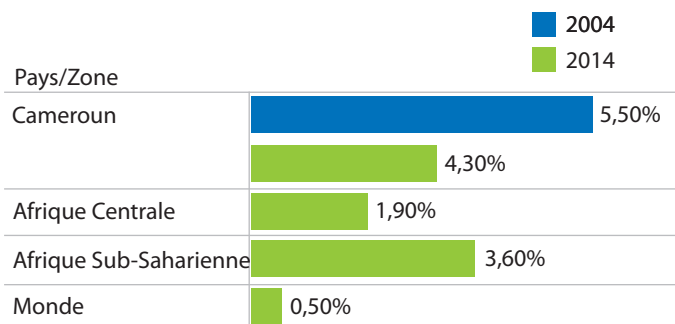
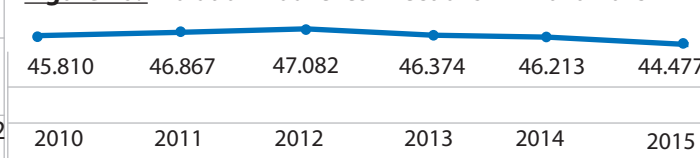
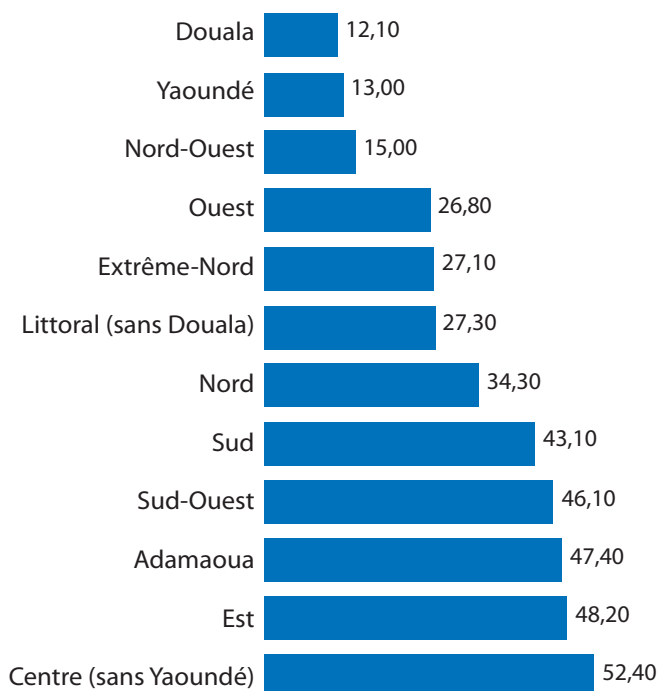


Figure 20. Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2015



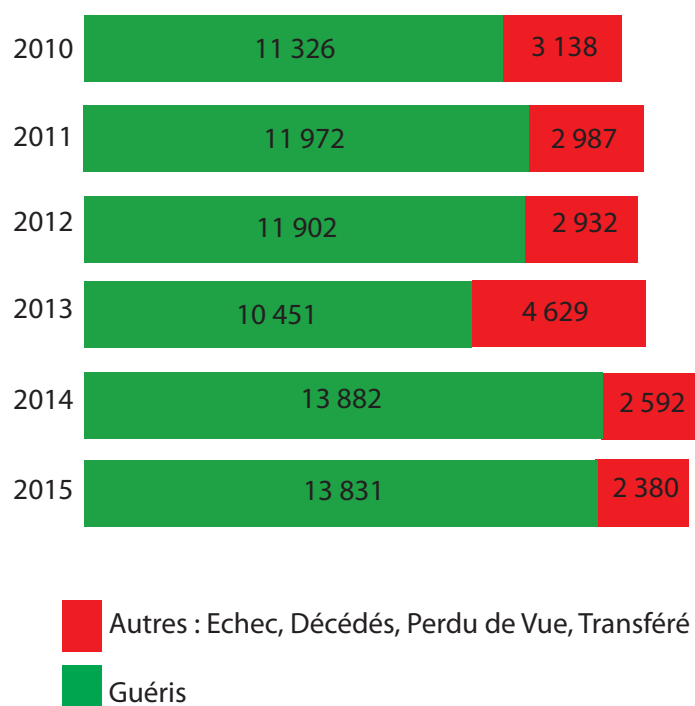
Cible 6.c : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Figure 21. Prévalence du Paludisme Par Région, 2011



Source : EDS 2011; Rapports PNLT 2010-2015

Figure 22. Evolution des Nouveaux cas de Tuberculose, Cameroun, 2010-2015



3.3 Les OMD liés à la santé : OMD 1, OMD 7 et OMD 8

L'état nutritionnel chez les enfants de moins de cinq ans a regressé entre 2004 et 2014. Dans le même temps, le pourcentage de la population ayant accès de manière durable à l'eau potable a augmenté tant en milieu urbain que rural passant de 45,3% à 61% entre 2007 et 2014 (EDS, 2011 ; MICS, 2014).

La proportion des populations disposant de WC modernes et/ou améliorés est passé de 27,4% en 2001 à 28,8% en 2014 en milieu rural alors que cet indicateur a regressé en milieu urbain au cours de la même période passant de 77,3% à 57,6%.

Figure 23. Etat Nutritionnel enfants, 2004-2014, Cameroun

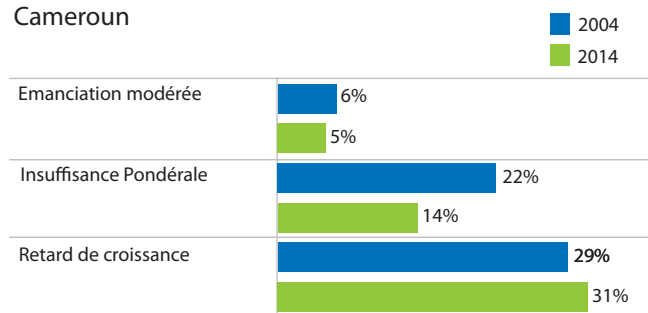


Figure 24. Tx. des Populations disposant des WC - Milieu 2001-2014

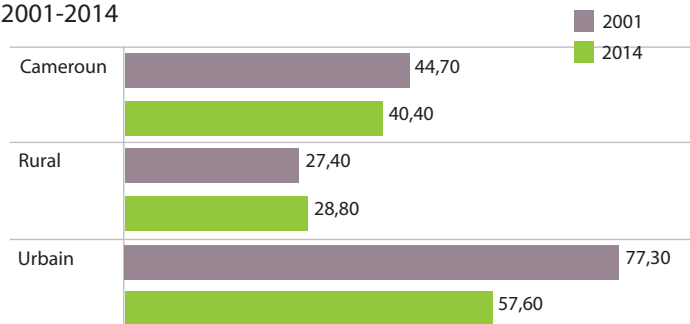


Figure 25. Taux. Enf <5ans avec insuf. Pondérale 2011-2014

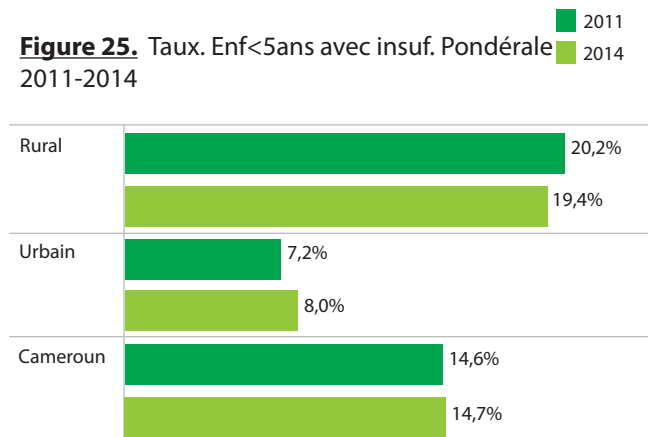
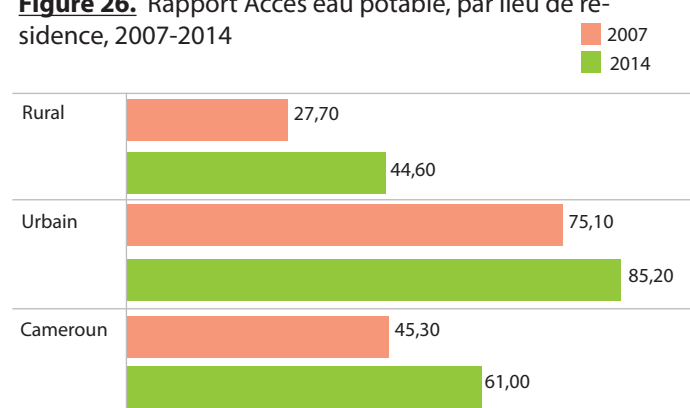


Figure 26. Rapport Accès eau potable, par lieu de résidence, 2007-2014



Source : INS_Rapport OMD 2015, EDS 2004, EDS MCS 2011, MICS 2014





OMS

3.4 Les autres OMD : OMD 1, OMD 2, OMD 3, OMD 7 et OMD 8

Les autres OMD traitent de la réduction de l'extrême pauvreté (OMD 1), de la mise en place d'un partenariat pour le développement (OMD 8), de l'éducation primaire pour tous (OMD 2), de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomie des femmes (OMD 3), et de la mise en place d'un environnement durable (OMD7).

L'incidence de la pauvreté a très peu diminué, passant de 40,2% en 2001 à 37,5% en 2014 soit une baisse de 2,7 points. Ce résultat est encore éloigné de la cible de 25,1% qui avait été fixée pour 2015 (OMD 1).

L'accès à l'éducation (niveau primaire) pour la tranche d'âge de 6-11 ans a augmenté passant de 78,9% à 86,3% entre 2001 et 2014. Contrairement à la disparité observée en 2001, la parité d'accès à l'éducation au niveau primaire a été observée pour cette tranche d'âge avec 85,3% pour les filles et 84,5% pour les garçons. L'alphabétisation de la population des 15-24 ans a augmenté, passant de 73,4% en 2004 à 81,8% en 2011 (OMD 2).

L'indice de parité fille/garçon est passé de 94 filles pour 100 garçons en 2001 à 99 filles pour 100 garçons en 2014. La progression est plus marquée en milieu rural avec une hausse de sept points contre un point en milieu urbain pour la même période. Au niveau du secondaire, l'indice de parité fille/garçon pour le pays n'a pas évolué en milieu urbain et reste proche de 1, par contre cet indice est passée de 8 filles pour 10 garçons en milieu rural en 2001 à 9 filles pour 10 garçons en 2014. Deux régions de la partie septentrionale du pays ont enregistré en 2014 les indices de parité les moins élevés avec 6 filles pour 10 garçons dans le Nord et 7 filles pour 10 garçons dans l'Adamaoua (OMD 3).

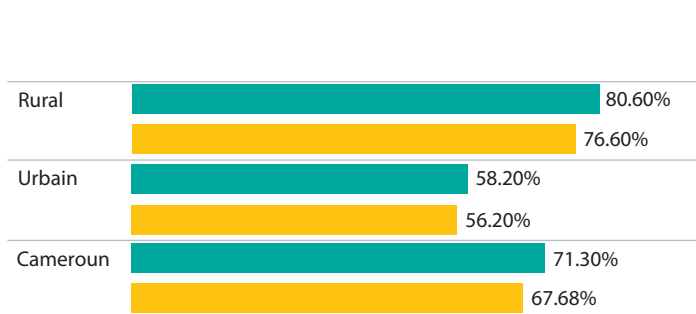
OMD 1 : Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim

Cible 1.A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 dollar par jour :



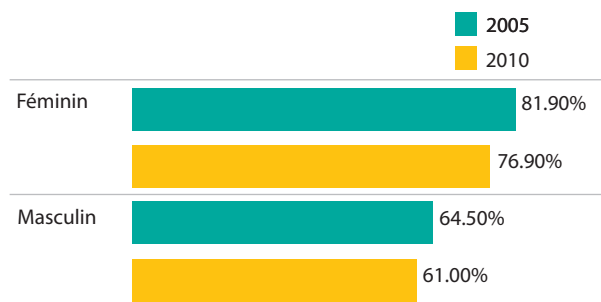
Cible 1.B : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif

Figure 27. Taux de sous-emploi global des 15 - 64 ans par milieu de résidence, 2004-2010 (%)



Source : INS, Rapport OMD 2015

Figure 28. Taux de sous-emploi global des 15 - 64 ans par sexe, 2004-2010 (%)



OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

Cible 2.A : d'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

Figure 29. Evolution Scolarisation Primaire, par genre, 2001-2014



Source : INS, Rapport OMD 2015

Figure 30. Evolution Scolarisation Primaire, par lieu de résidence, 2001-2014



OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes

Cible 3.A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

Figure 31. Indice de parité Filles/Garçons dans l'enseignement primaire et secondaire, 2001-2014



Source : INS, Rapport OMD 2015

3.5. Transition vers les objectifs de développement durables (ODD)

En septembre 2015, les gouvernements du monde ont souscrit à un engagement commun concernant les ODD à l'horizon 2030 en lieu et place des OMD.

Les ODD vont au-delà des OMD dont l'une des faiblesses était la surestimation des capacités institutionnelles du système de santé à les réaliser. La réalisation des ODD fera appel aux interventions intégrées mises en œuvre par les différentes parties prenantes du secteur santé.

Cependant, il est utile pour éviter les difficultés enregistrées avec les OMD que le Cameroun donne un contenu opératoire aux ODD avec des perspectives critiques et claires, sous-tendues par la recherche des opportunités en termes d'appuis techniques et financiers.

En 2016, les ODD 2, 3, 6 et 13 ont été pris en compte dans la nouvelle SSS 2016–2027 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016–2020. Par ailleurs, les processus de la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle et du Cameroon Health Data Collaborative sont amorcés. Le défi est d'assurer la cohérence entre ces différents mécanismes et les parties prenantes.

Afin d'assurer une phase de transition réussie des OMD vers les ODD, le Cameroun devrait s'atteler à (i) amener tous les acteurs à comprendre ce que signifie les ODD pour son contexte (ii) définir un contenu le mieux adapté (iii) identifier des stratégies appropriées de mise en oeuvre et (iv) prévoir dès le départ les méthodes d'évaluation des progrès.

Le SNIS devra, plus que par le passé, jouer un rôle important pour la production d'informations sanitaires fiables pour permettre de mesurer de façon continue la concrétisation des engagements pris par le Cameroun.



Tableau 7. Arrimage des objectifs de la SSS AUX Objectifs de Développement Durable (ODD)

ODD LIEES À LA SANTE	OBJECTIFS SSS 2016-2027
<p>ODD n°3.1 : d'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.</p> <p>ODD n°3.2 : d'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.</p>	Réduire la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non-transmissibles, la mortalité maternelle et infanto-juvénile
<p>ODD n°3.3 : d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.</p>	Réduire l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027
<p>ODD n°3.4 : d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.</p>	<p>Réduire l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027</p> <p>Réduire létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non-transmissibles, la mortalité maternelle et infanto-juvénile</p>
<p>ODD n°3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives, notamment de stupéfiants et d'alcool.</p>	Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027.
<p>ODD n°3.6 : d'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route.</p>	
<p>ODD n°3.7 : d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux</p>	Réduire les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027 principalement chez les adolescents.
<p>ODD n°3.8: Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.</p>	Réduire les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable
<p>ODD n°3.10 : Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non</p>	D'ici 2027, assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basées sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide.
<p>ODD n°3.11 : Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé</p>	D'ici 2027, augmenter la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des structures sanitaire (Districts de santé, DRSP, Directions techniques centrales)
<p>ODD n°3.12 : Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques nationaux et mondiaux et de gestion des risques sanitaires</p>	D'ici 2027, réduire les risques de survenue des événements de santé publique majeurs, des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses dans au moins 90% des districts

Tableau 7. Arrimage des objectifs de la SSS AUX Objectifs de Développement Durable (ODD)

ODD LIEES À LA SANTE	OBJECTIFS SSS 2016-2027
ODD n°3.9 :d’ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et la pollution et à la contamination de l’air, de l’eau et du sol	Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé
ODD n°: 6.2 : d’ici à 2030, assurer l’accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d’assainissement et d’hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable	
ODD n°: 6.3 : d’ici à 2030, améliorer la qualité de l’eau en réduisant la pollution, en éliminant l’immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matières dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d’eaux usées non traitées et en augmentant considérablement à l’échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l’eau.	
ODD n°: 13 . Prendre des mesures urgentes pour combattre le changement climatique et ses effets	



community-distribution-of-ivermectin-for-onchocerciasis1



CHAPITRE 4

SYSTEME DE SANTE



4.1. Les résultats du système de santé

Le Cameroun a élaboré sa première SSS 2001-2015 comportant six objectifs. L'évaluation en interne de cette stratégie, conduite en 2015 a permis de constater quelques progrès.

La proportion de la population vivant à une heure de marche d'une FOSA était de 63,1% en 2013 pour un objectif de 70% en 2015. Par rapport au développement des DS, seuls 7% des DS avaient atteint le stade de consolidation pour une cible de 80% en 2015.

L'analyse des faibles performances observées dans certaines thématiques a permis d'identifier les principaux goulots de ce système. Il s'agit notamment de : (i) l'absence d'un Plan Intégré de suivi et évaluation (PISE), (ii) l'inadéquation entre les résultats attendus et les ressources disponibles, et (iii) le déficit des mécanismes de redevabilité (MINSANTE, Rapport d'évaluation finale de la Stratégie Sectorielle 2001-2015).

Par ailleurs, le système connaît d'énormes difficultés dans la gestion des données sanitaires et leur exploitation, la planification et le suivi-évaluation.

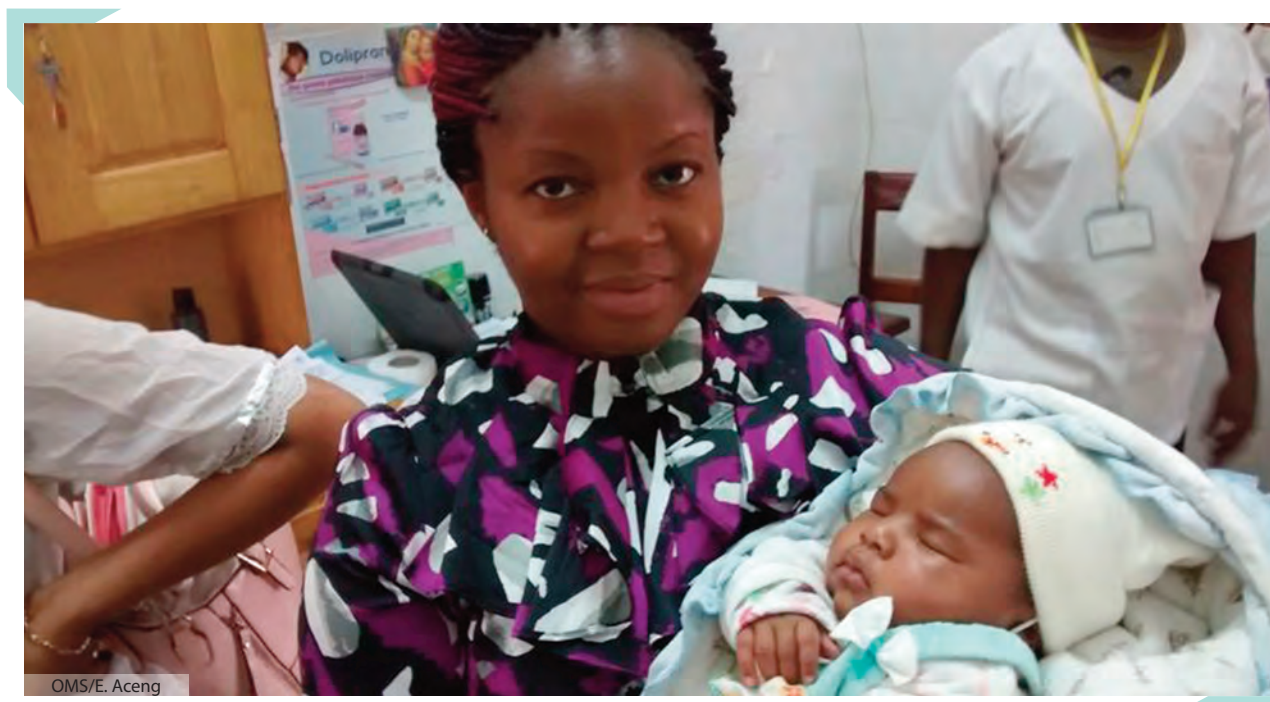


Tableau 8. Résultats du Système de Santé / Objectifs spécifiques de la SSS 2001-2015 - Objectif N°1 & N°2

Objectif spécifique N° 1 : "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";

Objectif spécifique N° 2 : "Amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours";

N°	Indicateur	Valeur de base	Cible	Résultat	Source
i.	Proportion de districts de santé consolidés	7%	80% des districts de santé ont achevé leur phase de consolidation	"faible évolution du taux de référence 7%)"	RAP Minsanté 2013 ⁴
ii.	Proportion de la population prise en charge à travers la mutualisation du risque maladie par région		Au moins 40% de la population nationale ; Au moins 01 mutuelle de santé fonctionnelle par DS	1,6% chez les hommes et 0,4% chez les femmes	EDS-MICS 2011 p.56
iii.	Ratio professionnel de santé/population	1,02‰	Au moins 1,5 pour 1000 habitants	1,23‰	RAP Minsanté 2013
iv.	Proportion de la population desservie par une formation sanitaire fonctionnelle située à une heure de marche	58%	Une formation sanitaire à une heure de marche pour au moins à 70% de la population	63,1%	RAP Minsanté 2013
v.	Dépense publique de santé par habitant	n.d.	Au moins de \$44,18 soit FCFA 20 000 environ	\$16,5 par habitant	CNS 2011 ⁵
vi.	Proportion de la dépense publique allouée à la santé	5,2%	au moins 15% du budget de l'État	5,01% ⁶	RAP Minsanté 2013
vii.	Indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé	40%	au moins 80% sont satisfaits de la qualité des services et soins de santé	n.d.	PETS 2010
viii.	Indice de perception de la corruption dans le secteur santé	7,56/10	inférieur à la moyenne nationale	n.d.	CONAC 2010 ⁷
ix.	Proportion de structures de santé dotées des ressources humaines en adéquation avec les normes du secteur	n.d.	Au moins 85% de la norme	n.d.	
x.	Pourcentage des structures sanitaires qui sont organisées et gérées conformément à la réglementation en vigueur	n.d.	Au moins 90%	n.d.	

⁴ Rapport Annuel de Performance du MINSANTE, 2013

⁵ Comptes Nationaux de la Santé 2011

⁶ Ce chiffre ne représente que la fraction du budget de l'État alloué au MINSANTE et non à tout le secteur santé.

⁷ CONAC. (2010) Stratégie Nationale de Lutte contre la Corruption 2010-2015

Tableau 9. Résultats du Système de Santé / Objectifs spécifiques de la SSS 2001-2015
Objectif N°3

Objectif spécifique N° 3 : "Réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables";

N°	Indicateur d'effet	Valeur de base	Cible	Résultat	Source
i.	Prévalence du VIH/SIDA	5,5%	Prévalence du VIH/SIDA <5,5%	4,3%	EDS-MICS 2011
ii.	Prévalence du VIH/SIDA chez les enfants de moins de 5 ans [proxy : prévalence du VIH chez les femmes enceintes]	7,4% (2004)	n.d.	5,6% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
iii.	Incidence du VIH/SIDA	3,1‰ (2001)	Diminution du nombre de nouveau cas de maladies de 50%	2,4‰ (2015)	Estimations Spectrum, Avril 2015
iv.	Prévalence du VIH/SIDA (15-49 ans)	5,5% (2004)	inférieure à 0,8% chez les filles et garçons 15 à 24 ans dans toutes les régions	4,3% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
v.	Prévalence des maladies non transmissibles [Proxy= Poids des maladies non transmissibles en DALYs/100 000 hbts]	23 081 (2000)	Réduction de 20%	22 753 (2010) Soit -1,4%	GBD-IHME, 2013 ⁸
vi.	Incidence du Paludisme [Proxy : taux de prévalence de la fièvre 6-59 mois]	237‰ (2004)	inférieure à 320‰	200‰ (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
vii.	Taux de mortalité spécifique du Paludisme [proxy= mortalité intrahospitalière due au Paludisme]	43% (2008)	Le taux de décès associés au Paludisme est inférieur à 10%	22,40% (2013)	Rapport PNLN 2008 et 2013
viii.	Incidence du paludisme dans la population active (25-55 ans) [Proxy : pourcentage de femmes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée]	0,8% (2004)	n.d.	41,6% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
ix.	Incidence de la Tuberculose [proxy : nombre de cas notifiés / 100 000 hbts]	113 (2003)	< 50 / 100 000 hbts	128 (2012)	PNLT 2015 ⁹
x.	Taux de décès associés à la Tuberculose	6% (2004)	Inférieur à 5%	6% (2012)	PNLT 2015
xi.	Épisodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale /100 000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
xii.	Nombre de patients ayant séjournés plus d'un an à l'hôpital pour un problème de santé mentale /100 000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Source : MINSANTE, évaluation finale SSS 2001-2015

⁸ IHME.(2013) Global Burden of Diseases. Institute of Health Metrics & Evaluation.Univ. of Washington/Seattle

⁹ MINSANTE. (2015) Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose 2015-2019

Tableau 10. Résultats du Système de Santé / Objectifs spécifiques de la SSS 2001-15 – Objectif N°4

Objectif spécifique N° 4 : "Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans"					
N°	Indicateur d'effet	Valeur de base	Cible	Résultat	Source
i.	Taux de mortalité néo natale	29‰ (2004)	Inférieur à 13 pour mille	28‰ (2013)	EDS 2004 UNICEF, 2014 ¹⁰
ii.	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	144‰ (2004)	Inférieur à 50 pour mille	95‰ (2013)	EDS 2004 UNICEF, 2014
iii.	Taux de mortalité des enfants de moins de 1 an	74,0‰ (2004)	Inférieur à 25 pour mille	61‰	EDS 2004 UNICEF, 2014

Tableau 11. Résultats du système de santé / objectifs spécifiques de la sss 2001-15 – objectif n°5

Objectif spécifique N° 5 : "Réduire de 2/5 la mortalité maternelle"					
N°	Indicateur d'effet	Valeur de base	Cible	Résultat	Source
i.	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	669	inférieur à 250 /100 000	782	EDS 2004 EDS-MICS 2011

Tableau 12. Résultats du système de santé / objectifs spécifiques de la sss 2001-15 – objectif n°6

Objectif spécifique N° 6 : (promotion de la santé)					
N°	Indicateur d'effet	Valeur de base	Cible	Résultat	Source
i.	Proportion de la population qui adopte des comportements sains spécifiques	n.d.	Au moins 90%	n.d.	
ii.	Proportion des populations n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique [Proxy: Prévalence de la sous-alimentation (%)]	31,7% (2000)	n.d.	10,7% (2015)	World Bank 2015
iii.	Prévalence de l'insuffisance de poids (modéré et sévère) (%)	5,9% (2004)	n.d.	6,2% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
iv.	Prévalence de retard de croissance (modéré et; sévère) (%)	31,7% (2004)	n.d.	32,5% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
v.	Prévalence de la déperdition (modéré et sévère) (%) [insuffisance pondérale]	22% (2004)	n.d.	14,6% (2011)	DS 2004 EDS-MICS 2011
vi.	Taux d'allaitement exclusif (%)	23,5% (2004)	n.d.	20,4% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
vii.	Taux d'allaitement continu (12-15 mois, 20-23 mois) (%)	n.d.	n.d.	n.d.	DS 2004 EDS-MICS 2011
viii.	Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps (%)	79,2% (2004)	n.d.	69,4% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011
ix.	Taux de malnutrition (12-23 mois) (%)	42,5% (2004)	n.d.	42,4% (2011)	EDS 2004 EDS-MICS 2011

¹⁰ UNICEF. (2014) Committing to child survival: A promise renewed. Progress report 2014.

4.2. Leadership et gouvernance

Le Cameroun dispose d'un cadre législatif et réglementaire de la gouvernance du secteur de la santé. L'Arrêté N°0019/PM du 13 février 2003 a mis en place un Programme National de Gouvernance, rattaché aux services du Premier Ministre avec des démembrements ministériels. Les grandes orientations de ce programme sont : (i) la promotion du partenariat entre secteur public/privé et société civile et d'une culture de la responsabilité dans la gestion des affaires publiques, (ii) l'amélioration de la transparence de l'appareil de l'Etat et (iii) la lutte contre la corruption.

Suivant le rapport d'évaluation de la SSS 2001-2015, plusieurs dysfonctionnements ont été observés dans la gouvernance et sont liés entre autres au (i) faible fonctionnement voire l'inexistence des structures de dialogue, (ii) l'absence de revues semestrielles et/ou annuelles des services de santé, (iii) l'insuffisance de transparence dans la gestion des ressources disponibles, (iv) la disparité dans les mécanismes de suivi et évaluation, et (v) l'insuffisance dans la gestion de l'information.

Les performances sont en inadéquation avec les ressources disponibles et l'importante contribution des ménages et des PTF au financement de la santé au Cameroun.

Le cadre juridique du système de santé est caractérisé par une multitude d'actes réglementaires aux dispositions parfois concurrentes, discordantes et obsolètes. Ceci s'explique probablement par : (i) le non-respect du circuit d'élaboration des instruments juridiques par les acteurs du système de santé, et (ii) la méconnaissance des instruments juridiques existants (MINSANTE, 2016).

Les progrès sont souvent rattachés à un individu, et s'estompent lorsque celui-ci change de fonction. Il y a urgence pour le MINSANTE d'investir sur des aspects structurels et organisationnels (procédures opérationnelles standardisées) afin de garantir la perennité des acquis.



OMS/M. Winkler

Tableau 13. Eléments de Leadership et de Gouvernance dans le système / secteur de santé

	Eléments de Leadership / Gouvernance	Functionalité	Particularités
1	Structure de Dialogue et de participation communautaire	Aire de Santé	Oui ♦ Comité de Santé de l'Aire /Comité de gestion ♦ Plupart sont pas fonctionnels : Mandats des représentants communautaires sont perimés
		District Santé / Hôpital district	Oui Comité de Santé de District/ comité de gestion / Comité de gestion Hôpital de District !
		Régional	09 sur 10 Fonds spécial régional pour la promotion de la santé dans chaque région (Celui de l'Extrême-Nord reste à mettre en place) NB : FRSPS a perdu progressivement son caractère de structure de dialogue et est devenu, par la volonté du Gouvernement, une structure administrative de Management, réduisant l'autre partenaire (communauté) à un rôle de figurant
		National	Non
2	Documents de politique nationale / Planification stratégique	Oui	SSS 2001/ 2015 ; PNDS 2012 - 15
		Oui	SSS 2016 – 27 ; PNDS 2016 - 20
3	Documents de planification opérationnelle	à tous les niveaux du système	Oui PNDS 2012-15 PPNDS 2016 – 20 Traduction partielle Régions/Districts de santé
4	Mécanismes intégrés de suivi et évaluation	Plan intégré de Suivi et évaluation (PISE) / SSS 2001-15	Plus ou moins ♦ Chaque structure et / ou programme dispose d'un plan de suivi et évaluation, ♦ Le PISE (validé dans la SSS 2001-15) n'a jamais été appliqué
5	Stratégie de financement	Système de santé	Oui Diffusé peut être, mais pas disséminé
6	Mécanismes de revue annuelle intégrée		Non Seuls les programmes spécifiques ont des revues annuelles
7	Comptes nationaux		Oui Elaborés avec le concours de l'Institut National de la statistique pour 2011 et 2012
	Stratégie de gestion	Ressources humaines / santé	Oui

Source : SSS 2016 - 27 ; Evaluation de la SSS 2001-15

4.3. Appropriation et participation communautaire

Le Cameroun a adhéré aux principes des SSP de la Déclaration d'Alma Ata en 1978. Cette déclaration mettait l'accent sur la prise en compte de la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé des populations. A cet effet, les communautés étaient invitées à participer dans l'analyse et la prise de décision sur des questions de santé.

La mise en œuvre initiale de cette réforme a connu quelques difficultés. En 1993, le pays a donc adopté la politique de réorientation de SSP. Cette politique proposait aux communautés un partenariat basé sur le co-financement et la co-gestion et devrait être sous-tendue par des structures de dialogue à tous les niveaux.

La mise en œuvre de cette politique n'est pas optimale. On note une faible implication des différents acteurs et notamment les communautés. Les parties prenantes n'avaient pas la même compréhension de la notion de partenariat communautaire. L'évaluation finale de la SSS 2001-2015 reconnaît que «Depuis la réorientation des SSP, peu de structures de dialogue participent à la mise en œuvre du principe de cofinancement et de cogestion (COSA, COGE, COGEDI, COGEH, COSADI, conseils d'administrations), ce qui réduit la redevabilité entre parties prenantes». L'implication des communautés et leur prise en compte dans les processus décisionnels restent encore faibles. Le nombre de structures de dialogue fonctionnelles dans la plupart des régions n'est pas connu. Au plan législatif et réglementaire, l'absence d'un cadre juridique de la participation communautaire et d'une politique sur la participation communautaire reste un frein à sa mise en œuvre optimale.

Au plan opérationnel, l'appui des collectivités territoriales décentralisées pour le développement et la mise en œuvre d'un processus de capacitation des communautés en matière de santé par les organisations de la société civile reste une opportunité à saisir. Depuis 2016, le MINSANTE a lancé la stratégie de prise en charge intégrée communautaire (PECIC) à travers les programmes prioritaires (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, nutrition, WASH) grâce aux interventions sous directives communautaires (ISDC).

La question de la participation communautaire devrait faire l'objet des préoccupations des décideurs pour une implication réelle des communautés dans la gouvernance.



Tableau 14. Situation de la participation communautaire au Cameroun en 2016

Année 2015	Pays	AD	CE	ES	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW
Population 2015		125 438	3 906 883	888 682	3 856 740	3 175 664	2 271 914	1 999 831	1 978 322	766 981	1 533 964
DRSP	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Districts de Santé		08	29	14	28	19	15	18	20	10	18
Aire de santé		97	248	105	243	161	112	204	221	104	178
Formations Sanitaires (Publiques et assimilées)											
CSI/CMA et assimilés		170	620	148	340	382	254	330	586	258	296
Hôpitaux de district		07	37	12	27	40	16	21	21	14	29
Hôpitaux Régionaux		01	01	01	03	02	01	01	01	01	02
Hôpitaux Nationaux			03			01					
Hôpitaux Généraux			04			02					
Structures de Dialogue / Participation Communautaire											
Nombre de COSA	NR		NR								
Nombre de COGE	NR		NR								
Nombre de Cogestion HD	NR		NR								
Nombre de COSADI	NR		NR								
Nombre de COGEDI	NR		NR								
Nombre FRPS		1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Médicaments et Propharmacies											
Nombre de CAPP	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Points de vente des MEG /FOSA Publiques		178	658	161	370	424	271	352	608	273	327

Source : Cellule des Informations Sanitaires / MINSANTE– Cameroun, Carte Sanitaire 2015

4.4. Partenariats pour le développement de la santé

Le MINSANTE a développé une stratégie partenariale suivant l'arrêté N°1433/A/MSP/DCOOP/CPAT du 16 Août 2007. La Division en charge de la coopération anime et coordonne les actions des partenaires nationaux et internationaux.

Sur le plan national, des partenariats ont été développés avec les secteurs public, privé confessionnel et laïc (OCASC, CEPKA, Fondation Ad Lucem, Organisation Islamique, etc.) ainsi qu'avec les ONG et associations nationales intervenant dans le domaine de la santé.

Sur le plan international, les partenaires sont bilatéraux et multilatéraux. La contribution de la coopération multilatérale est prédominante à travers l'International Health Partnership (IHP+), les principales agences spécialisées du Système des Nations-Unies, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, la Banque Islamique de Développement, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et UNITAID.

La coopération bilatérale est multiple (USAID, AFD, KFW, GIZ, CDC, etc.) et s'est enrichie de nouveaux partenaires comme PEPFAR et la coopération Coréenne (KOICA). Plusieurs ONG interviennent aussi dans la mise en œuvre des programmes de santé. Les principaux domaines de partenariat avec le MINSANTE concernent : l'appui budgétaire, le financement des interventions spécifiques et l'appui institutionnel (suivi-évaluation, contractualisation, renforcement des districts de santé). Ces financements sont utilisés pour la construction et la réhabilitation des infrastructures, l'achat des équipements, des médicaments et des consommables médicaux, le renforcement des capacités des ressources humaines et la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé.

Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, le MINSANTE et les PTF ont convenu d'un cadre de concertation des partenaires en santé pour soutenir le pays dans la mise en œuvre de sa SSS. Au-delà de ce cadre, il faudrait un véritable alignement des PTF aux priorités nationales.



Tableau 15. Eléments de Partenariat pour le développement de la Santé au Cameroun (situation de 2016)

Stratégie partenariale	Oui	♦ Développée
Partenariat National	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Départements Ministériels et Administrations sous-tutelles, entreprises publiques et privées, collectivités territoriales décentralisées, ONG et Associations! <p>NB : Capacités institutionnelles et Techniques de coordination actuelles ne sont pas suffisantes pour animer rentabiliser le Patrimoine Partenarial</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ L'arrêté N° 1433/A/MSP/DCOOP/CPAT a fixé le cadre réglementaire
Partenariat International	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Membre des partenariats locaux pour la santé à l'instar d'International Health Partnership (IHP+) ♦ Coopération avec partenaires bilatéraux et multilatéraux soutenant la santé à l'échelle internationale
Harmonisation et alignement à l'approche des Soins de Santé primaires	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Réorientation de la Politique de mise en œuvre des soins de santé primaires (1993) ♦ Viabilisation des districts de santé
Approche sectorielle	Oui	
Partenariats Public-Privés	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Fondation Ad-Lucem au Cameroun ♦ OCAS ♦ CEPCA
Partenariats Public - Publics	Oui	

Minsanté / DCoop, stratégie partenariale, 2007



OMS

4.5. Informations sur la santé, preuves et connaissances

L'organisation du MINSANTE prévoit un SNIS alimenté par plusieurs types de sources. La verticalisation des programmes de santé a plutôt créé une multiplicité de sous-systèmes d'information non intégrés et d'outils de collecte de données non harmonisés. Cette fragmentation est aggravée par certains partenaires qui ont mis en place leur propre système de collecte et de transmission des données. L'enregistrement des informations sanitaires et leur exploitation pour la prise de décision sont faiblement assurés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le système de collecte de routine livre très souvent des informations insuffisantes qui sont quelquefois erronées, contradictoires et incomplètes. La collecte de l'information n'obéit pas toujours aux standards internationaux, ce qui rend difficile la comparabilité avec les autres pays. Le système d'information repose donc en grande partie sur des enquêtes et des publications.

Les efforts de la Cellule des Informations Sanitaires (CIS) du MINSANTE sont perceptibles à travers la mise en œuvre du DHIS2 et le lancement du Cameroon Health Data Collaborative (CHDC), et constituent un début dans la production d'une information de qualité.

Le CHDC est une plateforme pour l'alignement des ressources et de partage de l'information y compris celles non produites par le SNIS. Dans cette optique, le pays est actuellement engagé dans la réforme de l'état civil pour compléter l'information sanitaire relative aux naissances et aux décès.



Tableau 16. Sources de données en informations sanitaires au Cameroun

	Fréquence	Particularités
Sources domestiques		
SNIS de routine		
Rapports structures sanitaires	Mensuelle	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Disponibilité de logiciel d'informations sanitaires au niveau du District de Santé ♦ Exploitation des données très partielle /site collecte! ♦ Complétude et Promptitude partielles !
Système intégré de Maladies et Riposte (SIMR)	Hebdomadaire Mensuelle	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Intégré dans le SNIS ♦ Données collectées et transmises chaque semaine à travers la flotte / ces données insérées dans le Rapport Mensuel d'activités
Rapports Programmes	Annuel	
Enquêtes nationales		
EDS	Tous les 07 ans	2011
MICS	Tous les 04 ans	2004 ; 2011 ; 2014
ECAM	Tous les 05 ans	
RGPH		♦ Trois recensements (dernier en 2005)
Etat civil		
Déclaration de naissance	Mensuelle (Max)	Enregistrement à l'Etat civil
Actes de divorce		
Décès		Enregistrement non systématique
Décès maternels	Hebdomadaire	Notification non systématique/ Autopsie verbale expérimentale
Actes de décès		
Ministère de la Santé Publique		
		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Directions Techniques : Annuel ♦ Programmes Spécifiques : Annuel ♦ DRSP : Annuel ♦ Structures sanitaires : Mensuel
Instituts / Centres de recherche affiliés au Minsanté		
CIRCB ; CPC ; CRACERH;	Annuel	♦ Publication des résultats d'une étude en temps réel

Tableau 16. Sources de données en informations sanitaires au Cameroun

	Fréquence	Particularités
Autres Administrations : MINRESI ; MINESUP ; MINADER; MINEPIA ; MINFOF ; MINEP ; MINCOMMERCE ; MINAS ; MINEE ; MINTSS ; MINADT ; MINDEF ; DGSN	Annuel	
Instituts de formation : Académiques et Professionnelles publiques ou privées et écoles de formation professionnelles (infirmiers et autres personnel de la santé)	Annuel	
Instituts et Laboratoires de Recherche : INS ; IFORD ; CIRCB ; ANRS ; IRGM ; ANRP ; LANAVET ; OCEAC ; IMPM ; CPC ; IRAD ; CRESAR ; Jhon Hopkins ; Centre Biotechnologie / UY1 ; IRESCO ; BU-CREP ; CDBPSH ; etc.	Annuel	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Publication des résultats d'une étude en temps réel
Partenaires au Développement : OMS ; Banque Mondiale ; UNICEF ; UNFPA ; PAM ; PNUD ; HCR ; GIZ ; AFD ; JICA ; MSF ; Care Cameroun ; Plan Cameroun ; HKI ; IRD ; OCEAC ; PPSAC ; EDCTP ; ONUSIDA ;	Annuel	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Données généralement basées sur les estimations; ♦ Faiblesse de la dissémination des rapports d'activité; ♦ Publication des résultats d'une étude en temps réel.
Sources internationales		
OMS ; Banque Mondiale ; UNICEF ; UNFPA ; PAM ; PNUD ; HCR ; GIZ ; AFD ; JICA ; MSF ; Care Cameroun ; Plan Cameroun ; HKI ; IRD ; OCEAC ; PPSAC ; EDCTP ; ONUSIDA ;		Les données sont généralement basées sur les estimations; Souvent recherchées sur bases de données bibliographiques
UNdata		

Source: SSS 2001-15; 2016 – 27 ; EDS ; MICS ; ECAM ; MSP /Stratégie de financement du Secteur de la Santé

4.6. Recherche en santé

La prise de décision utilisant les bases factuelles devient de plus en plus une réalité dans le système. A titre illustratif, la fidélisation du personnel de santé dans les zones difficiles d'accès s'est inspirée d'une note d'information produite par le Centre des Bonnes Pratiques.

Toutefois, la restitution et la dissémination des résultats des travaux de recherche ne sont pas systématiques. Pourtant, l'un des préalables obligatoires des dispositions de la Décision N°0689/D/MIN-SANTE/SG/DROS du 29 juillet 2009 portant conditions de délivrance de l'Autorisation Administrative de Recherche en Santé Humaine au Cameroun est l'engagement du chercheur principal à la restitution des résultats des travaux de recherche. Malgré le nombre de Facultés de médecine, d'Écoles de formations des sages femmes et autres personnels infirmiers et de chercheurs individuels, la DROS/MIN-SANTE indique n'avoir délivré qu'une moyenne de 21 autorisations administratives de recherche par an depuis 2006. Par ailleurs, la plupart des rapports desdites recherches ne sont pas déposés à la DROS.

Le Transfert-Application et Echanges de Connaissances, « Knowledge Translation en anglais » est peu assuré. Ceci traduit une insuffisance dans la gestion des savoirs et notamment l'élaboration des notes d'informations stratégiques/« Policy briefs » et des revues systématiques (Systematic review) pour permettre au décideurs de prendre des décisions informées. Le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé basé au MINSANTE n'est pas fonctionnel.

La régulation de la recherche a été renforcée par la création d'un Comité National et des Comités Régionaux d'Éthique pour la recherche en santé humaine, même si seuls 3 comités d'éthique régionaux sont fonctionnels : Centre, Sud et Sud-Ouest.

La recherche opérationnelle est faiblement menée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Encadré 1. Encadrement juridique de la recherche en santé humaine au Cameroun

- La Loi N°96-03 du 04 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé
- Le Décret No 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique ;
- Le Décret N°2011/408 du 09 décembre 2011 portant organisation du gouvernement ;
- L'Arrêté N°0977/A/MINSANTE/SESP/SG/DROS du 18 avril 2012 portant Création, Organisation et Fonctionnement des Comités d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine au sein des Structures relevant du Ministère en charge de la Santé Publique qui, a abrogé l'Arrêté N° 0791A/MSP/DS du Ministre de la Santé Publique du 22 octobre 1987 portant Création et Organisation d'un Comité d'Éthique sur la Recherche Impliquant les Êtres Humains;
- La Décision N°0286/D/MSP/CAB du 05 juillet 2004 portant Création d'une Commission Consultative Scientifique et Stratégique de la Recherche en Santé au Ministère de la Santé Publique;
- La lettre circulaire N°D36/LC/MINSANTE/SG/DROS/YC du 09 Février 2011 relative à la mise en œuvre de la recherche opérationnelle au Cameroun

Encadré 2. Code éthique

Particularité

L'arrêté N°0977/A/MINSANTE/SESP/SG/DROS du 18 avril 2012 organise le système d'évaluation éthique au Cameroun à 03 niveaux : institutionnel, National et Régional

☒ Comité National d'Éthique et de Recherche pour la Santé humaine (CNERSH) : 10 comités d'éthique régionaux en création

Par ailleurs : 20 comités d'éthiques institutionnels et associations oeuvrant dans le domaine de l'éthique localisés à Douala, Yaoundé, Buea et Bamenda (étude ONG COPES-AOC)

Encadré 3. Coordination et suivi des activités de recherche :

Particularité

- | | |
|--|-------------|
| - Structure de coordination | Non |
| - <i>Clairance administrative de recherche (Décision N°0689/D/MINSANTE/SG/DROS du 29 juillet 2009) Obligatoire</i> | Obligatoire |
| - Clairance éthique de recherche | Obligatoire |

Encadré 4. Acteurs de la recherche en santé au Cameroun

- **Ministère de la Santé Publique** : Directions Techniques ; Programmes prioritaires structures sanitaires;
- **Instituts / Centres de recherche affiliés au Minsanté** –CIRCB ; CPC ; CRACERH_ ;
- **Autres Administrations** – MINRESI ; MINESUP ; MINADER ; MINEPIA ; MINFOF ; MINEP ; MINCOMMERCE ; MINAS ; MINEE ; MINTSS ; MINADT ; MINDEF ; DGSN
- **Instituts de formation** : académiques et Professionnelles publiques ou privées et écoles de formation professionnelles (infirmiers et autres personnel de la santé)
- **Instituts et Laboratoires de Recherche** : INS ; IFORD ; CIRCB ; ANRS ; MINEPIA ; IMPM ; CPC ; IRAD ; CRE-SAR ; Jhon Hopkins ; Centre Biotechnologie / UY1 ; IRESCO ; BUCREP ; CDBPSH ; etc.
- **Partenaires au Développement** : OMS ; Banque Mondiale ; UNICEF ; UNFPA ; PAM ; PNUD ; HCR ; GIZ ; AFD ; JICA ; MSF ; Care Cameroun ; Plan Cameroun ; HKI ; IRD ; OCEAC ; PPSAC ; EDCTP ; ONUSIDA ;

Sources: Plan Stratégique de la Recherche Opérationnelle pour la Santé humaine au Cameroun 2014-2018

Tableau 21. Caractéristiques des recherches autorisées (autorisations administratives) par la Division de la Recherche Opérationnelle (DROS) du MINSANTE entre 2006 et 2016

Thématiques	Années											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
VIH	7	7	4	10	10	4	4	13	9	10	5	65
Paludisme	1	3	1	1	1	7	1	3	3	4	2	22
Maladies infectieuses	5	5	0	2	4	3	3	5	5	8	4	34
Ulcère de Buruli	1	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	4
Santé de reproduction	0	3	0	0	1	0	4	0	0	1	3	9
Maladies chroniques non transmissibles	0	2	2	0	0	2	1	3	2	4	4	16
Nutrition	0	2	0	2	1	1	1	0	0	0	0	5
Tuberculose	0	2	1	0		0	2	3	1	3	2	11
Systèmes de santé	0	4	3	3	0	3	2	2	6	9	1	26
Santé mentale	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
IST	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Autres	2	2	2	3	5	3	1	4	3	0	9	28
Total	16	32	14	23	23	25	21	33	29	39	31	224

Source : MINSANTE / DROS, 2016

Tableau 22. Pourcentage par type de recherche enregistrés à la DROS / MINSANTE entre 2006 et 2016

Type	Années											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Recherche épidémiologique	50	79	58	69	62	65	80	64	83	72	59	67
Recherche clinique	25	6	26	15	19	29	15	15	10	15	19	18
Evaluation	25	12	11	12	13	0	0	12	0	13	13	10
Essai clinique	0	3	5	4	6	6	5	9	7	0	9	5

Source : MINSANTE / DROS, 2016

4.7. Système de financement de la santé

Les comptes nationaux de la santé (CNS) sont disponibles uniquement pour les années 2011 et 2012.

En 2012, les ménages ont participé à plus de 70% au financement de la santé (paiements directs) soit environ 474,5 milliards de FCFA. Près d'un tiers de ces dépenses est consacré à l'achat des médicaments. Le financement des ménages au Cameroun se classait comme la troisième contribution la plus importante en Afrique sub-saharienne après le Soudan et le Nigéria (SSS 2016-2027).

Le gouvernement a participé pour 14,54% soit 98,547 milliards de FCFA au financement de la santé. Par ailleurs, la part du budget de l'Etat alloué à la santé a varié entre 3,5% et 5,9% au cours des dix dernières années dont 95,5% au MINSANTE.

Les financements extérieurs varient entre 10% et 20% selon les années.

L'Etat a mis en place une politique de gratuité des médicaments pour certaines maladies courantes (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, etc.), la vaccination et des services de soutien à certaines cibles (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, etc.). Toutefois, cette politique de gratuité n'est pas systématiquement appliquée, faute de mécanisme formel de compensation.

Figure 32: Financement de la Santé au Cameroun, 2011-2012

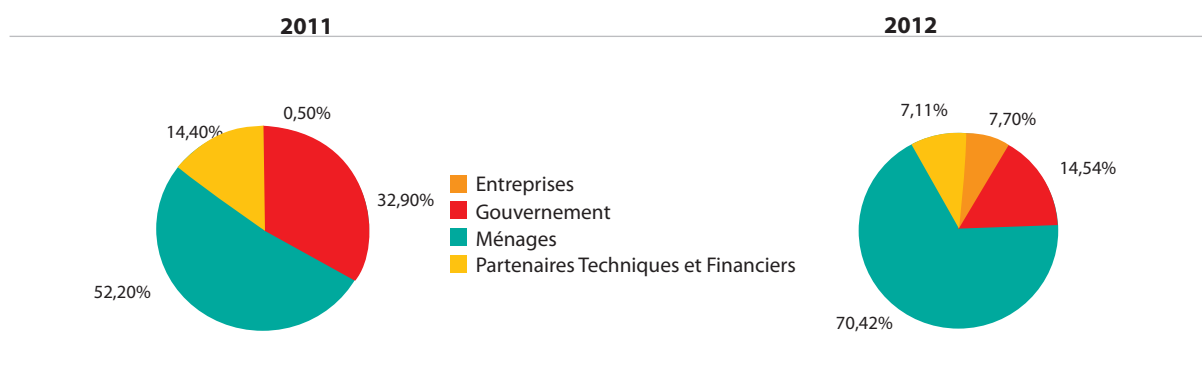
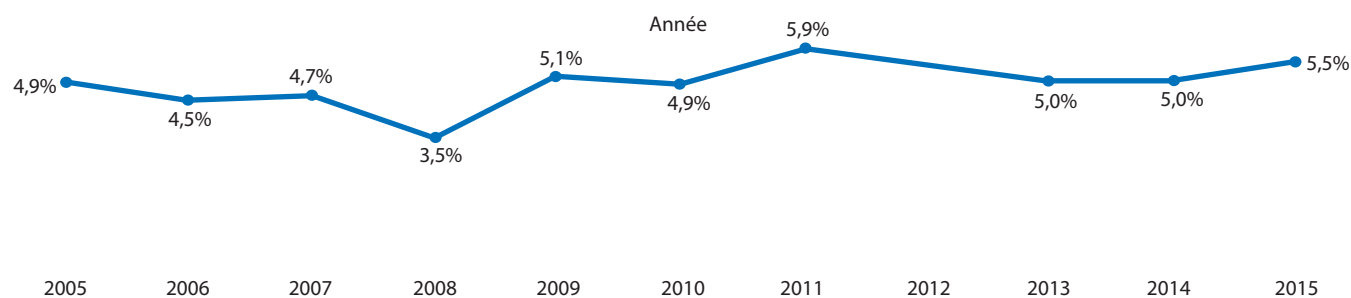


Figure 33. Evolution Budget de l'Etat alloué à la Santé, 2005-2015



Source : CNS 2011, 2012; Lois des finances 2005-2015

Financements Publics de la Santé

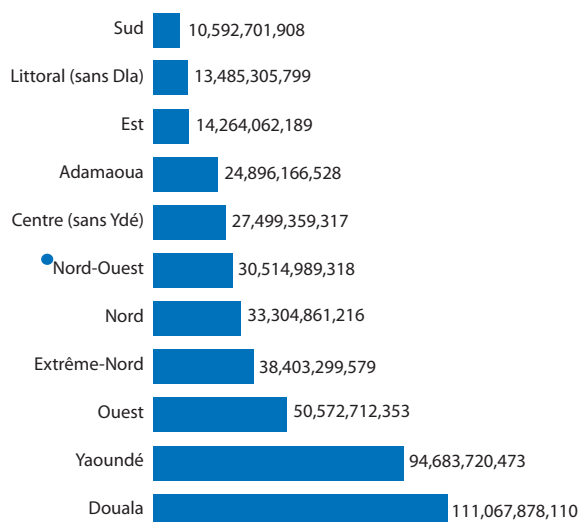
Tableau 23. Répartition par Ministère du Budget (en millions de F CFA) de l'Etat dans le secteur Santé en 2015

Structure	Montant
Ministère des Petites et Moyennes Entreprises, de l'Economie sociale et de l'artis..	3
Ministère des Postes et Télécommunications	4
Ministère des Forêts et de la Faune	4
Ministère des Mines, de l'Industrie et du Développement Technologique	5
Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale	7
Ministère de l'environnement, de la Protection de la Nature et du Développement d..	9
Ministère du Tourisme et des Loisirs	9
Ministère des Domaines, du Cadastre et des Affaires Foncières	12
Ministère de l'Eau et de l'Energie	17
Ministère des Finances	23
Ministère de l'Elevage, des pêches et Industries Animales	29
Ministère de l'Enseignement Supérieur	36
Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation	38
Ministère de l'Education de Base	101
Délégation Générale à la Sûreté Nationale	281
Ministère de la Défense	283
Ministère de la Santé Publique	207 066

Source : Loi des finances 2015

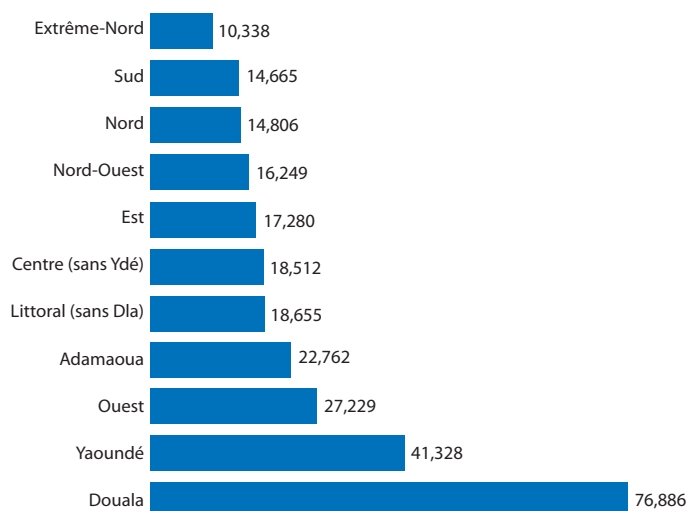
Financements Privés (Dépenses des ménages)

Figure 34. Dépenses totales des ménages à la Santé par région en 2012



Source : Comptes nationaux de santé 2012

Figure 35. Dépenses des ménages à la Santé par région, par tête d'habitant en 2012



Financements Extérieurs (Partenaires Techniques et Financiers)

Tableau 24. Répartition des financements pour la Santé par Bailleur entre 2011 et 2015 au Cameroun

	2011	2012	2013	2014	2015	Total par bailleur
Autres Financements à rechercher	3 000 000	35 844 716	67 843 087	85 373 041	96 160 040	288 220 884
BAD	1 219 905	0	0	0	0	1 219 905
Banque Mondiale	4 154 903	30 000	0	0	0	4 184 903
C2D	28 604 270	15 000	15 000	0	0	28 634 270
Etat	114 534 151	129 962 847	135 620 207	131 239 332	132 830 651	644 187 188
Fonds de contre partie	326 422	0	0	0	0	326 422
GAVI	9 619 671	11 281 327	15 396 219	14 078 942	15 716 486	66 092 645
Global fund	43 070 460	51 407 293	56 441 934	69 912 896	71 213 564	292 046 147
GIZ	23 900	20 500	0	0	0	44 400
HKI	5 000	97 318	27 557	2 557	102 557	234 989
KFW	1 637 500	0	0	0	0	1 637 500
OMS	935 893	1 440 108	526 394	686 699	909 605	4 498 699
PLAN CAMEROON	0	0	7 500	0	0	7 500
Sabine Vaccine Institute (SVI)	15 000	15 000	0	0	0	30 000
UNESCO	238 312	0	0	0	0	238 312
UNFPA	2 951 0250	0	0	0	0	2 951 025
UNICEF	1 750 595	3 327 288	527 960	498 146	2 684 449	8 788 438
TOTAL par année	212 087 007	233 441 397	276 405 858	301 791 613	319 617 352	1 343 343 227

Source: PND 2012-2015

Tableau 25. Contributions des Partenaires Techniques et financiers par Programme (Milliards de F CFA)

Domaines	Contribution	Pourcentage
Santé de la Mère, de l'Enfant et des Adolescents	22	33,8%
Lutte contre la Maladie et Promotion de la Santé	25	38,4%
Viabilisation du District de Santé	18,1	27,8%
Total	65,1	

Source: D Coop_2015 / Minsanté



OMS

4.8. Prestations de services et de soins

Le système de santé dispose de deux types d'offres de services et de soins : les SSP et les soins de santé secondaires et tertiaires. Cette offre est soutenue par des interventions de plusieurs organisations et comités techniques.

Les SSP constituent la stratégie fondamentale d'offres de services et de soins de santé. L'offre de services et de soins repose sur les stratégies fixes et avancées. Les FOSA sont classées en sept catégories : (i) les hôpitaux généraux, (ii) les hôpitaux centraux, (iii) les hôpitaux régionaux, (iv) les hôpitaux de district, (v) les centres médicaux d'arrondissement, (vi) les centres de santé intégré et (vii) les centres de santé ambulatoires (Décret N° 2013/093 du 3 Avril 2013 portant organisation du MINSANTE). Cependant, on note l'application insuffisante de certains principes de base des SSP tels que la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la disponibilité des technologies sanitaires appropriées, l'équité et la justice sociale. Ces facteurs limitent l'accès optimal des populations aux interventions du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et du Paquet complémentaire (PC). Par ailleurs, la qualité des services et des soins reste insuffisante, à tous les niveaux, en raison des plateaux techniques (matériels et ressources humaines) peu adéquats, d'une faible culture d'amélioration continue de la qualité (maintenance des équipements, formation continue, etc.), d'un système de référence/contre référence peu fonctionnel, et de la faible disponibilité des médicaments et consommables médicaux essentiels.

Par ailleurs, les populations ont également recours à la médecine traditionnelle pour des raisons socio-culturelles et économiques.

L'organisation et le fonctionnement non optimaux des structures de dialogue réduisent l'implication des populations dans l'analyse situationnelle et la réponse à leurs problèmes de santé.



OMS/S. Hawkey

Tableau 26. Soins de Santé primaires, secondaires et tertiaires – Organismes et comités techniques

Soins de Santé Primaires	Particularités
<p>- Paquet minimum d'activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Education pour la santé ▪ Nutrition ▪ Santé maternelle et infantile ▪ Assainissement de base ▪ Approvisionnement en Eau salubre ▪ Vaccination contre grandes maladies infectieuses, prévention et contrôle des épidémies locales ▪ Traitement des maladies et blessures courantes ▪ Fourniture médicaments essentiels <p>- Structures de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de Santé /CMA / Aires de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation communautaire ▪ Partenariat (État et Communautés) basé sur: <ul style="list-style-type: none"> o Le Co financement o La Cogestion
Soins de santé secondaires et tertiaires	Particularités
<p>- Paquet complémentaire d'activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge <ul style="list-style-type: none"> o Maladies Transmissibles ; o Maladies Transmissibles ; o Maladies chroniques ; o Accidents et violences <p>- Structures de santé</p> <p>Hôpitaux de districts ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpitaux regionaux ; ▪ Hôpitaux Nationaux ; ▪ Hôpitaux de référence ; ▪ Mise en place des infrastructures /Programme 	<p>Plusieurs enquêtes : EDS; MICS 4 et 5; ECAM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladies non transmissibles et traumatismes en recrudescence ▪ Maladies bucco dentaires ▪ Accidents de la voie publique ! <p>Santé mentale ; lutte contre la drogue, le tagisme</p> <p>Services spécialisés</p>
Organismes et comités techniques	Particularités
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) ▪ Le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) ▪ Centrale Nationale d'Approvisionnement en et consommables Médicaux Essentiels (CENAME) ▪ Centre Hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et de reproduction humaine (CHRACER) ▪ Laboratoire National de contrôle de qualité des médicaments et d'expertise (LANACOME) ▪ Centre international de référence chantal Biya pour la recherche et la prise en charge du VIH (CIRCB) ▪ Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) 	

Source : MINSANTE, SSS 2001-2015 ; PNDS 2012-2015

Tableau 27 : Quelques Indicateurs Traceurs des prestations de santé et services de soins

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

Source : SSS 2016-2027



Figure 36. Evolution couverture vaccinale 2011-2014

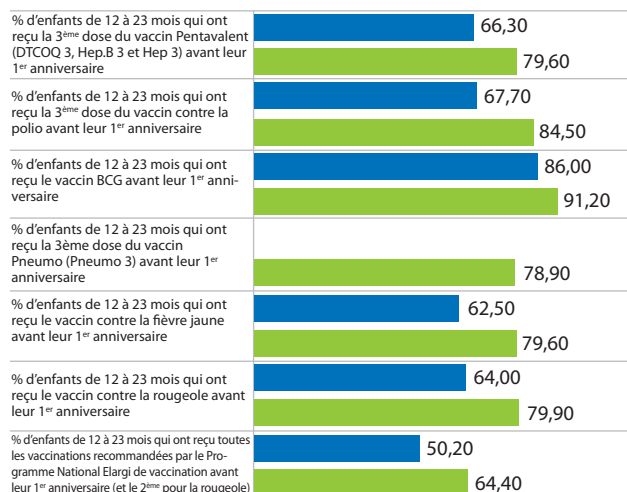
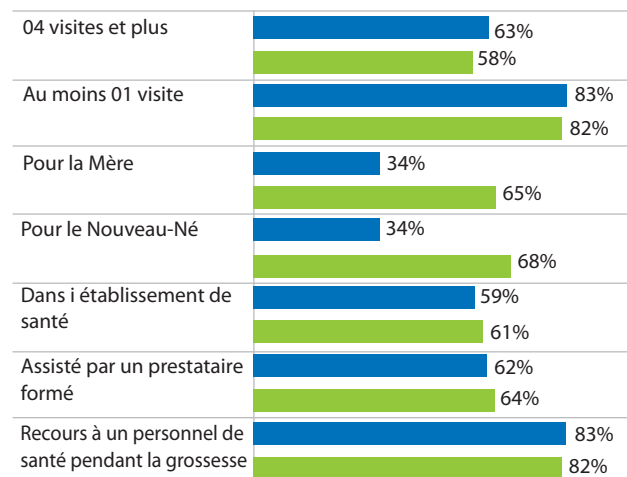


Figure 38. Utilisation Contraception 2011-2014

Type	Méthodes	2011	2014
Méthodes Modernes	Condom féminin	0.10	0.10
	Condom masculin	7.60	7.30
	Implants	0.70	1.30
	Injections	3.00	4.50
	MAMA	0.30	4.90
	Pilules	1.90	2.30
Méthodes traditionnelles	Stérilisation féminine	0.50	0.20
	Abstinence périodique	6.70	11.30
	Autres	0.40	0.50
N'importe quel	Retraits	1.80	1.50
	N'importe quelle méthode	23.40	34.30
Aucune méthode	Aucune méthode	76.60	65.60

Figure 40. Couverture intervention Santé Maternelle. 2004-2014



Source : EDS 2014, EDS-MICS 2011, MICS 2014

Figure 37. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (ayant reçu tous les vaccins) par région, 2004-2014

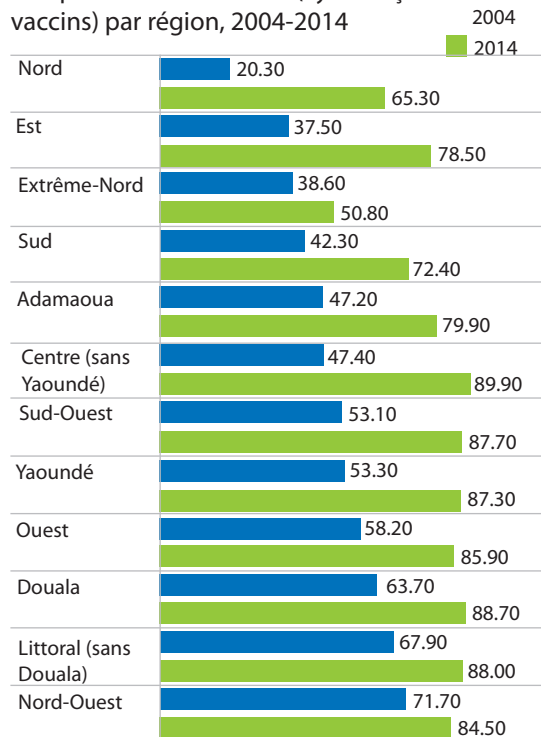
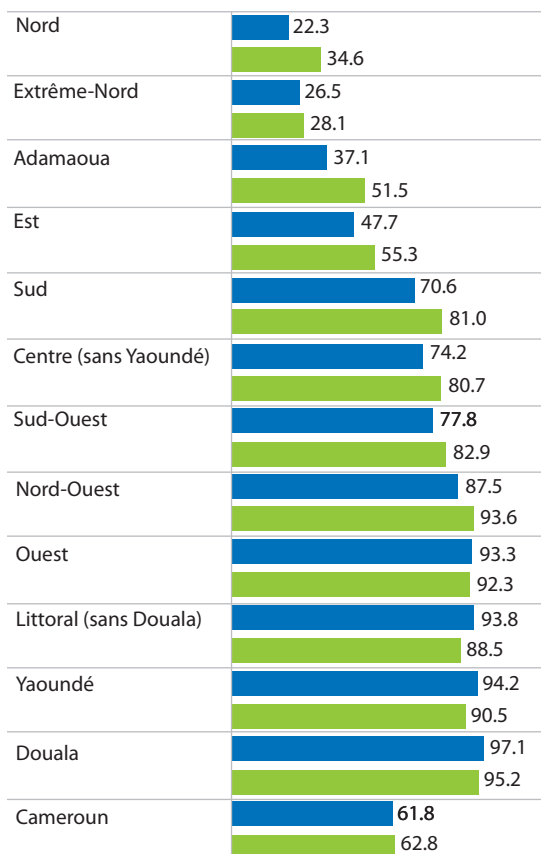


Figure 39. Proportion Accouchement assistés par un personnel qualifié-Région, 2004-2014



4.9. Ressources humaines pour la santé (RHS)

Un Recensement général du personnel de santé (RGPS) a été effectué en 2011 suivi de l'élaboration d'un Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) en 2013 (MINSANTE/DRH, 2013). En 2011, on dénombrait 38 207 personnels dont 25 183 personnels dans le public (66%) et 13 024 (34%) personnels dans le privé. Ce personnel se déclinait en 1 842 médecins, 18 954 para-médicaux et 17 411 personnels administratifs et d'appui dont plus du tiers dans les services centraux.

En 2011, le ratio personnel de santé (médecin, sage-femme, infirmier, pharmacien)/population était de 1,07 personnel pour 1000 habitants (norme de l'OMS: 2,3 personnels pour 1000 habitants). De façon spécifique, on notait dans le sous-secteur public: 1 infirmier pour 3157 habitants et 1 médecin pour 11 335 habitants ainsi qu'une inégale répartition géographique du personnel et une forte centralisation de leur gestion. Les régions du Centre, du Littoral et de l'Ouest, à travers les grandes villes de Yaoundé, Douala et Bafoussam, regorgent de plus de 55% des personnels contre 10% seulement pour les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Sud.

Le PDRH de 2013 a retenu trois axes stratégiques à savoir : (i) l'amélioration de la gestion et de la gouvernance des RHS, (ii) le renforcement de la production des RHS et (iii) le renforcement de la veille stratégique sur les RHS.

C'est ainsi que le Gouvernement s'est engagé depuis quelques années dans une politique (i) de production des RHS (formation Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes, Sages femmes, personnels para médico-sanitaires) (ii) de renforcement de la formation continue, et (iii) de recrutement et de gestion des RHS dont l'une des déclinaisons les plus récentes est la politique de fidélisation du personnel dans les zones difficiles d'accès.

Six ans après l'élaboration du PDRH, il est urgent d'inscrire l'inventaire du personnel dans le système d'information de routine pour assurer un monitoring en temps réel.



OMS/A. Gumulira

Tableau 28. Ressources humaines 2011 du système de santé public

2011	Régions											
	AD	CE	EST	Diaspora	EN	LIT	NO	NW	OU	SU	SW	Total
Population (2011)	1 069 121	3 617 321	822 819	0	3 571 315	2 940 306	2 103 535	1 851 617	1 831 702	710 138	1 420 277	19 938 151
ARC	3	26	27	0	131	6	11	47	97	11	8	367
Assistant social	1	54	1	0	9	9	3	0	12	5	11	105
Autres Professionnels santé	7	305	55	1	176	508	26	499	555	44	237	2 413
Personnel administratif	47	770	58	0	69	191	58	184	131	64	152	1 724
Chirurgien-dentiste	4	22	0	0	4	17	1	2	3	3	2	58
Commis pharmacie	5	133	42	0	166	137	92	211	234	24	134	1 178
Infirmiers	817	4 512	874	3	173	3 276	965	1 590	2 599	781	1 804	18 954
Médecin généraliste	38	500	53	72	71	307	42	82	116	45	94	1 420
Médecin spécialiste	16	192	5	7	10	127	3	9	26	11	16	422
Paramédicaux	176	1 343	204	2	342	786	160	377	593	175	368	4 526
Personnel d'appui	77	1 401	120	0	816	1 534	227	844	726	100	828	6 673
Pharmacien	7	38	4	0	12	40	8	2	26	4	21	162
Tradi-praticien / matrone	0	0	0	0	189	0	10	0	1	1	4	205
Total	1 198	9 296	1 443	85	3 728	6 938	1 606	3 847	5 119	1 268	3 679	38 207
Pourcentage	3,14%	24,33%	3,78%	0,22%	9,76%	18,16%	4,20%	10,07%	13,40%	3,32%	9,63%	100%

Source: Ministère de la Santé Publique / DRH, 2011



WHO/S. Gborie

4.10. Produits médicaux, vaccins, infrastructures et équipements

La gestion des médicaments et des produits médicaux repose sur le Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME). Il dispose des structures de conception des politiques (Direction technique en charge du médicament et des laboratoires) au niveau central, une Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux essentiels (CENAME) et ses démembrements régionaux et les pharmacies des FOSA. A côté de cela, il existe des centrales d'achat et des officines de pharmacie privées. Plus de la moitié des officines que compte le pays se retrouvent dans les villes de Douala et de Yaoundé. Les autres officines sont essentiellement localisées dans les chefs lieux de régions et dans certaines villes secondaires. La tarification des médicaments essentiels est harmonisée au niveau national. A la différence des autres produits médicaux, le vaccin est exclusivement géré par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui dispose de sa chaîne logistique.

En ce qui concerne la transfusion sanguine, l'accessibilité aux produits sanguins reste très limitée. Même si des banques de sang existent dans les grandes villes du pays, elles ne répondent pas toujours aux normes. Pour apporter une réponse à cette problématique, un Programme national de transfusion sanguine a été mis en place à la faveur de l'Arrêté N° 026/CAB/PM du 18 Mars 2013 portant création organisation et fonctionnement du Programme National de Transfusion Sanguine au Cameroun. Sa mission principale est d'assurer la disponibilité, la qualité et la sécurité de la transfusion sanguine. Il est prévu la création d'un centre national et de dix centres régionaux de transfusion sanguine.

Les infrastructures et les équipements sont insuffisants en quantité, en qualité et inégalement répartis sur l'étendue du territoire. Même si une politique de maintenance hospitalière existe, la maintenance préventive reste limitée aux hôpitaux de première et deuxième catégories. Quant à la maintenance curative, elle est insuffisante à tous les niveaux.

Les unités spécialisées telles que l'imagerie et l'hémodialyse sont disponibles au niveau des chefs-lieux des régions. Les autres unités spécialisées sont assez mal réparties ou absentes dans certaines régions.



WHO/E. Kabambi Kabangu

Tableau 29. Produits Médicaux, Vaccins, Infrastructures et Equipements (1)

Année de référence: 2015	Pays	AD	CE	EST	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW
Population		1 125 438	3 906 883	888 682	3 856 740	3 175 664	2 271 914	1 999 831	1 978 322	766 981	1 533 964
Districts de santé											
Aire de santé		97	248	105	243	161	112	204	221	104	178
Structures de santé publiques											
CSI / CMA et assimilés		170	620	148	340	382	254	330	586	258	296
Hôpitaux de district		07	37	12	27	40	16	21	21	14	29
Hôpitaux Régionaux		1	1	1	3	2	1	1	1	1	2
Hôpitaux Nationaux			4			1					
Hôpitaux Généraux			3			2					
Disponibilité du Médicament											
Approvisionnement en MEG + consommables	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prix moyen MEG	oui										
Pharmacies Hospitalières			7			3					
Points de vente MEG et consommables / FOSA		178	645	161	370	421	271	352	608	273	327
Officines (2012)	340	10	101	10	13	107	16	12	36	13	22
Vaccins											
Unité Regionale de chaine de froid		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Centre / Unité de Vaccination	1										

Source : Cellule des Informations Sanitaires / Minsanté – Cameroun, 2015



rci-children-unicef2_sn635

Tableau 30. Produits Médicaux, Vaccins, Infrastructures et Equipements (2)

Année de référence: 2015	Pays	AD	CE	EST	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW
Technologie Sanitaire											
Unité de Technologie Sanitaire/ MINSANTE	1										
Equipement Médical / Imagerie											
Raisonnance Magnetique	1										
Scanner/ Tomographie	10										
Medecine nucléaire	1										
Mamographie	12										
Unit é Télé cobalt	2										
Radiothérapie	2										
Unités spécialisées											
Laboratoire analyse médicales											
Unité Imagerie/Hôpitaux		1	6	1	1	3	1	1	1	1	1
Unité Imagerie / Privée			5								
Maternité											
Unité Hémodialyse											
Unité psychiatrique		1	1			1					
Service / Unité ORL											
Service / Unité Ophtalmologie (2012)	98	1	29	1	1	59	2	1	4	0	0
Service / unité Chirurgie dentaire											
Banque de sang											
Unité de recherche											
Contrôle de Qualité	1										

Source : Cellule des Informations Sanitaires / Minsanté – Cameroun, 2015



WHO/C. Black



OMS sur le terrain

4.11. Politiques de santé

Les politiques de santé ont connu une évolution en quatre phases : (i) l'approche médicale, (ii) l'approche des services de santé, (iii) la politique des SSP et (iv) la politique de réorientation des SSP.

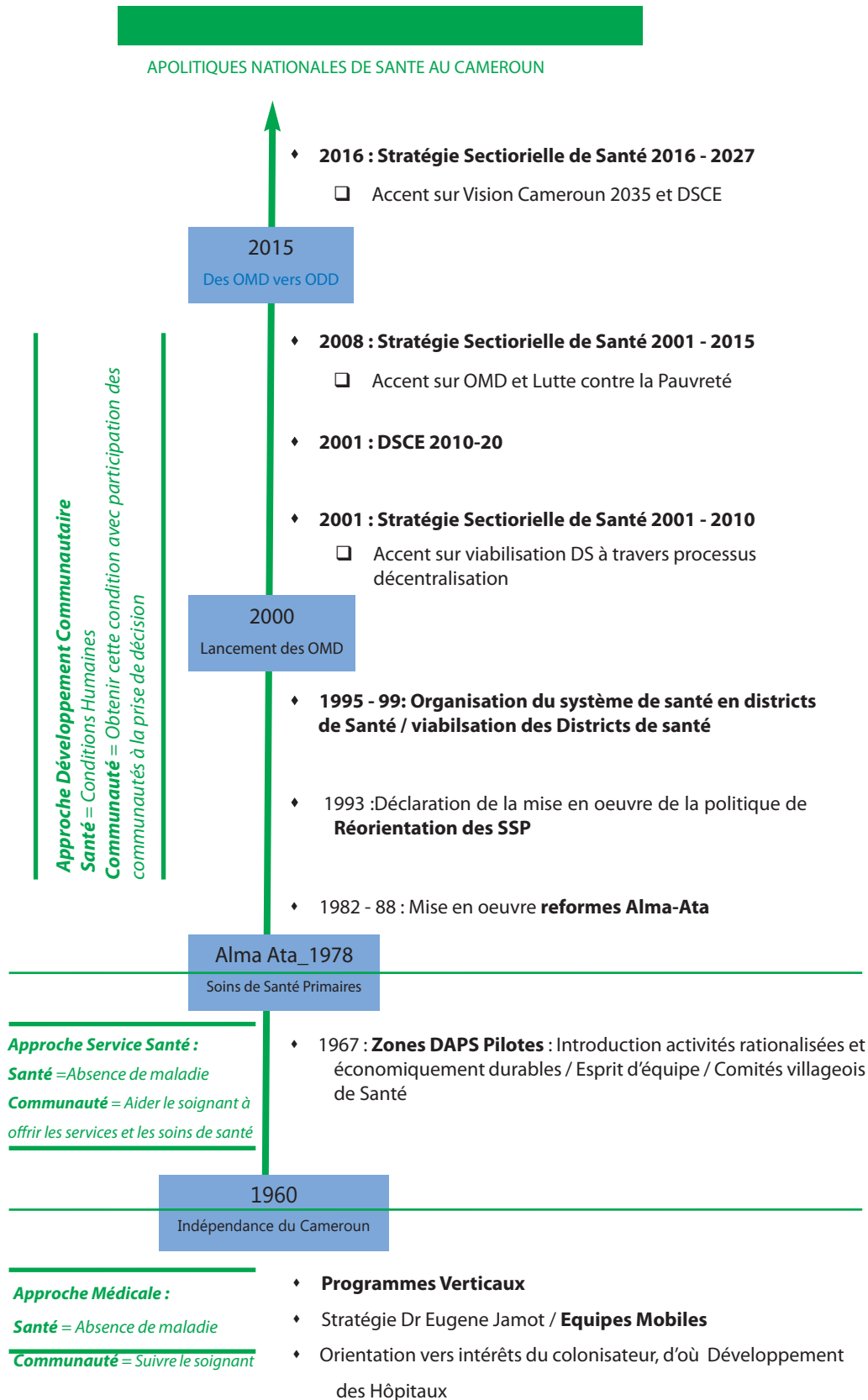
L'approche médicale, mise en oeuvre avant les années 60 reposait sur des programmes verticaux et le développement d'hôpitaux urbains publics et ruraux confessionnels orientés vers les intérêts du colonisateur. Avant les années 1960 les soins étaient gratuits (Etude ReoSSP, Octobre 1997) et la communauté avait la charge de suivre le soignant.

L'approche services de santé s'est caractérisée par la mise en place en 1967 de quatre zones de Démonstration de l'action de santé publique (DASP). Cette stratégie visait l'introduction progressive des activités de santé rationalisées et économiquement viables, la notion de l'équipe de santé, la mise en place de pharmacies villageoises ou propharmacies gérées par le personnel de santé local avec un mécanisme de recouvrement des coûts et de fonds de roulement. L'évaluation de cette phase d'expérimentation a montré que (i) les activités de santé à base communautaire produisaient des effets positifs et suscitaient en même temps la demande, (ii) les communautés étaient disposées à contribuer au financement (dans une certaine mesure) des structures sanitaires et de certaines activités de santé, à s'organiser et à créer des pharmacies villageoises (Etude RéoSSP, Octobre 1997).

L'approche des SSP a été adoptée en 1982 et était basée sur les principes de la Déclaration d'Alma Ata de 1978. L'évaluation en 1988 par le MINSANTE a montré que sa mise en oeuvre présentait des insuffisances : (i) l'existence d'un ensemble de programmes verticaux s'exécutant parallèlement, (ii) le système n'était pas structuré pour intégrer les SSP, (iii) l'utilisation des Agents de santé communautaires non formés à la base et non supervisés, (iv) l'absence de mécanismes pour assurer la pleine participation des communautés. Le rapport d'évaluation de 1988 proposait alors une nouvelle politique.

Enfin, la politique de Réorientation des SSP (RéoSSP) (Partenariat Communauté/ Etat basé sur le cofinancement et la cogestion) a été adoptée en 1993. Plusieurs mécanismes pour sa mise en oeuvre ont été développés. Le système de santé a été organisé en districts en 1995. En 2001, le pays a élaboré sa première SSS 2001-2010. Celle-ci a été évaluée à mi-parcours en 2006, puis revue en 2008 pour couvrir la période 2001-2015 et prendre en compte les OMD. L'évaluation de cette dernière en 2015 a relevé des résultats mitigés. Une nouvelle SSS mettant l'accent sur la vision Cameroun Pays émergent en 2035 a été élaborée pour la période 2016-2027, ainsi que le PNDS 2016-2020.

Figure 41. Représentation synthétique de l'évolution des politiques nationales de santé au Cameroun



4.12. Couverture universelle en santé

La politique générale du gouvernement vise à lutter contre la pauvreté, renforcer l'équité et la justice sociale, accroître l'accès de tous aux services sociaux de base et protéger les populations en particulier les personnes les plus vulnérables contre les risques et les catastrophes.

Pour faciliter l'accès financier aux soins, plusieurs stratégies ont été développées telles que les mutuelles de santé, les politiques de gratuité et l'assurance. Les politiques de gratuité concernent certaines maladies et services, et la prise en charge de certaines cibles (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans et personnes économiquement et socialement défavorisées). En 2014, seules 1% et 2% de la population étaient couvertes par les mutuelles de santé et l'assurance maladie privée respectivement.

Le gouvernement a initié un processus visant à mettre en place un système de couverture sanitaire universelle (CSU). Une proposition d'architecture en trois scénarii a été faite en octobre 2016 (MIN-SANTE, Comité National sur la CSU, proposition d'une architecture du système de Couverture Universelle en Santé au Cameroun, Note Technique, Octobre 2016). Ce processus était inclusif avec l'implication des représentants du Premier Ministre, des Ministères Techniques et des partenaires sociaux.

Le scénario 1 consiste en la mise en place d'une structure nationale unique de gestion technique et financière de la CSU.

Le scénario 2 est basé sur la mise en place de deux structures nationales (travailleurs du secteur formel et leurs ayants droit, et autres catégories (secteur informel, secteur agricole, personnes vulnérables et ayants droit). Chaque structure assure la gestion technique et financière de la couverture en santé.

Le scénario 3 consiste en la mise en place de caisse locale de couverture santé au niveau de chaque commune.



OMS sur le terrain

Tableau 31. Politique de gratuite des soins au Cameroun: Axes

Contrôle d'une Maladie pour toute la Population

- Subvention de la Prise en charge du diabète
- Subvention de la Prise en charge de l'Epilepsie / Gratuité de la Prise en charge de l'Epilepsie
- Gratuité du Traitement préventif de l'Onchocercose
- Gratuité des ARV adultes et pédiatriques et cotrimoxazole
- Gratuité de la Prise en charge de la Tuberculose
- Gratuité de la Prise en charge de la Lèpre
- Gratuité de la Prise en charge des Helminthiases Intestinales
- Gratuité de la Prise en charge de la shistosomiase
- Gratuité de la Prise en charge de l'Ulcère de Buruli et de ses complications
- Gratuité de la Prise en charge du Pian
- Gratuité de la Prise en charge du Traitement et de la chirurgie du Trachome
- Gratuité du traitement de la Filariose Lymphatique et chirurgie Hydroc-le
- Subvention de la Prise en charge des Cancers
- Subvention des Hémodialyses

Contrôle d'une Maladie ciblée à une partie de la Population

- Gratuité de la Prise en charge du Paludisme simple chez les enfants de 0 à 5 ans
- Subvention de la Prise en charge du Paludisme simple chez les plus de 5 ans et adultes
- Gratuité du Traitement préventif intermittent pour la Femme enceinte
- Subvention de la vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en post-partum
- Gratuité du Moustiquaire imprégné d'Insecticide à Longue durée
- Gratuité de la Chimio prophylaxie du Paludisme saisonnier (enfants de moins de 5 ans / 2 régions)
- Subvention de la Prise en charge de la Malnutrition aigüe sévère et modérée
- Gratuité du dépistage du VIH pour les femmes enceintes, conjoint et enfants de 0 à 5 ans
- Gratuité de la PTME (diagnostic_Mère et enfant)
- Gratuité de la prise en charge du diabète chez les 0 à 18 ans
- Subvention du chèque Santé (bon d'achat ou voucher) pour les femmes enceintes dans 03 régions
- Subvention des Kits Obstétricaux

Services

- Gratuité des services de Planification Familiale
- Gratuité des services de vaccination

Prise en charge des personnes économiquement et socialement défavorisés

- Prise en charge des enfants abandonnés
- Prise en charge des indigents

Source: MINSANTE, Rapport OASIS 2016

Couverture Universelle en Santé / Couverture des interventions entre 2004 et 2014 au Cameroun

Figure 42. Couverture Intervention Santé Maternelle, 2004-2014

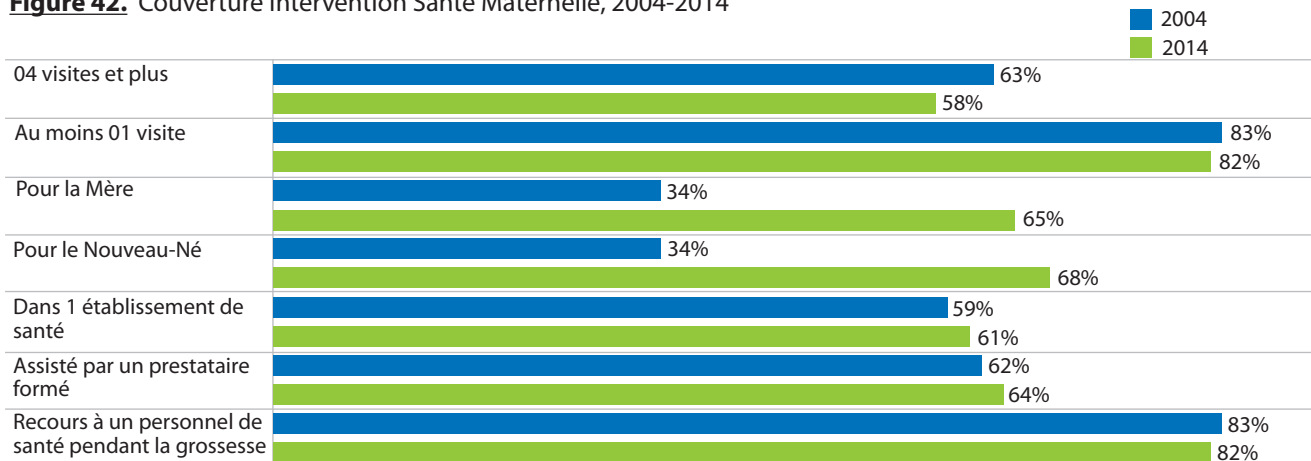


Figure 43. Evolution Couverture Vaccinale, 2011-2014

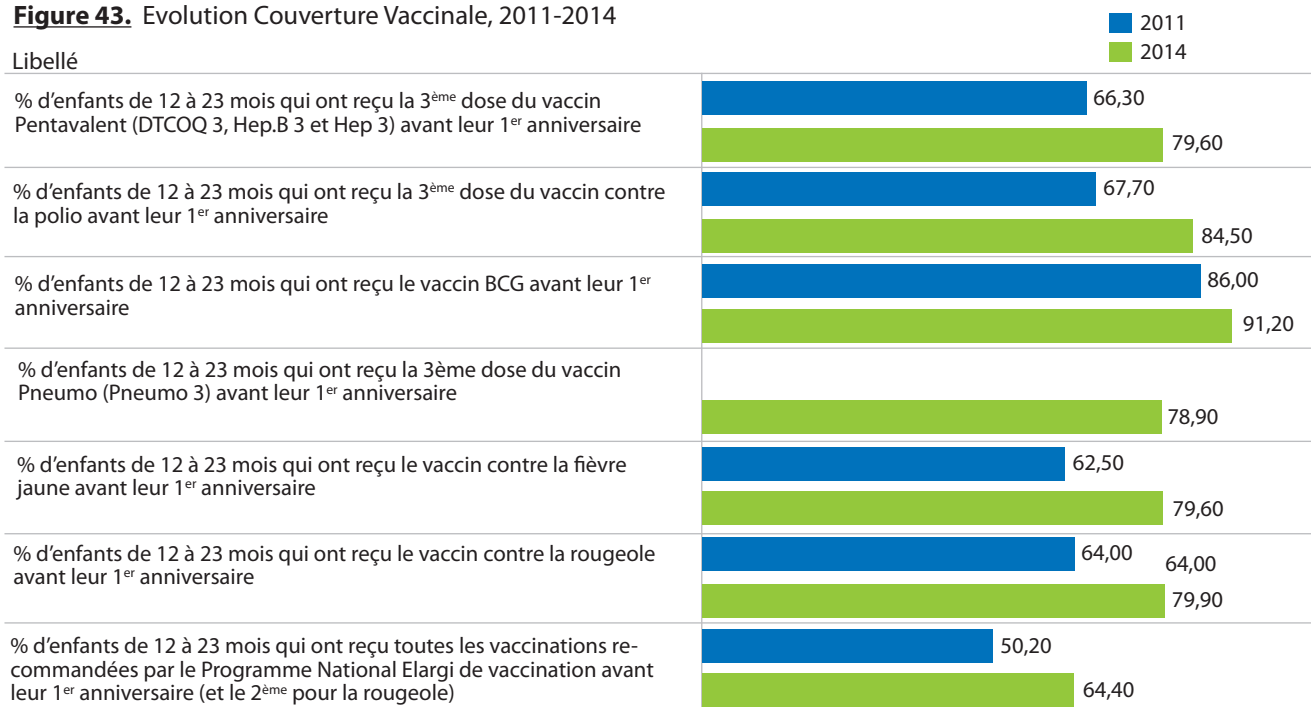


Figure 44. Dépenses totales des Ménages à la Santé par région, 2012

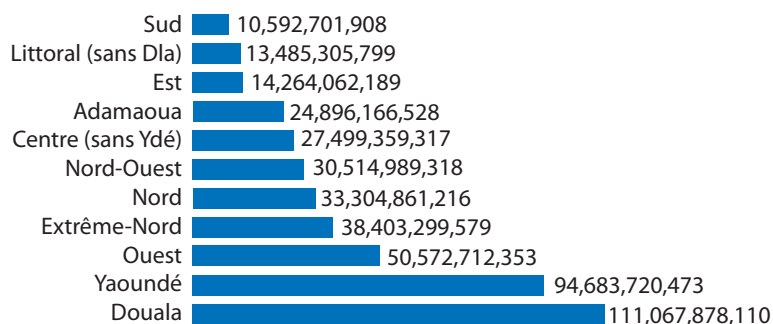
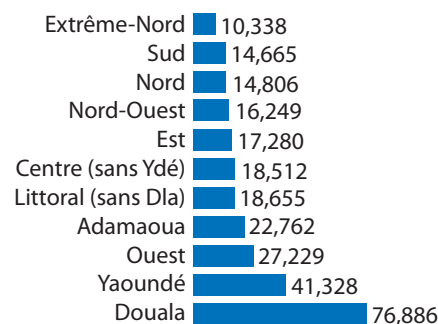


Figure 45. Dépenses des ménages à la Santé par région, par tête d'hab., 2012



Sources : EDS 2004; EDS-MICS 2011; MICS 2014; CNS 2012

Couverture Universelle en Santé / Santé de la reproduction

Figure 46. Besoins en Contraception Satisfaits par méthode, 2014

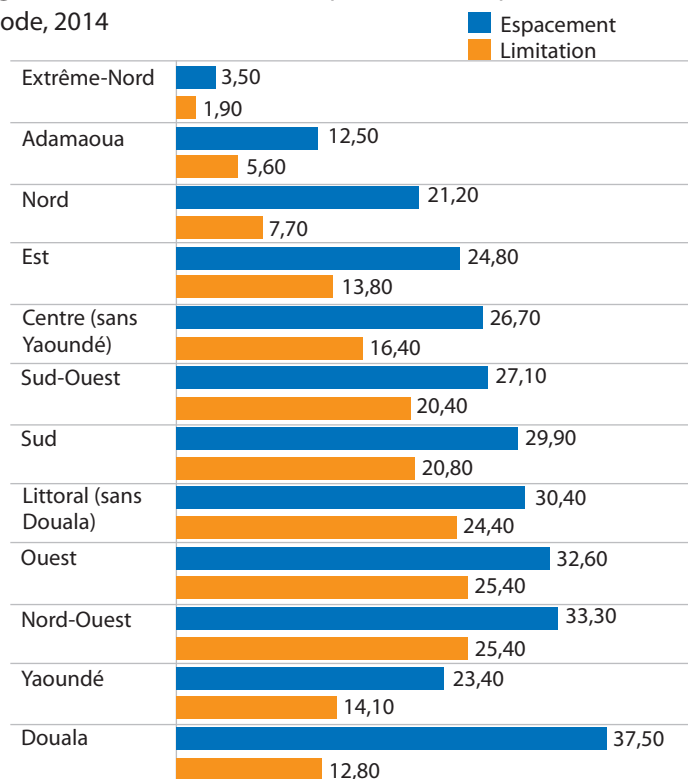


Figure 47. Besoins en Contraception non satisfaits, 2014

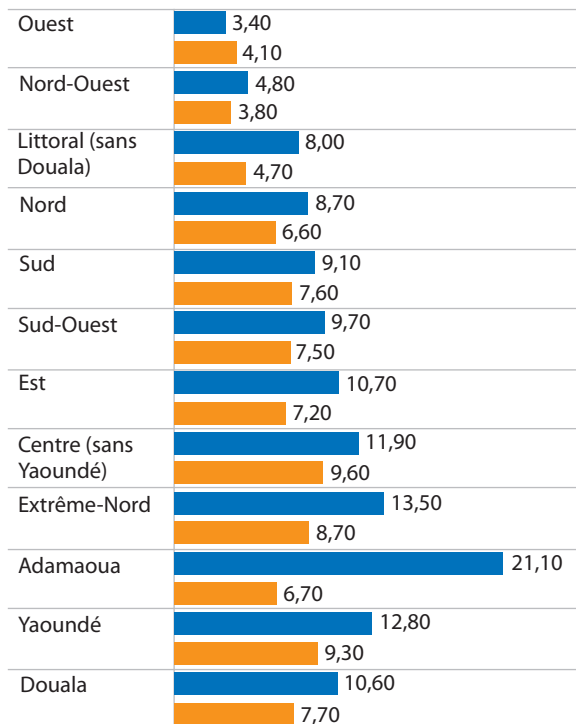


Figure 48. Besoins en Contraception Satisfaits-Tranche d'âge, 2014

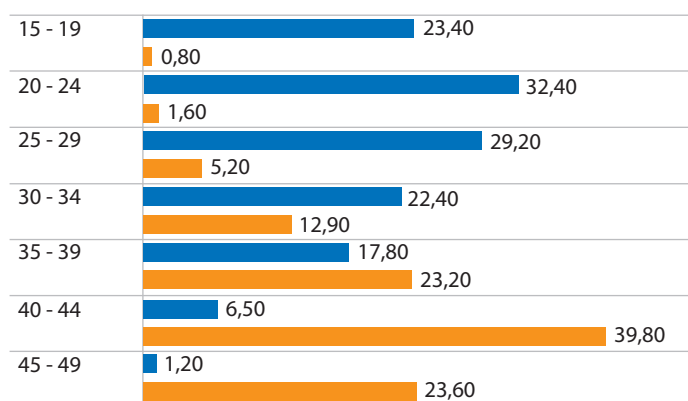


Figure 49. Besoins en Contraception Non Satisfaits-Tranche d'âge, 2014

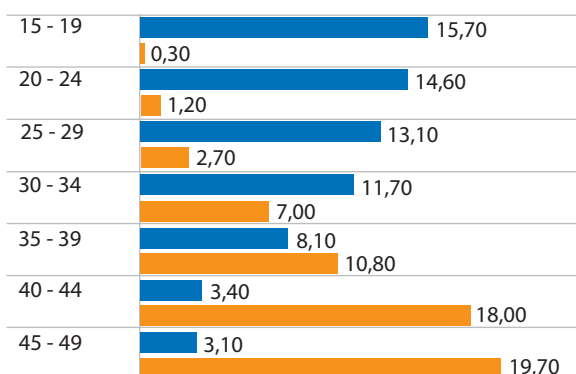


Figure 50. Besoins en Contraception Satisfaits-Résidence, 2014

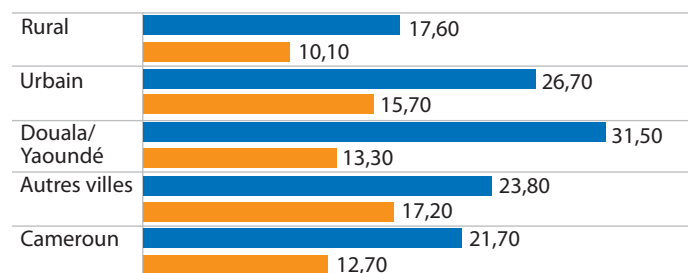
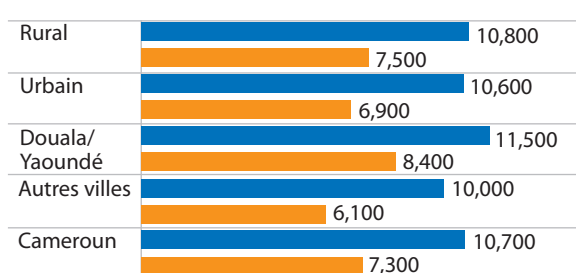


Figure 51. Besoins en Contraception Non Satisfaits-Résidence, 2014

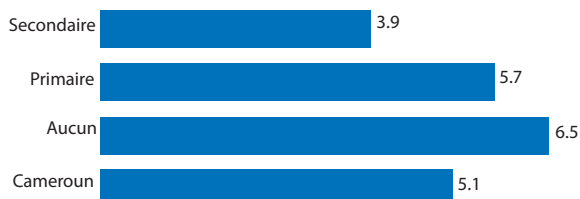


Source : MICS 2014

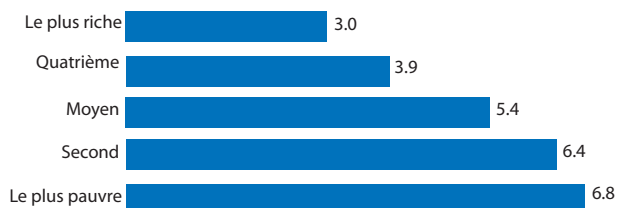
Couverture Universelle en Santé / Santé de la reproduction (suite)

Fécondité en 2014 au Cameroun

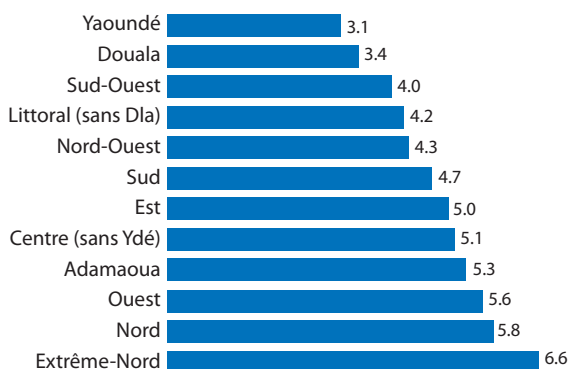
Indice Synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire, 2014



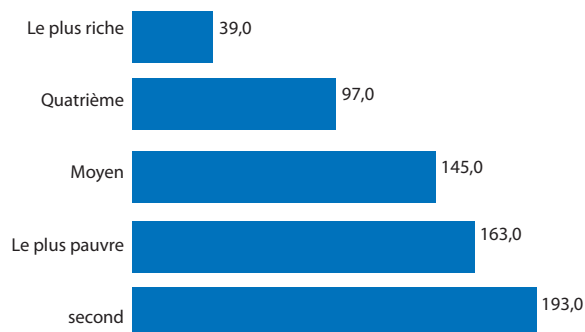
Indice Synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire par Quintile de Bien être économique, 2014



Indice Synthétique de Fécondité 15-19 ans par région, 2014

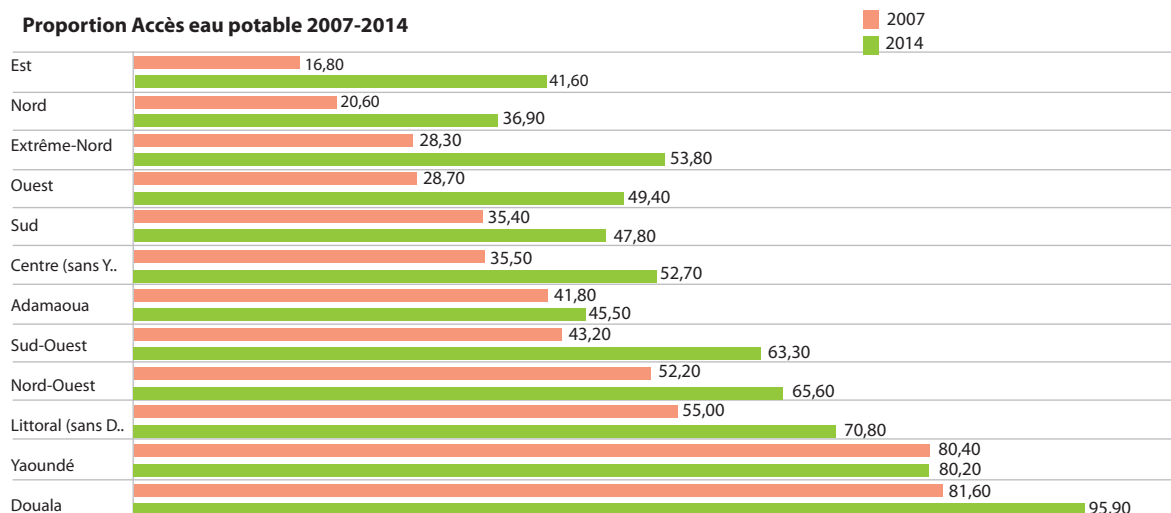


Fécondité (pour 1000) adolescents 15-19 ans, par quintile de Bien être économique, 2014



Source : MICS, 2014

Proportion Accès eau potable 2007-2014



Proportion Accès eau potable, par lieu de résidence 2007-2014

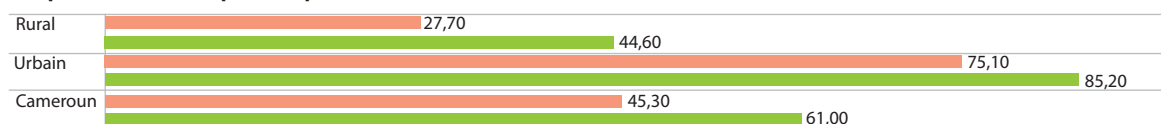
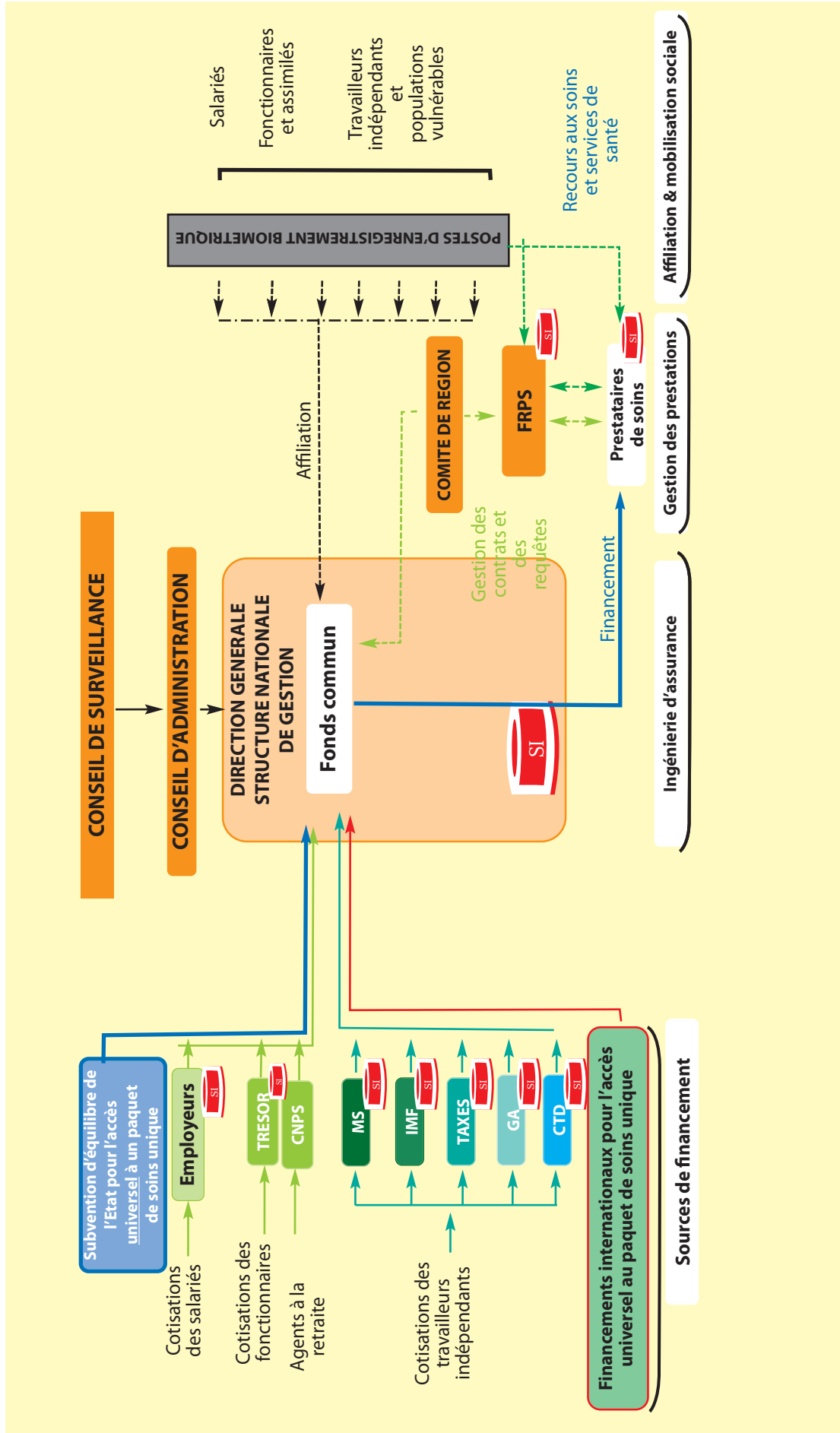


Figure 52. Architecture du système de couverture santé universelle_Scénario 1



Source : (MINSANTE, Comité National sur la CSU, Proposition d'une architecture du système de Couverture Universelle en Santé au Cameroun, Note Technique, Octobre 2016).

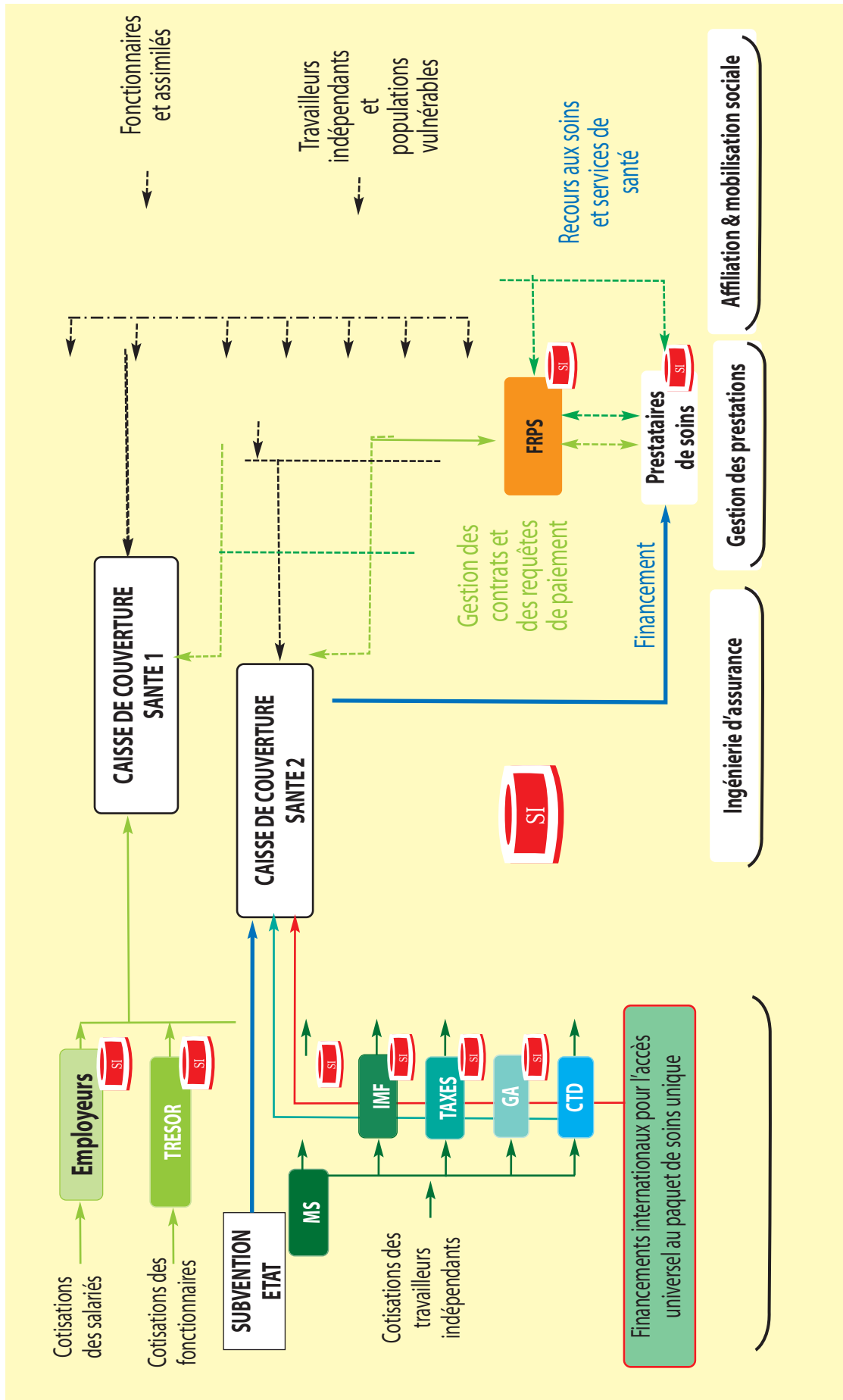
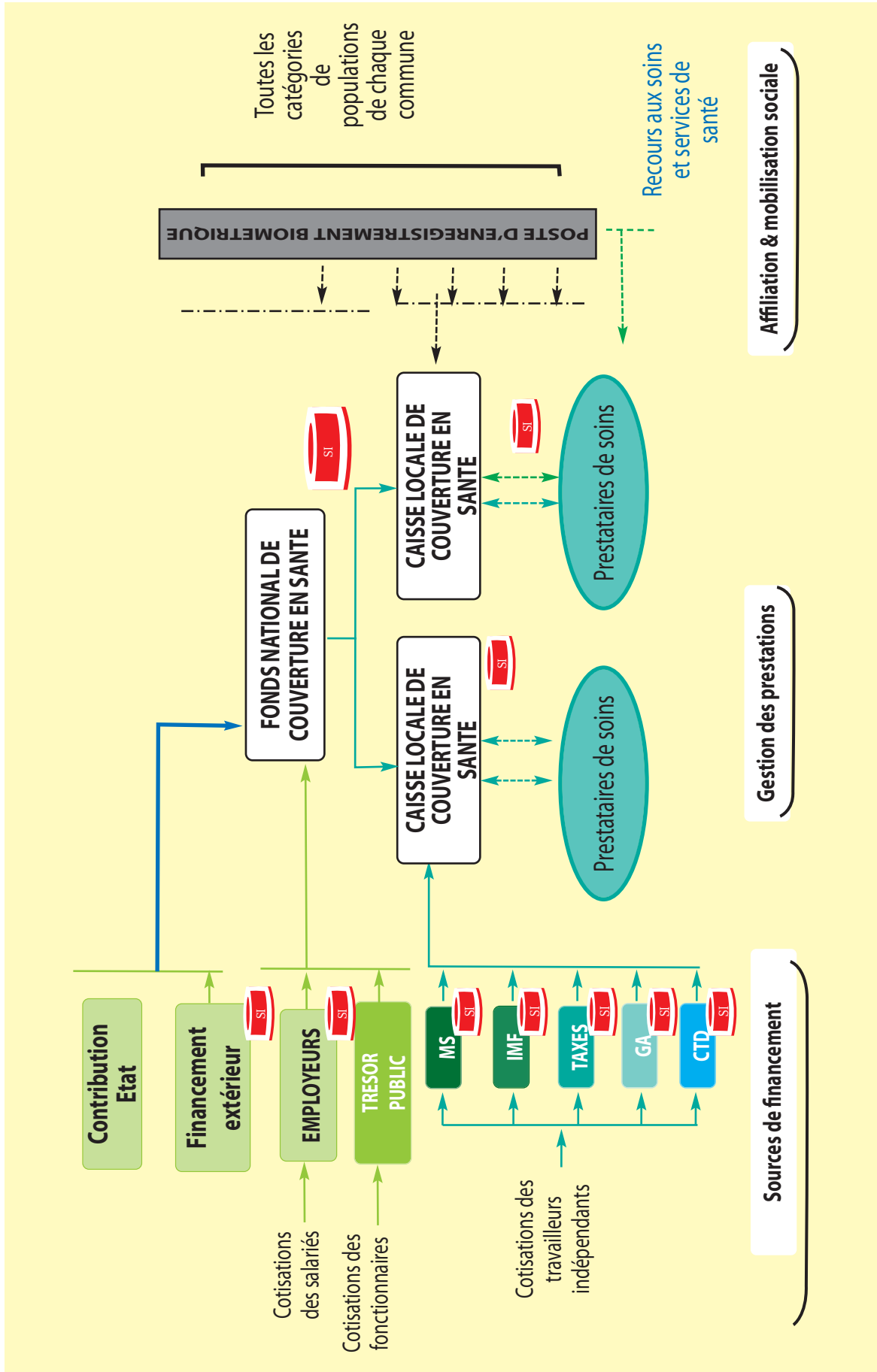


Figure 53. Architecture du système de couverture santé universelle_Scénario 2

Source : (MINSANTE, Comité National sur la CSU, Proposition d'une architecture du système de Couverture Universelle en Santé au Cameroun, Note Technique, Octobre 2016).

Figure 54. Architecture du système de couverture santé universelle_ Scénario 3



Source : (MINSANTE, Comité National sur la CSU, Proposition d'une architecture du système de Couverture Universelle en Santé au Cameroun, Note Technique, Octobre 2016).





CHAPITRE 5

PROGRAMMES SPECIFIQUES ET SERVICES



Le Profil Sanitaire Analytique 2016 du Cameroun met l'accent sur 10 programmes et services à savoir: (i) le VIH/SIDA, (ii) la Tuberculose, (iii) le Paludisme, (iv) l'Immunisation et le développement des vaccins, (v) la santé de l'enfant et de l'adolescent, (vi) la santé de la mère et du nouveau-né, (vii) le genre et la santé de la mère, (viii) les épidémies et maladies à potentiel épidémique, (ix) les maladies tropicales négligées et (x) les maladies non transmissibles.

5.1. VIH / SIDA

La prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans est passée de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011. Cette prévalence est encore élevée et est supérieure à la moyenne de l'Afrique Centrale de la zone CEEAC (1.9%) et de l'Afrique sub-saharienne (3,6%) en 2014.

L'évolution des nouvelles infections VIH reste importante chez les jeunes, notamment pour les tranches d'âge de 15-39 ans. On enregistre plus de cas de nouvelles infections chez les 20-29 ans. Les populations les plus exposées au VIH sont : les travailleurs du sexe (36.8%), les homosexuels (37,2%) et les camionneurs (16%) (PNDS 2016-2020).

Entre 2004 et 2014, l'évolution des comportements sexuels vis-à-vis du VIH et des comportements vis-à-vis des tests sont encourageants, notamment chez les jeunes de 15-24 ans. En effet, le rapport du CNLS 2015 indique que le taux d'acceptation du test du VIH chez les femmes enceintes est de 88%. Les régions de l'Extrême Nord (54%) et du Nord (76%) présentent les plus faibles performances. Le taux de séropositivité chez les femmes enceintes est de 4,1% et est plus élevé dans les régions du Littoral (4,5%), de l'Est (5,6%), du Centre (5,7%) et du Sud (6,6%).

Le nombre de personnes mises sous ARV est passé de 17 156 en 2005 à 168 249 patients en 2015. Toutefois, la file active reste faible par rapport aux besoins en ARV estimés à environ 650 000 personnes en 2016 (SPECTRUM). Il est donc nécessaire d'accélérer la nouvelle stratégie « Treat all HIV+ » pour continuer à inverser la courbe et atteindre les objectifs 90-90-90 en 2020 et l'élimination de l'infection à VIH en 2030.

Selon le PNDS 2016-2020, des problèmes majeurs persistent dans la prise en charge du VIH/SIDA et les plus importants sont :

- Le dépistage tardif des cas et le faible recours aux soins des personnes séropositives;
- La faible disponibilité des UPEC, plusieurs DS n'ont pas de site de prise en charge;
- L'absence d'un plan de soutenabilité/durabilité pour l'acquisition des ARV, après l'éventuel arrêt des financements du Fonds Mondial projeté en 2020 ;
- L'insuffisance des RHS qualifiées pour la prise en charge globale des PVVIH et la faible décentralisation de la «distribution» des ARV dans la communauté;
- L'insuffisance fonctionnelle du dispositif d'aide à l'observance thérapeutique des patients sous traitement antirétroviral.

Figure 55. Comportements sexuels (%) SIDA, 2011-2014

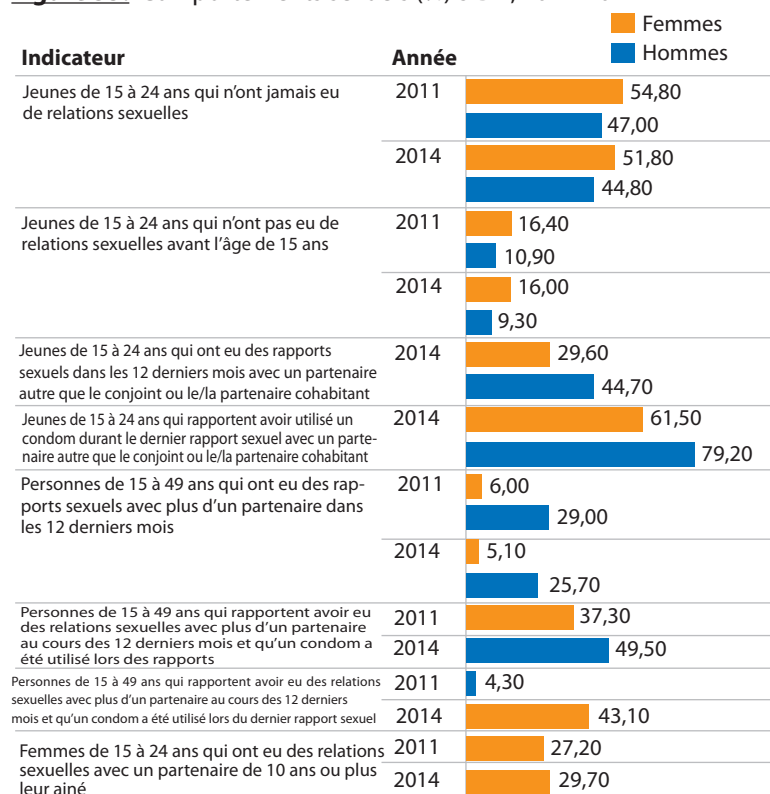


Figure 56. Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2014 Tranche d'âge

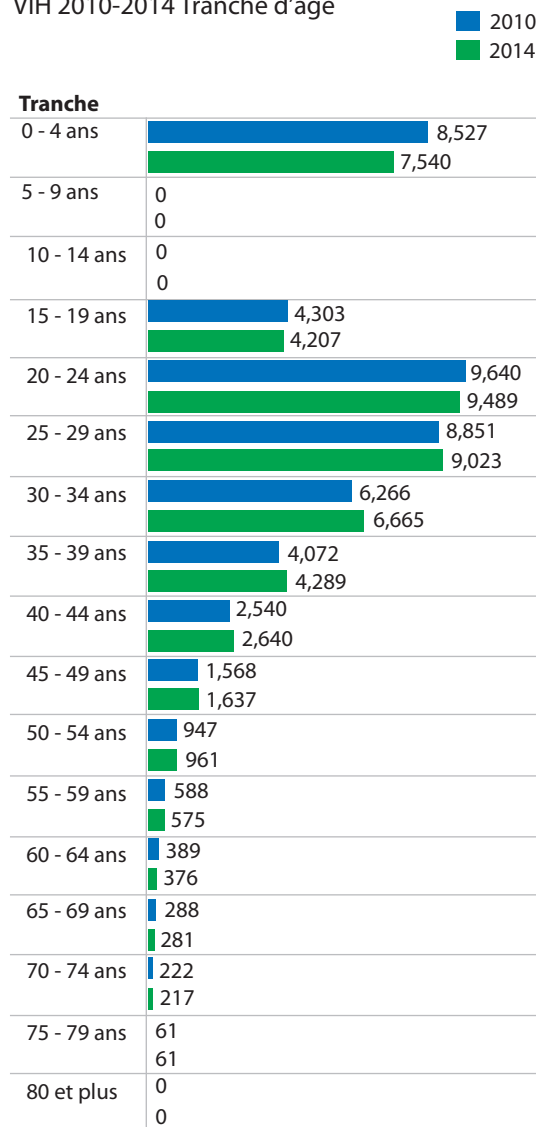


Figure 57. Comportements Tests VIH, 2011-2014

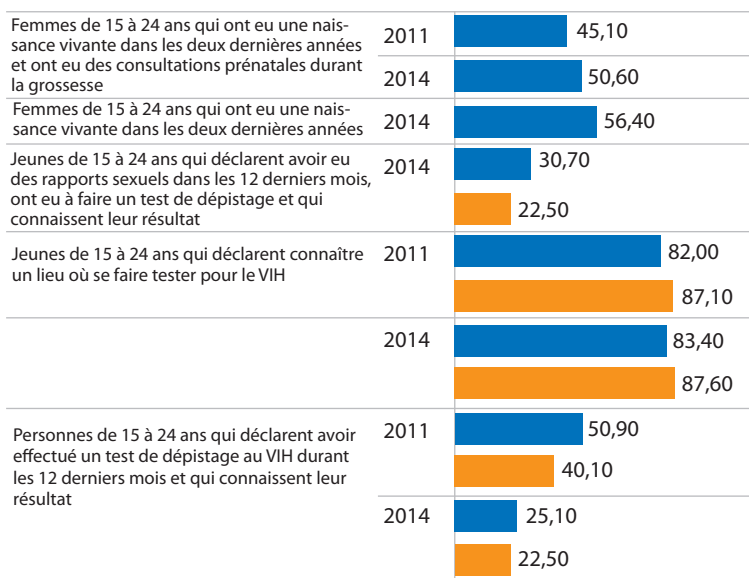


Figure 58. Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2015

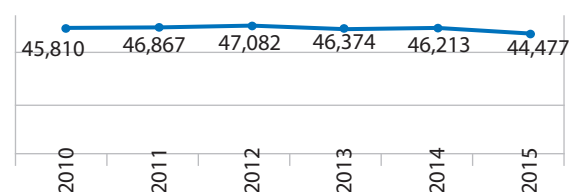
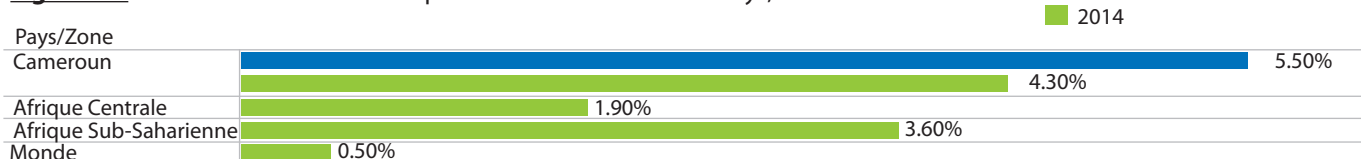


Figure 59. Prévalence VIH-SIDA comparée Cameroun vs autres Pays, 2004-2014



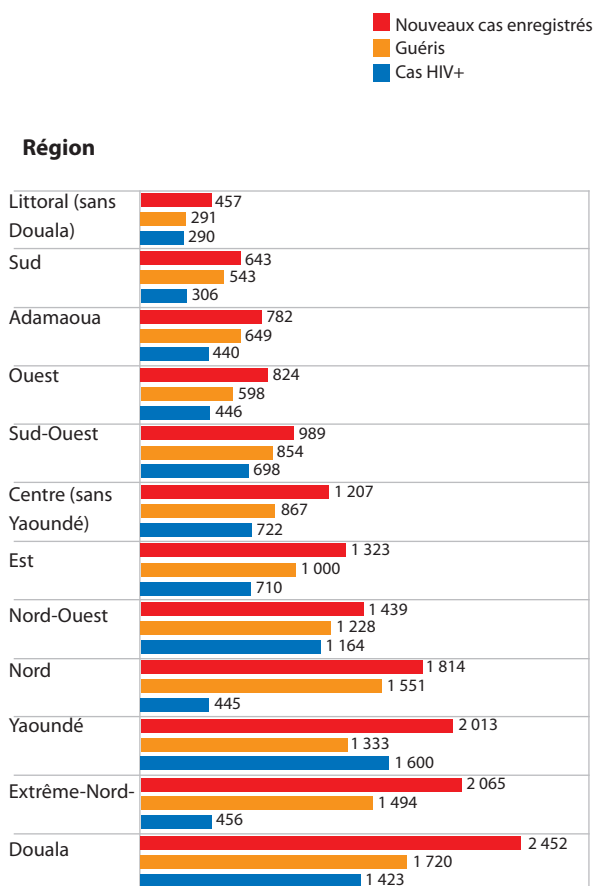
Source : EDS-MICS 2011; MICS 2014; WHO, WHS 2011, 2013,2014, SPECTRUM 2016

5.2. Tuberculose

La tuberculose (TB) est retrouvée dans toutes les régions du Cameroun. Elle est une affection ré-émergente depuis plus de deux décennies. La TB est non seulement un problème majeur de santé publique, mais aussi un véritable obstacle pour le développement à cause des coûts inhérents à la prise en charge des patients, des incapacités et des décès élevés. Le nombre de nouveaux cas (nouveaux et rechutes) de tuberculose pulmonaire à microscopie positive était passé de 14 464 en 2010 à 16 008 cas en 2015 avec des taux de guérison autour de 85% depuis trois ans.

Au total, 24 552, 26 344, 26 570 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été enregistrés en 2010, 2014 et 2015 respectivement. Le PNLT a adopté de nouvelles stratégies de dépistage dans les prisons, les activités collaboratives TB/VIH, et a acquis des outils modernes de diagnostic. Il est important d'assurer un dépistage actif et systématique de la TB chez toutes les personnes séropositives au VIH pour prendre en charge de manière précoce les malades séropositifs au VIH et pour réduire le risque de contagion dans la communauté.

Figure 60. Nouveau cas enregistrés de Tuberculose et Résultats des traitements des cas par Région, 2015



Source : Rapports PNLT 2004-2015

Figure 61. Evolution des Nouveaux cas et Guérison Tuberculose 2004-2015

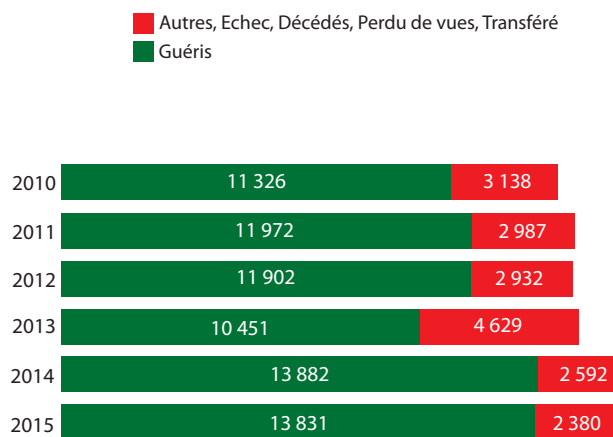
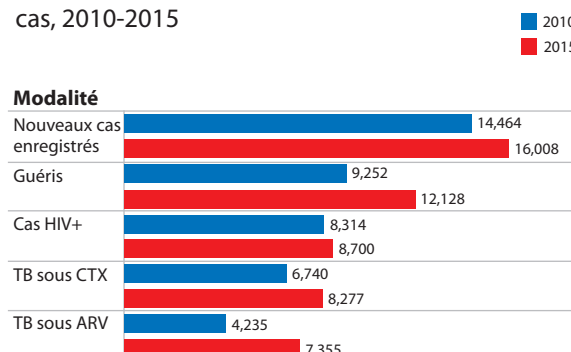


Figure 62. Nouveau cas enregistrés de Tuberculose et Résultats des traitements des cas, 2010-2015





5.3. Paludisme

La morbidité hospitalière liée au paludisme est passée de 40,6% en 2008 à 30,1% en 2014. Par contre, la mortalité hospitalière était de 18,65% en 2011 et de 22,9% en 2014 (PNLP, 2014).

En matière de prévention, des progrès ont été réalisés dans la distribution des MILDA à toute la population à travers des campagnes de distribution de plus de 8 millions et 12 millions de MILDA en 2011 et 2016 respectivement. De 2004 à 2014, une augmentation de l'utilisation des MILDA notamment chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes a été enregistrée. Toutefois, en 2014, le taux de disponibilité des MILDA était faible chez les femmes enceintes. Ce taux était :

- de moins de 25% dans 5 régions (Adamaoua : 21,06% ; Littoral 14,39% ; Nord-Ouest : 20,32% ; Sud : 14,17% et Sud-Ouest : 12,45 %);
- entre 25% et 50% dans deux régions (Centre : 29,57% et Est : 34,08 %);
- entre 50% et 75% dans deux régions (Extrême-Nord : 53,98 % et Ouest : 60,04%);
- supérieure à 100% dans la région du Nord (108%).

Le pourcentage de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu un traitement préventif (TPI3) était de 26% en 2011 contre 28% en 2014. Par ailleurs, la mise en œuvre des interventions spécifiques aux groupes les plus vulnérables et aux zones éco climatiques est également nécessaire pour accélérer les progrès vers les objectifs fixés (Chimio prévention saisonnière, aspersion intra-domiciliaire).



ys-men-roll-back-malaria-14-728

Figure 63. Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, 2011

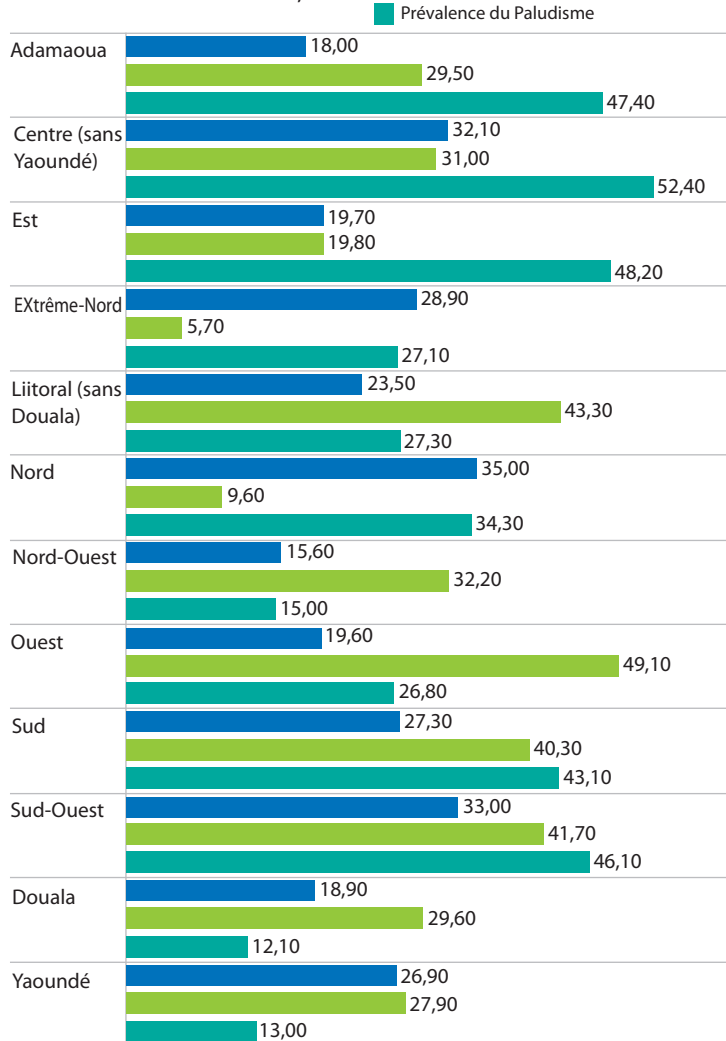


Figure 66. Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, Résidence 2011

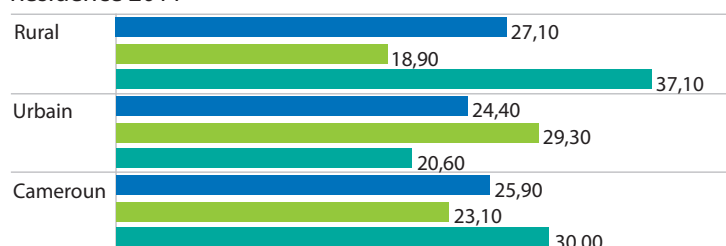
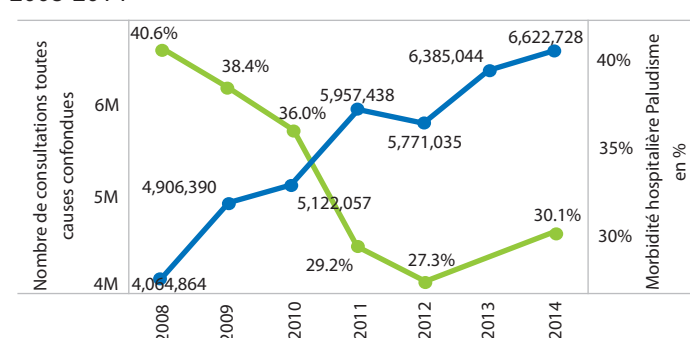


Figure 68. Evolution Morbidité Hospitalière Paludisme, 2008-2014



Source : EDS 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014, Rapports PNLP 2008-2014

Figure 64. Paludisme - utilisation MILDA, Femmes enceintes et moins de 5 ans 2004-2014

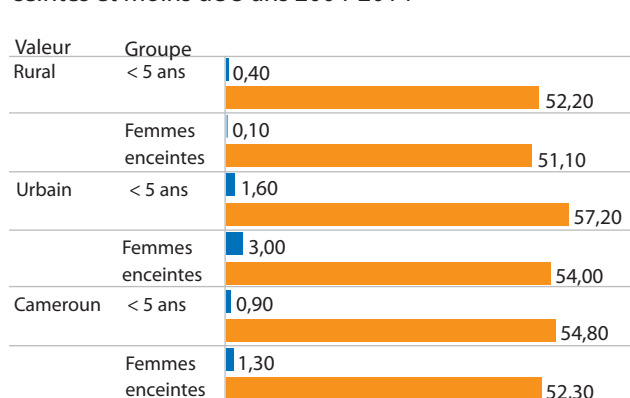


Figure 65. Prévention Paludisme 2004-2014

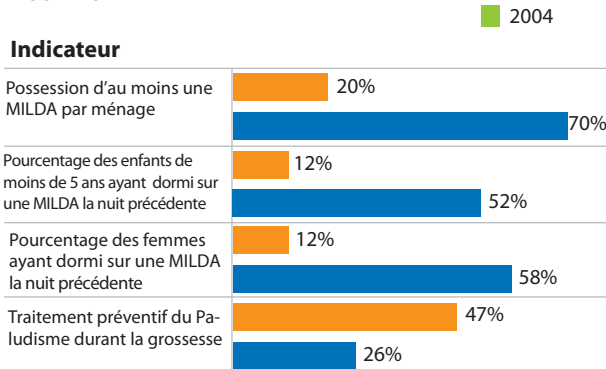


Figure 67. Evolution Distribution TPI en CPN, 2011-2014

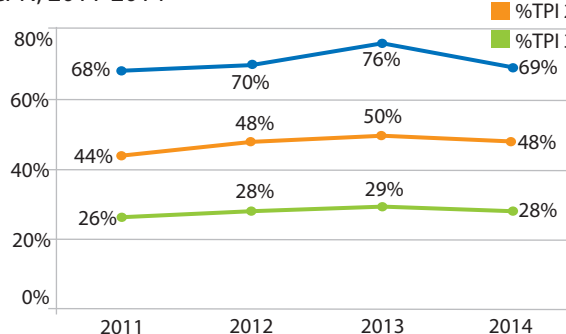
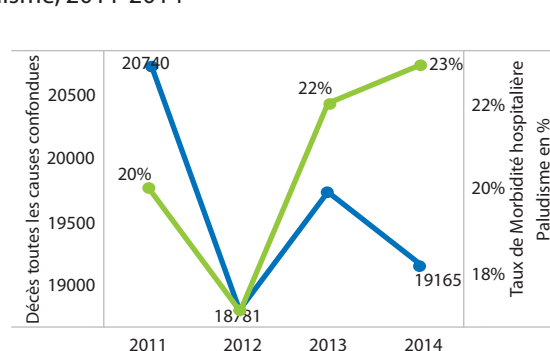


Figure 69. Evolution mortalité hospitalière paludisme, 2011-2014



5.4. Immunisation et développement des vaccins

Au cours des dernières années, le PEV a introduit de nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal permettant de protéger les enfants contre 12 maladies. Le Cameroun ne fabrique pas encore des vaccins. Le PEV dispose d'un réseau de chaîne de froid relativement efficace mais dont le suivi et la maintenance doivent être renforcés.

Le taux des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés a connu une nette amélioration soit 48,2% en 2004 contre 75,3% en 2014. Cette augmentation a doublé, voire plus dans 3 régions passant de 20,3% à 65% au Nord, de 37,5% à 78,5% à l'Est, et de 47,4% à 89,9% au Centre (sans la ville de Yaoundé). En outre, des activités de vaccination supplémentaires sont organisées contre la polio, la rougeole, la rubéole et la fièvre jaune essentiellement.

En 2014, les taux d'enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés étaient de 12,3% et 12,7% dans les villes de Douala et de Yaoundé (MICS 2014). Par contre, en 2016, le PEV a noté des taux de 10,1% et 40,3% à Douala et à Yaoundé respectivement. Les causes de non-vaccination identifiées étaient entre autres la mauvaise perception du fonctionnement du système de santé, le manque de confiance des parents par rapport au système de santé, l'IEC inappropriée aux dynamiques urbaines, les difficultés de gouvernance, le cadre de redevabilité inapproprié ou insuffisant et la faible appropriation par les autorités locales et les parents (PEV, 2016).

En dépit de ces résultats encourageants, il est important de renforcer le PEV de routine pour protéger tous les enfants contre les maladies évitables par la vaccination.



Figure 70. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (ayant reçu tous les vaccins) par région, 2004-2014

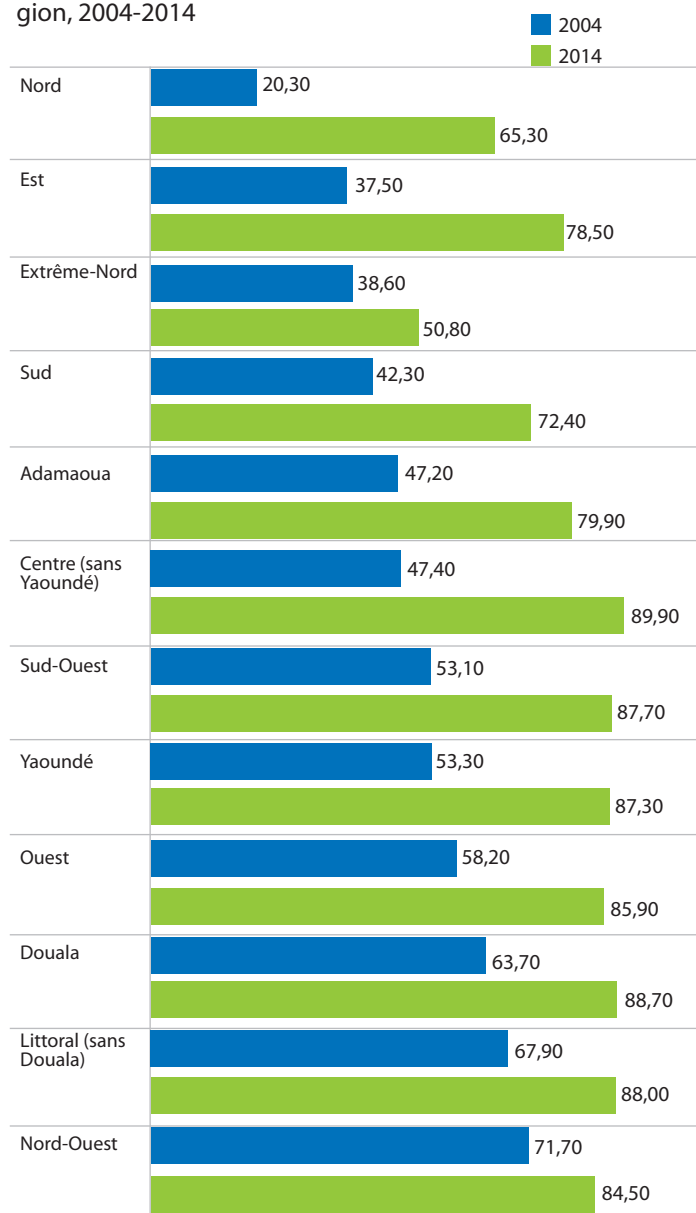


Figure 71. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés contre la rougeole par région, 2004-2014

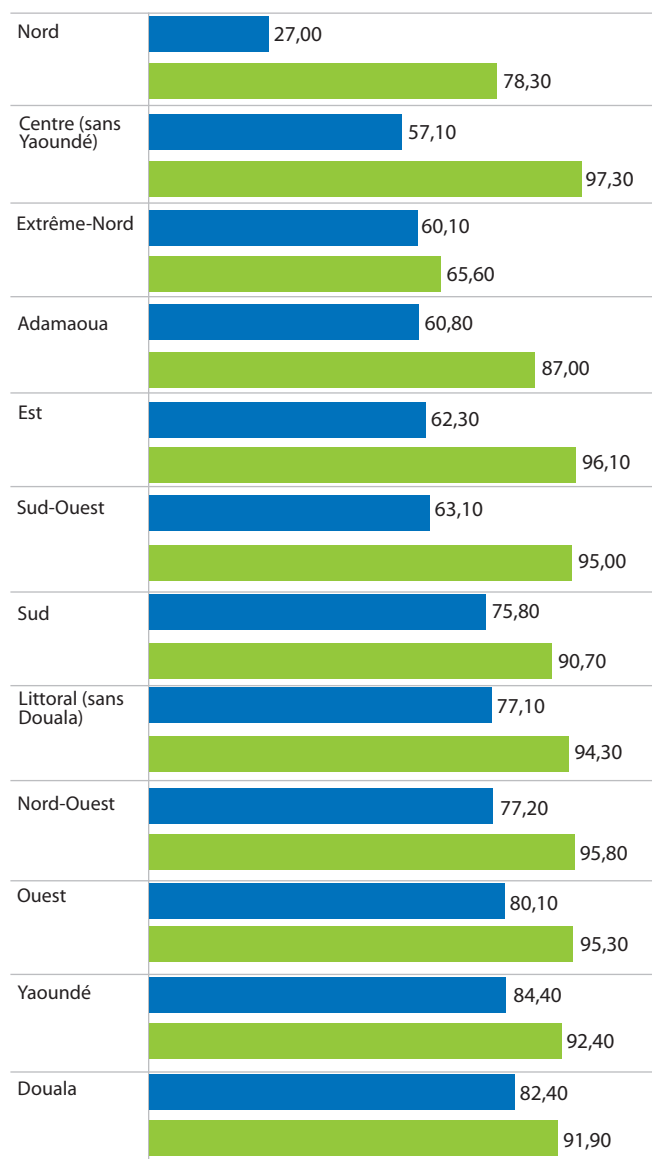


Figure 72. Taux des enfants complètement vaccinés-Milieu, 2004-2014

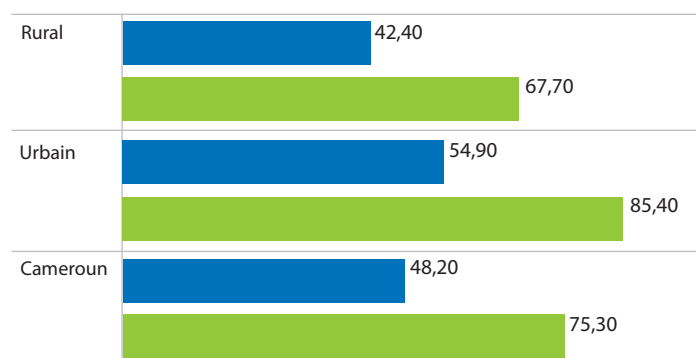
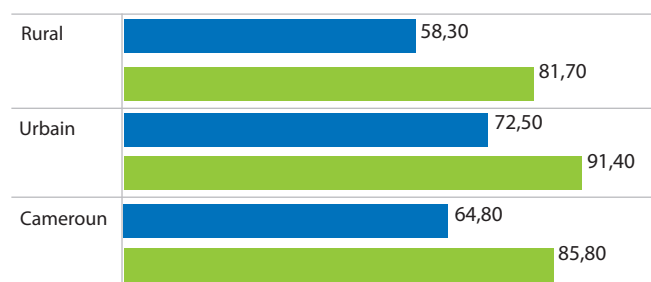


Figure 73. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés contre la rougeole selon le milieu, 2004-2014



Source : EDS 2004, MICS 2014

5.5. Nutrition, et santé de l'enfant et de l'adolescent

L'évolution de l'état nutritionnel des nouveau-nés a diminué sur deux aspects (émaciation modérée et insuffisance pondérale) alors que l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans a stagné entre 2004 et 2014. Des progrès ont été enregistrés entre 2004 et 2014 en termes de prévention des maladies évitables par la vaccination, d'incitation à l'allaitement maternel précoce et à l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois. De plus, le paludisme simple et grave sont prises en charge gratuitement chez les enfants de moins de cinq ans depuis 2011 et 2014 respectivement.

La mortalité infanto-juvénile a diminué entre 2011 et 2014, et de manière significative chez les enfants de moins de cinq ans, passant de 122 décès à 103 décès pour 1000 naissances vivantes. L'objectif affiché par le gouvernement était de réduire et d'atteindre les taux de mortalité infanto-juvénile de 76 décès pour 1000 naissances vivantes, et infantile de 39 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015.

Au niveau régional, la cible pour le taux de mortalité infantile a été atteinte à Douala (39 décès pour 1000 naissances vivantes) et à Yaoundé (32 décès pour 1000 naissances vivantes), et les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest se sont rapprochées de la cible avec 42 décès pour 1000 naissances vivantes chacune. Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile les régions du Sud-Ouest (78 décès pour 1000 naissances vivantes), du Nord-Ouest (64 décès pour 1000 naissances vivantes), la ville de Douala (52 décès pour 1000 naissances vivantes) et la ville de Yaoundé (42 décès pour 1000 naissances vivantes) réalisent des performances supérieures à la cible.

Par ailleurs, les taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans étaient de 83‰ pour celles ayant fait des études secondaires, de 178‰ et 205‰ pour les femmes ayant respectivement le niveau de scolarisation du primaire ou aucun niveau. En outre, ce taux de fécondité des 15-19 ans était de Est : 206‰, Sud : 183‰, Centre (sans Yaoundé) : 177‰, Littoral (sans Douala) : 72‰, Douala: 55‰ et Yaoundé : 54‰. L'indice synthétique de fécondité était de : Extrême-Nord : 6,6; Nord : 5,8 ; Ouest : 5,6, Yaoundé: 3,1 et Douala : 3,4.

Les demandes en contraception satisfaites étaient de 60,30% pour les 15-19 ans en 2014 tandis que les besoins en contraception chez 15-19 non satisfaites étaient de 23,4% en termes d'espacement et de 0,80% en termes de limitation.



Figure 74. Etat Nutritionnel enfant de moins de 5 ans, 2004-2014

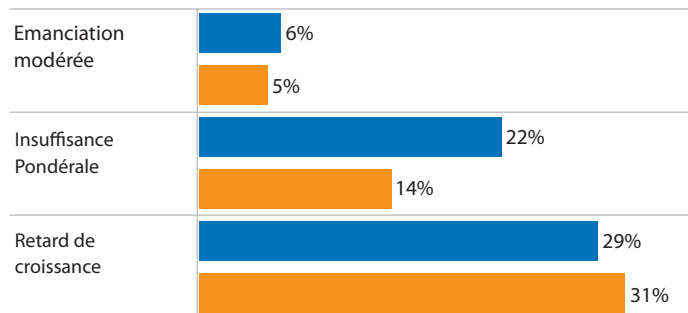


Figure 75. Etat Nutritionnel enfant, 2004-2014

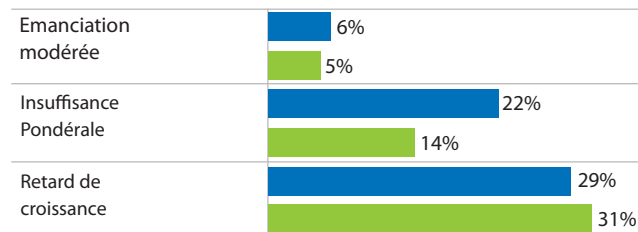


Figure 76. Mortalité infanto-Juvenile (pour Mille) au Cameroun comparée à d'autres zones, 1990-2015

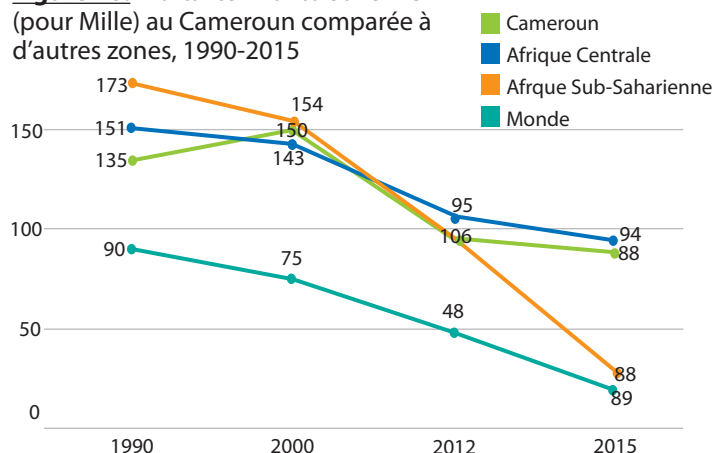


Figure 77. Couverture intervention Nouveau-né, 2004-2014

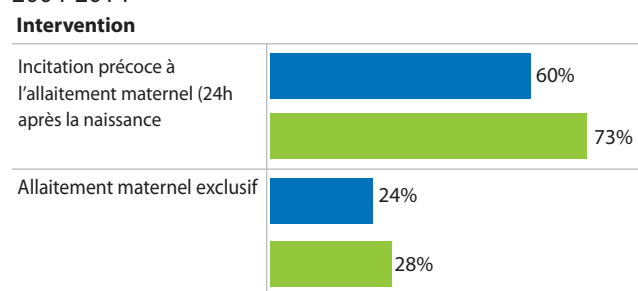


Figure 79. Mortalité Petite Enfance, 2011-2014

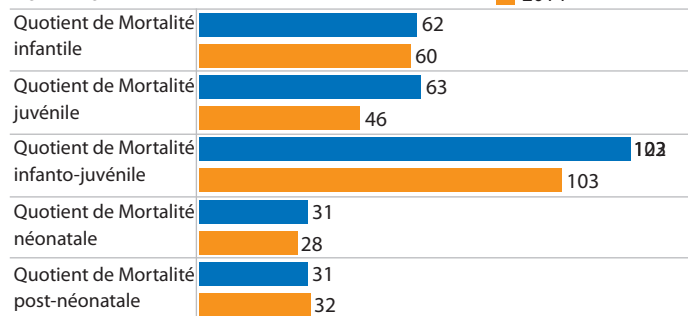


Figure 78. Etat Nutritionnel Enfant de moins de 5 ans, 2011-2014

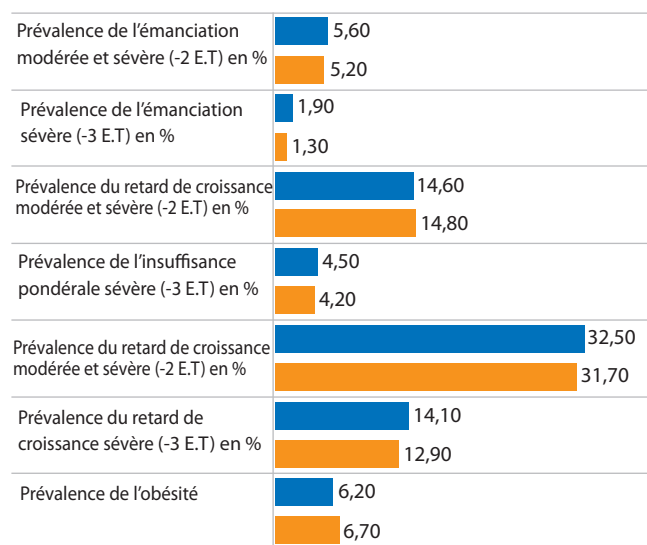


Figure 80. Indice synthétique de fécondité 15-19 ans par région, 2014

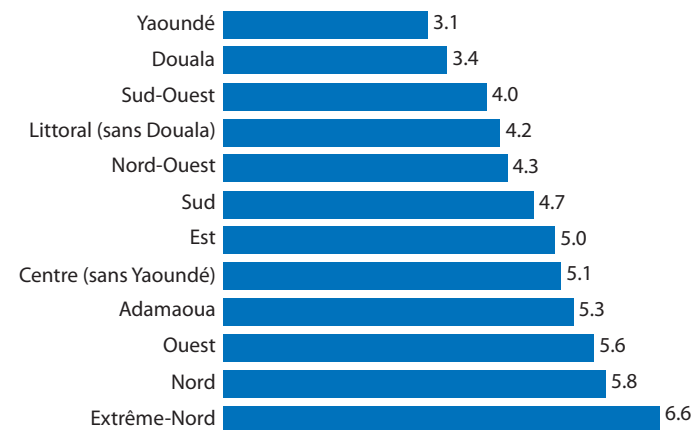
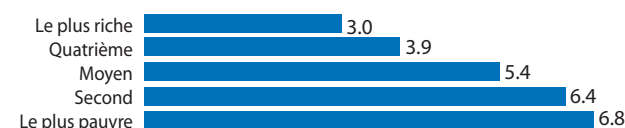


Figure 81. Indice synthétique de fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire, 2014



Figure 82. Indice synthétique de fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire par quintile de bien-être économique, 2014



Source : EDS 2004, MICS 2014

Tableau 32. Mortalité des enfants (quotient, pour 1000 naissances vivantes, de mortalité infantile et infanto-juvénile par périodes de 5 ans avant l'enquête MICS 2014_ au Cameroun)

Période d'analyse de 5ans	Nombre d'années précédent l'enquête	Mortalité néonatale	Mortalité Post-néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
2009 - 2014	0 - 4	28	32	60	46	103
2004 - 2009	5 - 9	25	37	72	55	123
1999 - 2004	10 - 14	33	42	74	64	134

Source : MICS 2014

Tableau 33. Mortalité des enfants pour 1000 naissances vivantes par region _ MICS 5-2014; Cameroun

		Mortalité				
		Néonatale	Post-néonatale	infantile	Juvénile	Infanto-juvenile
Régions						
Adamaoua	AD	40	32	72	59	127
Centre (sans Yaoundé)	CE (sans Ydé)	28	27	55	43	96
Est	ES	39	43	82	49	127
Extrême-Nord	EN	40	41	81	79	154
Littoral (sans Douala)	LT (sans Dla)	22	27	49	36	84
Nord	NO	42	58	100	81	173
Nord-Ouest	NW	19	23	42	23	64
Ouest	OU	14	28	42	42	83
Sud	SU	31	24	55	48	100
Sud-Ouest	SW	32	26	58	21	78
Douala	DLA	21	18	39	14	52
Yaoundé	YDE	17	15	32	10	42
Niveau instruction						
Aucun		39	47	87	78	156
Primaire		29	36	65	51	112
Secondaire ou plus		26	19	45	21	65
Quintile de Bien être économique						
Le plus pauvre		39	54	93	88	173
Second		34	39	74	56	126
Moyen		28	31	58	45	101
Quatrième		23	21	45	32	75
Le plus riche		29	17	46	12	57
Selon le sexe						

Tableau 33(suite). Mortalité des enfants pour 1000 naissances vivantes par region _ MICS 5-2014; Cameroun

		Mortalité				
		Néonatale	Post-néonatale	infantile	Juvénile	Infanto-juvenile
Masculin		36	35	70	52	119
Féminin		27	34	61	48	105
Groupe d'âge de la mère à la naissance						
	Moins de 20 ans	40	38	79	55	129
	20 - 34	26	31	57	46	101
	35 -49	46	49	95	68	157
Rang de naissance						
	1	30	27	57	40	94
	2 - 3	26	30	56	45	98
	4 - 5	31	35	66	49	112
	6 ans ou plus	49	57	108	92	188
Intervalle avec la naissance précédente						42
	< 2 ans	51	63		73	170
	2 ans	22	35		56	109
	3 ans	25	31		49	102
	4 ans ou plus	25	19		27	70

Source: EDS 1991, 1998 et 2004 ; EDS-MICS 2011 et MICS 2014,



vaccin_rougeole_1

Tableau 34. Allaitement et alimentation des enfants au Cameroun entre 2011 et 2014

Groupes	Indicateur	EDS-MICS 2011	MICS 2014
Enfants allaités	% des femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédent l'enquête et qui ont allaité leur dernier enfant vivant		95,8
Initiation précoce à l'allaitement	% des femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédent l'enquête et qui ont allaité leur dernier nouveau-né dans la 1 ^{ère} heure après la naissance enfant vivant		31,2
Allaitement exclusif des moins de 6 mois	% de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement alimentés au Sein.	20,4	28,2
Allaitement prédominant des moins de 6 mois	% de nourrissons de moins de 6 mois qui sont reçu l'allaitement maternel comme source prédominante d'alimentation durant le jour précédent		69,8
Allaitement continu à 1 an	% d'enfants de 12 - 15 mois qui ont été allaités durant le jour précédent	77,9	70,3
Allaitement continu à 2 ans	% d'enfants de 20 - 23 mois qui ont été allaités durant le jour précédent	24,3	18,5
Durée médiane de l'allaitement	Age en moins ou 50% d'enfant de 0-35 mois qui n'ont pas été allaités au sein maternel le jour Précédent	17	16,8
Allaitement approprié selon l'age	% des enfants de 0 à 23 ans		49,3
Introduction d'aliments solides, semi-solides et Mous	% de nourrissons de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi solides pendant la grossesse		82,7

Source : EDS-MICS 2011, MICS 2014

Tableau 35. Vaccination avant 1 ^{er} anniversaire (%)	EDS-MICS 2011	MICS 2014
Couverture vaccinale TB	86	91,2
Couverture vaccinale Polio 3	67,7	84,5
Couverture vaccinale Pentavalent (DTCoq 3, Hép 3 et Hib3)	66,3	79,6
Couverture vaccinale Rougeole	70,6	79,9
Couverture vaccinale Pneumonie		78,9
Couverture vaccinale Fièvre Jaune	62,5	79,6
Couverture vaccinale Complète	50,2	64,4
Protection contre Tétanos néonatal	73,3	73,9

Source : EDS-MICS 2011, MICS 2014

Tableau 36. Diarrhée (chez les enfants de moins de 5ans) dans les 2 dernières semaines précédant l'enquête entre 2011 et 2014 au Cameroun	EDS-MICS 2011	MICS 2014
Enfants avec diarrhée	20,9	20
Recherche de soins pour la diarrhée	22,8	25,2
Traitement diarrhée avec SRO et Zinc	SRO: 17,2 et Zinc: 0,1	5,2
Traitement diarrhée avec TRO et alimentation continue	46,5	39,3

Source : EDS-MICS 2011, MICS 2014

Tableau 37. Symptômes d'infection Respiratoire aigue chez enfants de moins de 5 ans entre 2011 et 2014 au Cameroun	EDS-MICS 2011	MICS 2014
Enfants avec symptômes IRA	5,4	4
Recherche de soins pour enfants avec IRA	29,9	28,1
Traitement antibiotique pour enfants avec symptômes d'IRA	44,7	40,7

Source : EDS-MICS 2011, MICS 2014

Tableau 38. Paludisme et Fièvre chez les enfants entre 2011 et 2014 au Cameroun	EDS-MICS 2011	MICS 2014
Enfants avec fièvre	25,9	25,6
Disponibilité MII dans les ménages (au moins une MII)	36,4	70,9
Disponibilité MII dans les ménages (au moins une MII pour 2 pers.)		37,4
Enfants de moins de 5 ans dormant sous MII	21	54,8
Population ayant dormi sous MII	14,8	47,5
Recherche de soins pour la fièvre	26,9	32,9
Utilisation des tests de diagnostic de Paludisme		15,9
Traitement antipaludéen des enfants de moins de 5 ans	23,1	38,2
Traitement à base d'Artesimine combiné (ACT) parmi les enfants qui ont reçu un traitement antipaludéen		15,1
Femmes enceintes dormant sous MII	19,8	52,3
Traitement Préventif contre le Paludisme durant la grossesse		26

Source : EDS-MICS 2011, MICS 2014

Tableau 39. Protection des enfants (%) rapportés entre 2011 et 2014 au Cameroun	EDS-MICS 2011	MICS 2014
Enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans	61,4	66,1
Enfants de 5 à 17 ans impliqués dans le travail des enfants	44,4	47
Enfants de 1 à 14 ans qui ont subi une agression psychologique ou un chatiment corporel durant le dernier mois précédant l'enquête		85

Source : MICS 2011 et 2014

Tableau 40. Taux de fécondité des adolescentes et indice synthétique de fécondité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans en 2014 au Cameroun

Régions		Taux Fécondité des adolescentes de 15-19 ans (pour 1000 jeunes filles)	Indice synthétique de fécondité 15-19 ans (Enfants / Femmes)
Adamaoua	AD	151	5,3
Centre (sans Yaoundé)	CE (sans Ydé)	177	5,1
Est	ES	206	5
Extrême-Nord	EN	143	6,6
Littoral (sans Douala)	LT (sans Dla)	72	4,2
Nord	NO	141	5,8
Nord-Ouest	NW	102	4,3
Ouest	OU	99	5,6
Sud	SU	183	4,7
Sud-Ouest	SW	82	4
Douala	DLA	55	3,4
Yaoundé	YDE	54	3,1
Niveau instruction			
Aucun		205	6,5
Primaire		178	5,7
Secondaire		83	3,9
Supérieur			2,6
Quintile de Bien être économique			
Le plus pauvre		163	6,8
Second		193	6,4
Moyen		145	5,4
Quatrième		97	3,9
Le plus riche		39	3
Cameroun		127,4	5,1

Source : EDS 3(2004) ; EDS-MICS 2011 et MICS 2014



OMS



OMS

5.6. Santé de la mère et du nouveau-né

La mortalité maternelle s'est aggravée au fil du temps, passant de 430 en 1998 à 669 en 2004 puis à 782 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 2011 (EDS-MICS, 2011). Par contre la mortalité néonatale a connu une légère baisse, passant de 33 décès (période 1999- 2004) à 28 décès (Période 2009-2014) pour 1000 naissances vivantes.

En outre, le pays a enregistré entre 2004 et 2014 (i) une baisse des consultations prénatales 1 et 4, (ii) une stagnation des recours à un personnel de santé pendant la grossesse, (iii) une augmentation des accouchements dans un établissement de santé, des accouchements assistés par un prestataire formé et des consultations post-natales pour la mère et le nouveau-né. Les taux des accouchements assistés par des prestataires formés/qualifiés, ont progressé sauf dans les régions de l'Ouest (de 93,3% à 92,3%), du Littoral (sans douala) (de 93,8% à 88,5%) ainsi que dans les villes de Douala (de 97,1% à 95,2%) et de Yaoundé (de 94,20% à 90,5%). Des efforts sont donc nécessaires pour améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accueil des femmes enceintes en milieu hospitalier.

En plus de la consultation prénatale, l'utilisation des moustiquaires imprégnées s'est considérablement améliorée et le pourcentage des femmes qui dormaient sous moustiquaire est passé de 12% à 58% entre 2004 et 2014. Par ailleurs, la proportion des femmes mariées ou vivant en union de 15 à 49 ans sous contraceptif s'est améliorée passant de 29,2% à 34,4% sauf à Yaoundé (de 41,2% à 37,5%) et dans le Sud-Ouest (53,2% à 47,5%) entre 2004 et 2014. En matière de besoins en contraception non satisfaits, on a enregistré en 2014 une prédominance des espacements par rapport à la limitation des naissances dans toutes les régions, sauf dans la région de l'Ouest.

Le gouvernement a mis en place depuis 2013, le programme national multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile (PNLMNI) par Arrêté N° 095/CAB/PM du 11 Novembre 2013.



Unité kangourou HI da

Figure 83. Proportion accouchement assisté par un personnel qualifié Région, 2004-2014

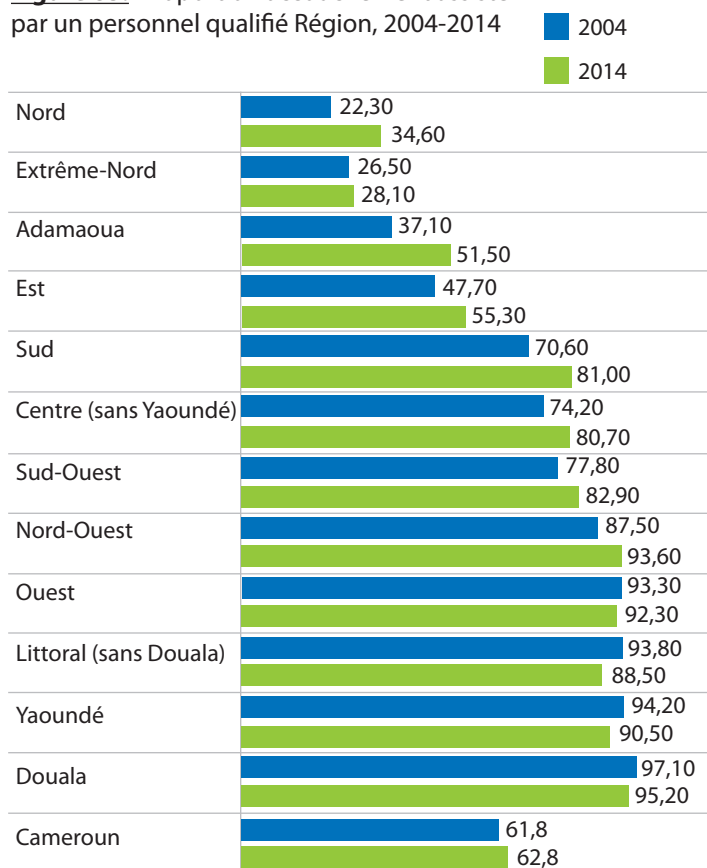


Figure 86. Proportion femmes mariées 15-49 ans sous contraception, 2001-2014

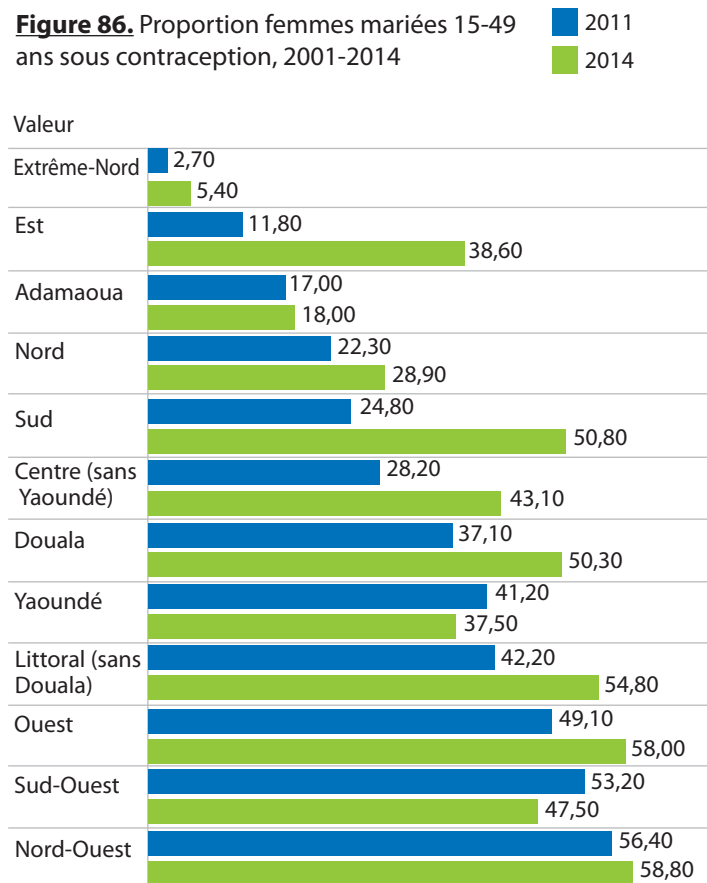


Figure 84. Couverture intervention Santé maternelle, 2004-2014

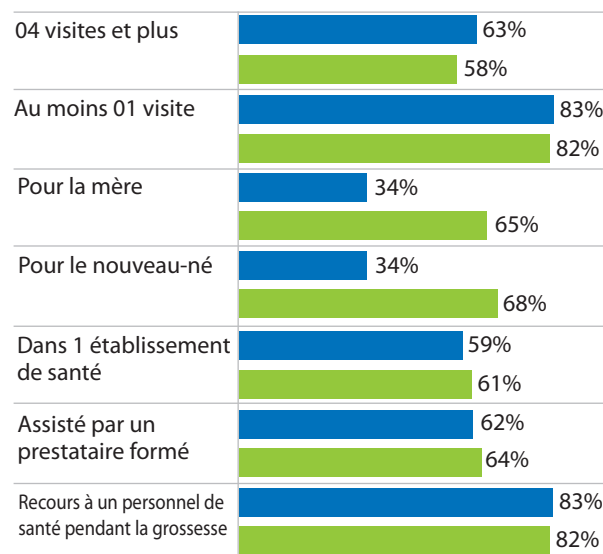


Figure 85. Proportion accouchements assistés-mi-lieu, 2004-2014

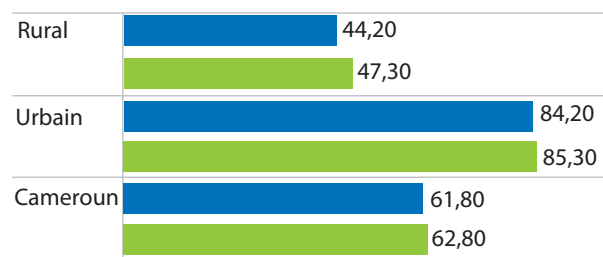


Figure 87. Mortalité maternelle (pour 100 000) au Cameroun, 1998-2011

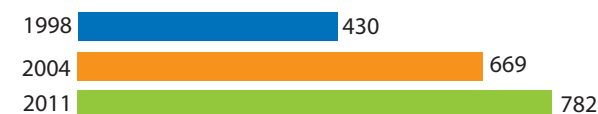
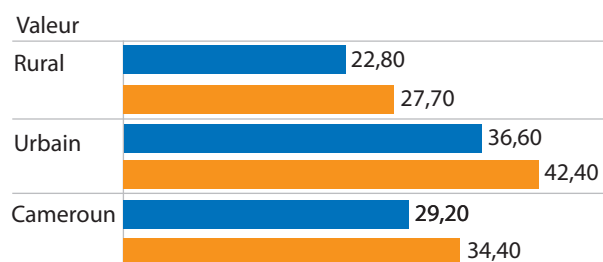


Figure 88. Proportion femmes mariées de 15-49 ans sous Contraception, résidence, 2011-2014-2014



Source : EDS 2011, MICS 2014

Figure 89. Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire, 2014

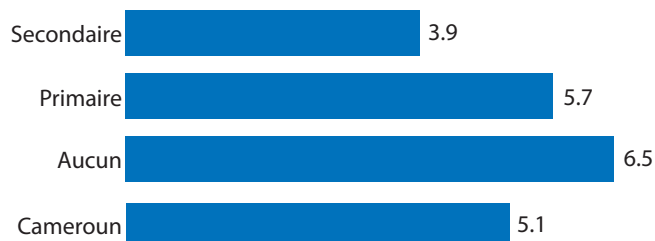


Figure 90. Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire par quintile de bien-être économique, 2014

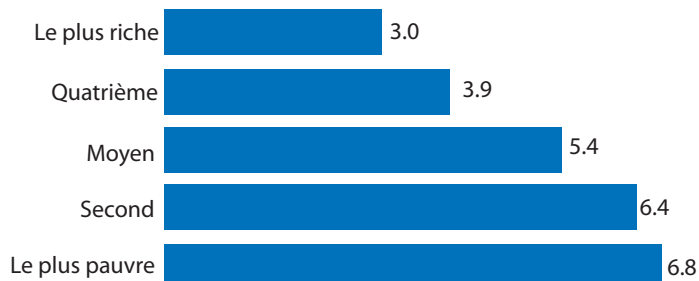


Figure 91. Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, 2014

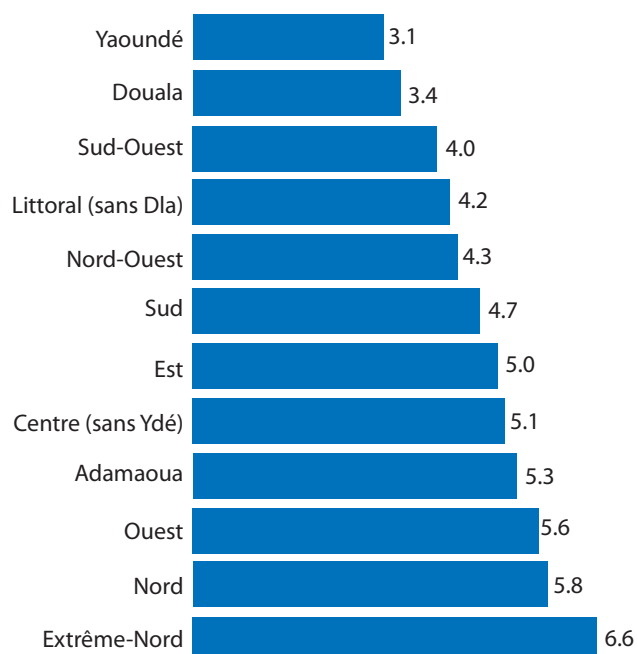


Figure 92. Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, 2014

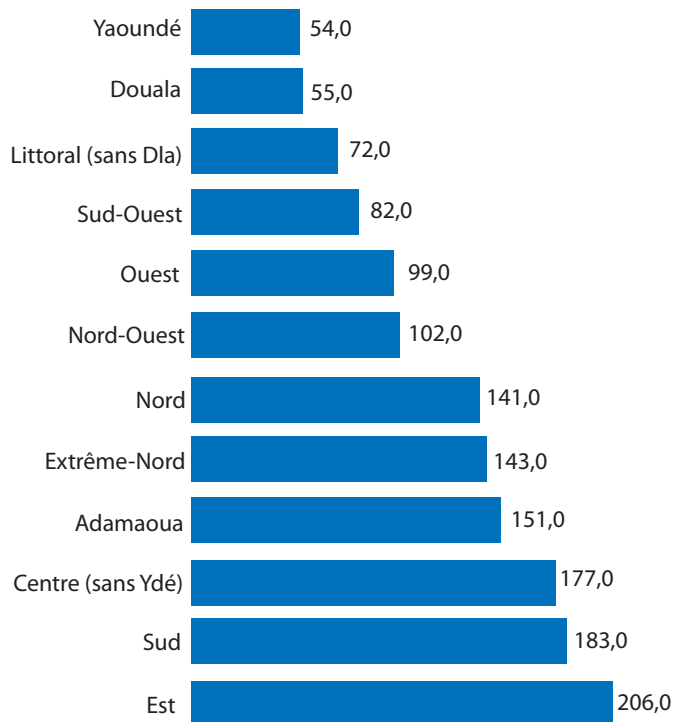


Figure 93. Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, par quintile de Bien-être économique, 2014

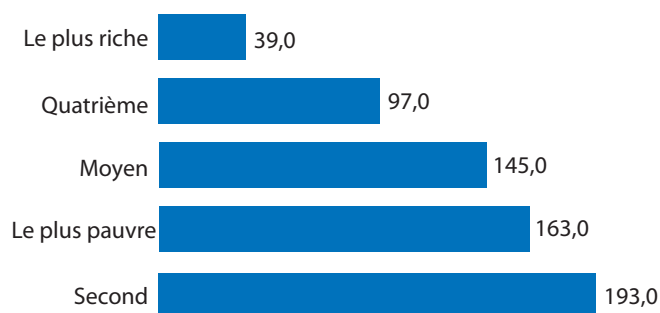
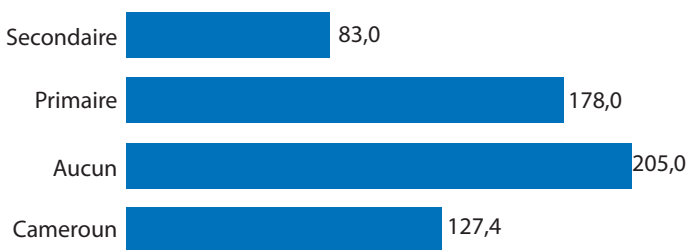


Figure 94. Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, Niveau scolaire, 2014



Source : MICS, 2014

Tableau 41. Prévalence et besoins non satisfaits en Planification familiale entre 2004 et 2014 au Cameroun

	2004	2011	2014
Taux de prévalence contraceptive moderne	14%	16%	34%
Besoins non satisfaits		17%	18%

Source : EDS 3(2004) ; EDS-MICS 2011 et MICS 2014

Tableau 42. Couverture des interventions spécifiques au nouveau-Né entre 2004 et 2014 au Cameroun

		2004	2011	2014
Intervention	Prévention contre le Tétanos	53%	73%	74%
	Incitation précoce à l'allaitement maternel (24h après la naissance)	60%	71%	73%
	Allaitement maternel exclusif	24%	20%	28%
	Déclaration des naissances			66%
	Travail des enfants			4%
Etat nutritionnel des nouveaux-nés	Retard de croissance	29%	28%	31%
	Emancipation	6%	5%	5%
	Insuffisance pondérale	22%	18%	14%

Source : EDS 3(2004) ; EDS-MICS 2011 et MICS 2014

Tableau 43. Naissances vivantes avant l'âge de 15 ans et 18 ans chez les femmes de 15-49 selon le groupe d'âge en 2014 au Cameroun

Milieu Urbain en 2014					Milieu Urbain en 2014				
% des femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de:					% des femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de:				
Groupe d'âges	15 ans		18 ans		Groupe d'âges	15 ans		18 ans	
	Nombre de femmes de 15 à 49 ans	%	Nombre de femmes de 20 à 49 ans	%		Nombre de femmes de 15 à 49 ans	%	Nombre de femmes de 20 à 49 ans	%
15 - 19 ans	1 124	3			15 - 19 ans	996	5,3		
20 - 24 ans	1 078	4,3	1 078	19,4	20 - 24 ans	891	8,2	891	37,3
25 - 29 ans	995	3,4	995	20,1	25 - 29 ans	804	9,3	804	40
30 - 34 ans	730	4,3	730	19,5	30 - 34 ans	878	10,7	878	40
35 - 39 ans	576	4,9	576	21,4	35 - 39 ans	554	8,8	554	38
40 - 44 ans	454	7,8	454	28,7	40 - 44 ans	377	9,6	377	35,3
45 - 49 ans	292	8	292	24	45 - 49 ans	310	6,7	310	34,7
Cameroun	0	4,4	0	21,2		0	8,2	0	38,1

Source : MICS 2014

5.7. Genre et santé de la mère (y compris sexualité et santé de la reproduction)

Les femmes constituent la cible prioritaire de certains programmes et interventions de santé du fait de leur vulnérabilité. Nous pouvons citer entre autres, le PNLMI (réduction de la mortalité maternelle, formation en SONEU), le PNLN (accès aux MILDA et au Traitement préventif Intermittent), le PNLN (Prévention de la transmission mère-enfant du VIH), et le PEV (vaccination gratuite contre le tétanos). Une politique de réduction des coûts des soins maternels est mise en oeuvre tels que les kits obstétricaux, les chèques-santé et la subvention des contraceptifs.

En 2014, 47% des femmes ont subi des violences émotionnelles, 31% des violences physiques, 14% des violences sexuelles et 53% au moins une des trois formes de violence de la part de leur mari/partenaire au cours des 12 derniers mois (MICS, 2014).

Entre 2011 et 2014, l'utilisation des méthodes modernes et traditionnelles de contraception s'est améliorée. Dans le groupe de méthodes modernes, c'est surtout la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) qui a boosté cet indicateur, passant de 0,3% en 2011 à 4,9% en 2014. A titre de rappel, la proportion de femmes sous contraception, même si elle a progressé entre 2004 et 2014, reste encore très faible pour les trois régions du septentrion avec moins de 30% de femmes mariées ou vivant en union concernées.

En matière d'assistance à l'accouchement, les pourcentages les plus élevés sont enregistrés dans les régions du septentrion pour l'accouchement assisté par les parents ou amis (Adamaoua : 29,5%, Extrême-Nord : 40,5% et Nord : 42,9%) au détriment de l'assistance par un prestataire qualifié ou formé. Ces chiffres indiquent que le contexte culturel continue d'influencer les comportements malgré des campagnes de sensibilisation, exposant les parturientes au moment de l'accouchement. C'est dans ces trois régions du septentrion et à l'Est que le séjour post-partum de plus de 12 heures est le plus faible, moins de 43%.

Au total, cette analyse interpelle tous les acteurs sur les difficultés liées au genre et à la santé de la mère surtout dans les régions du septentrion et de l'Est.



Tableau 44. Taux de Fécondité pour la période des 03 ans ayant précédé l'enquête selon le Milieu de Résidence en 2014

	Urbain	Douala /Yaoundé	Autres villes	Rural	Total (moyenne)
TFA* par Groupes d'âge (ans)					
15 – 19	6	55	88	169	79
20 – 24	171	148	186	294	200
25 – 29	182	158	203	274	204
30 – 34	168	154	181	226	182
35 – 39	104	88	116	176	121
40 – 44	35	30	38	73	44
45 – 49	11	22	3	24	15
ISF**	3,7	3,3	4,1	6,2	4,9
TGFG***	127	112	137	209	165
TBN****	31,0	29,6	31,9	40,8	36

*Taux de Fécondité par Âge (TFA) ; **Indice synthétique de Fécondité (ISF) exprimé pour une femme de 15-49 ans ; ***Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) exprimé pour 1000 femmes de 15-49 ans ; **** Taux Brut de Natalité (TBN) pour 1000 individus

Source : MICS 2014

Tableau 45. Proportion des femmes mariées ou vivant en union, âgées de 15 à 49 ans, utilisant un contraceptif par région du Cameroun entre 2006 et 2014

Région		2006	2011	2014
Adamaoua	AD	17		18
Centre (sans Yaoundé)	CE (sans Ydé)	28,2		43,1
Est	ES	11,8		38,6
Extrême-Nord	EN	2,7		5,4
Littoral (sans Douala)	LT (sans DLa)	42,2		54,8
Nord	NO	22,3		28,9
Nord-Ouest	NW	56,4		58,8
Ouest	OU	49,1		58
Sud	SU	24,8		50,8
Sud-Ouest	SW	53,2		47,5
Douala	DLA	37,1		50,3
Yaoundé	YDE	41,2		37,5
Selon le lieu de résidence				
Rural		22,8		27,7
Urbain		36,6		42,4
Cameroun		29,2		34,4

Source : EDS-MICS 2011, MICS 2014,

Tableau 46. Consultations Prénatales (%) chez les femmes de 15 -49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années, 2014

Région		Nombre de visites prénatales				
		Aucune	1	2	3	4 et +
Adamaoua	AD	20,5	4,9	4,9	19	50
Centre (sans Yaoundé)	CE (sans Ydé)	6,3	4,4	9,6	24,5	53,2
Est	ES	9,2	5,3	10,7	27,9	45,2
Extrême-Nord	EN	38,3	4,3	5,1	13,4	37,8
Littoral (sans Douala)	LT (sans Dla)	3,2	2,1	7,6	17,5	69,1
Nord	NO	25,8	3,6	4,3	17,6	46,8
Nord-Ouest	NW	2,8	1,7	5,4	7,4	82,7
Ouest	OU	2,9	2,3	4,3	15,6	74,3
Sud	SU	8,8	2,9	10	18,1	60,1
Sud-Ouest	SW	10,3	1,3	0,7	5	89,7
Douala	DLA	0,5	0,9	2,5	8,9	86,7
Yaoundé	YDE	3,3	1,3	0,7	5	89,7
Selon le lieu de résidence						
	Rural	24,5	4,2	6,4	17,3	46,8
	Douala / Yaoundé	1,7	1,1	1,7	7,2	88
	Autres villes	7,2	2,9	5	13,9	69,6
	Urbain	5,2	2,2	3,8	11,5	76,3
Cameroun		16,6	3,4	5,3	14,9	58,8

Source : MICS 2014

Tableau 47. Personne ayant assisté à l'Accouchement (%) (femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années), 2014

Région		Medecin	Sage Femme /Infirmier / Aide soignant	Accoucheuse Traditionnelle	Agent de Santé communautaire	Parents / Ami	Autres	Pas d'assistance	Total
Adamaoua	AD	10,6	42,4	6,2	0	29,5	9,9	1,4	100
Centre (sans Ydé)	CE (sans Ydé)	5,6	76,8	12	0,8	2,1	2,6	0	99,9
Est	ES	5,8	50,9	23,4	0,3	13,5	4,6	1,5	100
Extrême-Nord	EN	5,1	23,8	14,9	0,5	40,5	10,1	5,1	100
Littoral (sans Dla)	LT (sans Dla)	18,9	73,6	1,1	0	5,8	0,7	0	100,1
Nord	NO	6,7	28,9	10,4	1,5	42,9	8,3	1,3	100
Nord-Ouest	NW	13	82,5	0,3	0,9	2,1	1,1	0	99,9
Ouest	OU	18,8	77,5	0,6	0	1,5	1,7	0	100,1
Sud	SU	28,9	53,5	8,6	0,7	6,8	1,4	0	99,9
Sud-Ouest	SW	7,4	77,9	5,6	0	7,6	1,5	0	100
Douala	DLA	35,2	63,5	0,4	0	0,5	0	0,4	100
Yaoundé	YDE	24,1	69,9	0,8	1,3	0,7	3,2	0	100
Cameroun		15,0	60,1	7,0	0,5	12,8	3,8	0,8	99,9917

Source : MICS 2014

5.8. Epidémies et maladies à tendance épidémique

Un système de Surveillance Intégré des Maladies et Riposte (SIMR) a été mis en place avec l'appui de l'OMS et vise la surveillance des maladies à potentiel épidémique (MAPE), des affections prioritaires et autres événements de santé publique. Grâce à ce système, des épidémies de choléra, de poliomyélite et de rougeole ont été détectées et des réponses ont été mises en oeuvre.

Des épidémies de rougeole ont été déclarées en 2015 (régions du Centre, Extrême Nord, et Nord-Ouest notamment) et en 2016 (régions de l'Adamoua, de l'Extrême-Nord, du Nord et du Sud-Ouest).

Concernant la poliomyélite, on a enregistré 4 cas confirmés de polio virus sauvage en 2013 et 5 cas confirmés en 2014. Le dernier cas ayant été enregistré le 9 juillet 2014 dans le District de santé de Kette, région de l'Est. Les cas de diarrhée sanglante, d'envenimation, de fièvre thyphoïde, de GEAS, de méningites, de paludisme, de morsures de chien ou de serpent, de grippe ont été enregistrés dans toutes les régions en 2015 et 2016 sans atteindre le seuil épidémique. Aucun cas des maladies suivantes n'a été enregistré dans le pays : charbon, chikungunya, dengue, FHV, peste, SRASS et variole.

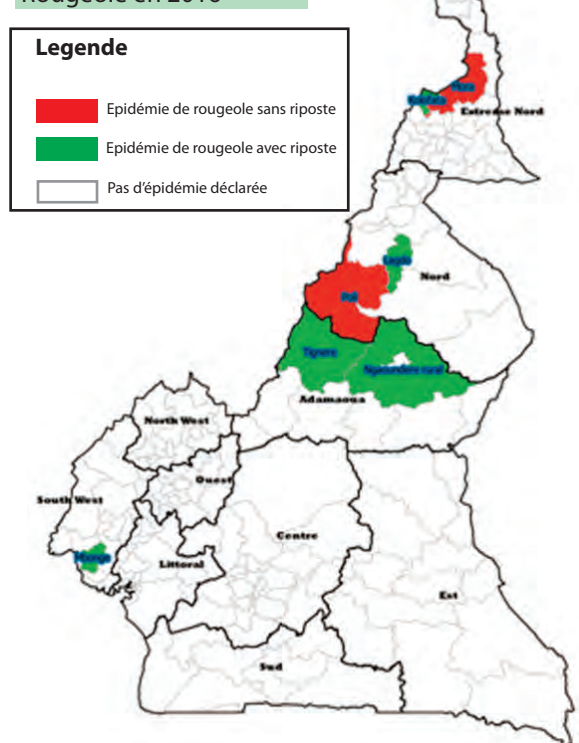
En 2016, la complétude des districts vers la région était de 98% et la promptitude de 84% (Base MAPE 2016, S52). La complétude des régions vers le niveau central était de 100% et la promptitude de 80%. Toutefois, la complétude et la promptitude des FOSA vers les districts ne sont pas connues au niveau régional et encore moins au niveau central. L'amélioration de la sensibilité du système de surveillance est fortement tributaire de la performance du SNIS. L'imminence de la mise en place du Centre National des Opérations des Urgences de Santé Publique (CNOUS) représente une opportunité pour le pays pour mieux gérer les événements de santé publique.

Tableau 48 . Surveillance des maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination selon les régions en 2015 et 2016 au Cameroun

	Fièvre jaune		Paralysie Flaque Aigue		Rougeole		Tétanos Néonatal	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Adamaoua	198	180	78	51	95	397	5	8
Centre	390	225	160	73	313	3 417	22	21
Est	72	100	31	31	41	298	15	15
Extrême-Nord	164	216	101	64	291	1 571	32	20
Littoral	488	237	80	35	256	720	3	11
Nord	312	252	107	68	106	286	25	4
Nord-Ouest	182	225	50	72	221	1 100	4	4
Ouest	100	81	41	26	74	895	9	11
Sud	149	158	28	27	91	813	8	4
Sud-Ouest	323	210	69	31	147	316	9	20
Cameroun	2 378	1 884	745	478	1 635	9 813	132	118

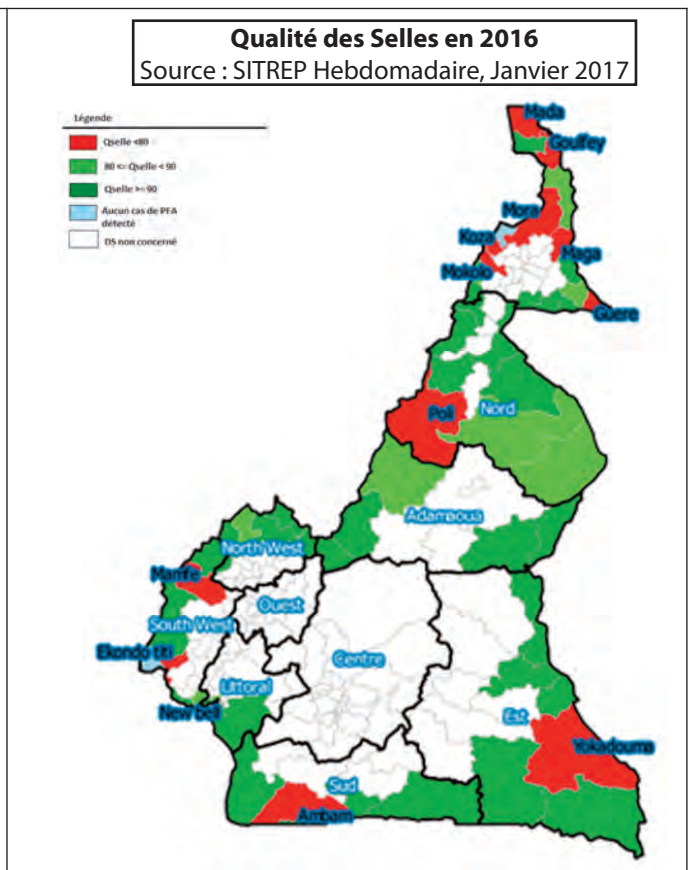
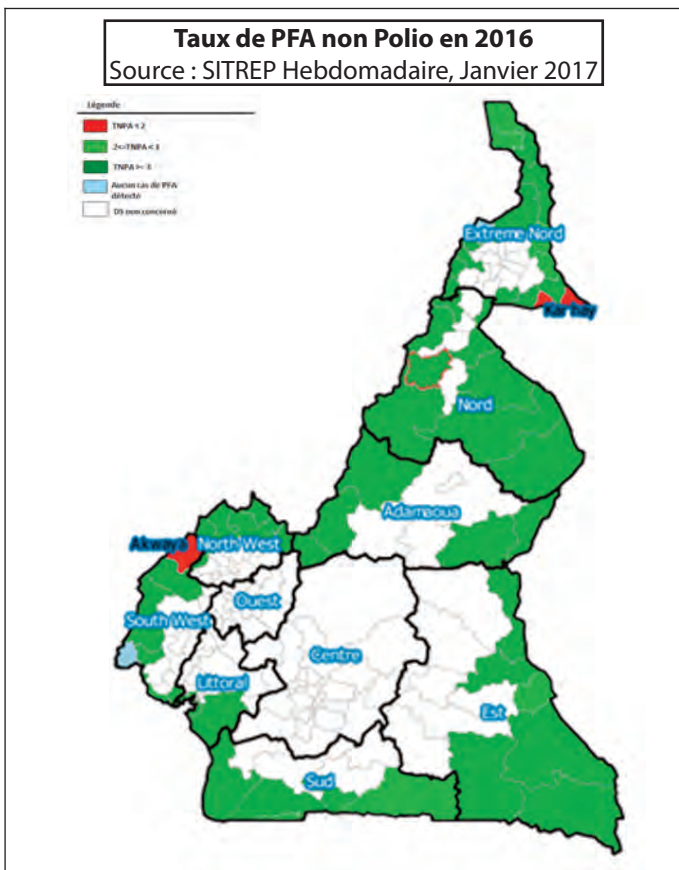
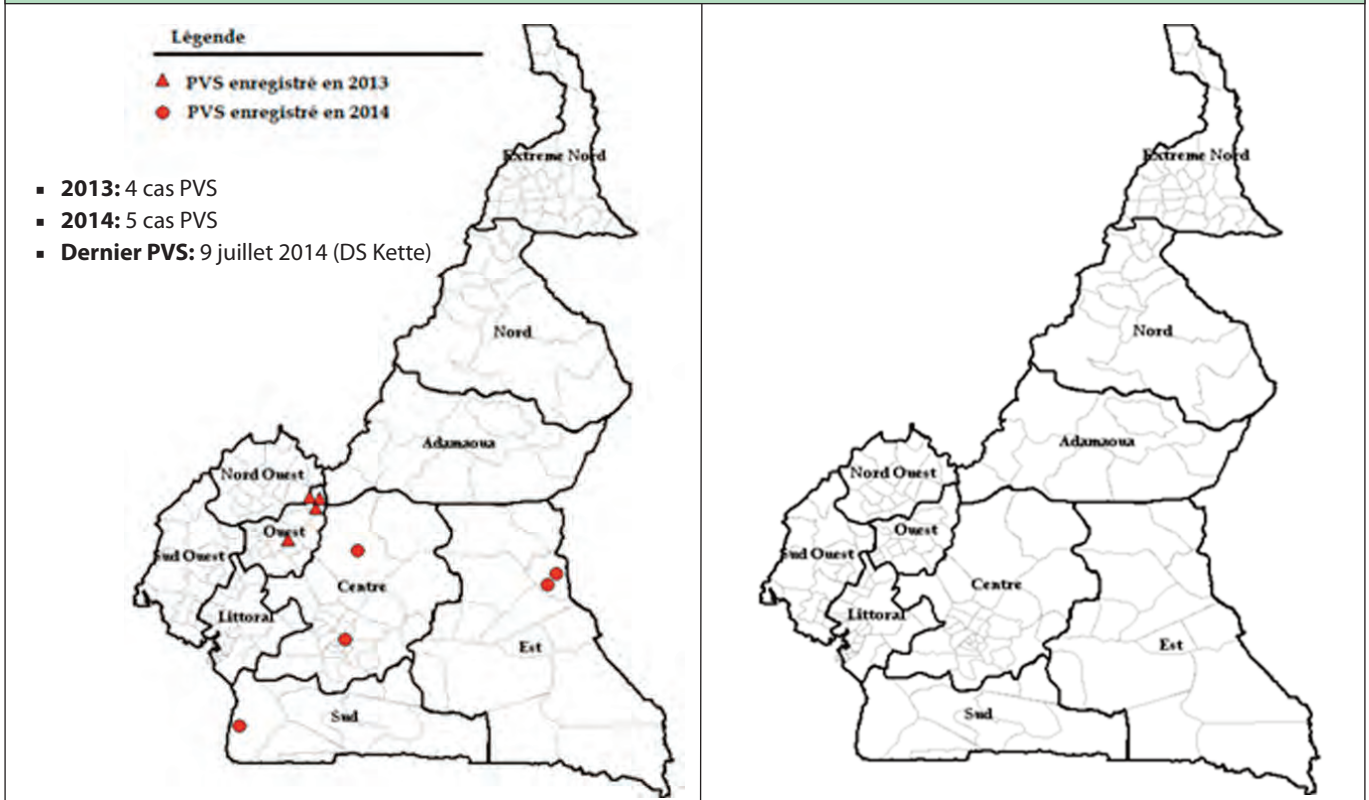
Source: DLMEP/MINSANTE, SE50 _ 2016

Carte des épidémies de Rougeole en 2016



Distribution des cas de la polio virus Sauvage et des cVDPV entre 2013 et 2016 au Cameroun

Source : OMS / MINSANTE _ SITREP Hebdomadaire du Cameroun, Janvier 2017



Comparaison des cas de Paralysie Flaque région par région en 2016 (semaines 1 à 52)
au Cameroun



761011-progres-ete-sans-precedent

5.9. Maladies tropicales négligées

Sur les 17 Maladies Tropicales Négligées (MTN) enregistrées dans le monde, 10 sont notifiées au Cameroun et se subdivisent en deux groupes :

- Le groupe des MTN à Chimiothérapie Préventive (MTN-CTP) : filariose lymphatique, géo-helminthiases, onchocercose, schistosomiase et trachome présentes sur toute l'étendue du territoire national. La transmission de ces maladies s'arrête en cas de baisse de leur prévalence à travers la distribution de masse des médicaments à titre préventif selon une périodicité variant de 3 à 25 ans selon la maladie ;
- Le groupe des MTN à prise en charge des cas (MTN-PCC) : trypanosomiase humaine africaine (THA), ulcère de Buruli, leishmaniose, pian et lèpre qui nécessitent une prise en charge médicale intensive des cas.

Le Cameroun a créé cinq Programmes nationaux de lutte contre les MTN (Onchocercose/Filariose Lymphatique, Shistosomiase/Géo-Helminthiases, Cécité/Trachome, Pian/Leishmaniose/Lèpre/ulcère de Buruli et THA. Ces programmes sont animés par une unité de coordination des MTN (Arrêté N°1611/A/MINSANTE/CAB/SG/DLM du 21 Octobre 2013) logée au niveau de la Direction de la lutte contre la maladie, les épidémies et les pandémies (DLMEP). Sa principale attribution est le suivi de la mise en œuvre cohérente des activités de lutte intégrée des MTN. Il faut signaler que le Cameroun a éradiqué le ver de Guinée en 2007 et surveille les cas de rumeurs.

Le Cameroun a adopté les cinq interventions recommandées par la feuille de route mondiale, pour contrôler, éliminer et éradiquer les MTN : (i) la chimiothérapie préventive, (ii) la prise en charge intensifiée des cas, (iii) la lutte antivectorielle, (iv) l'approvisionnement en eau potable, assainissement et hygiène de base, et (v) la participation de la santé publique vétérinaire à la lutte.

Le profil épidémiologique montre en 2016 (Rapport Technique Annuel des activités MTN, 2016) que l'endémicité des MTN a beaucoup évolué. Sur le plan national, 113 DS sont endémiques pour l'onchocercose, 138 DS pour la filariose lymphatique, 189 DS pour les géo-helminthiases, 12 DS pour la lèpre, 189 DS pour le pian et la rage. Dans l'Extrême-Nord et le Nord, le trachome est enregistré dans 9 DS et la leishmaniose dans 30 DS.

L'évaluation de l'impact de cinq campagnes de traitement de masse a montré l'arrêt de la transmission de la filariose lymphatique dans 31 DS des régions de l'Extrême-Nord (20 DS) et du Nord (11 DS).

Tableau 49. Répartition de l'endémicité des MTN au Cameroun en 2016

Maladies	Répartition géographique	Nombre de Districts de Santé endémiques
Onchocercose	National	113
Filariose Lymphatique	National	138
Géo-Helminthiases	National	189
Shistosomiase	National	76
Trachome	Extrême-Nord et Nord	9
Lèpre	National	12
Pian	National	189
Ulcère de Buruli	National	nr
Leishmaniose	Extrême-Nord et Nord	30
Rage	National	189
Trypanosomiase Humaine Africaine	Est, Sud et Sud-Ouest	nr

Source: Rapport Technique Annuel des activités MTN, 2016

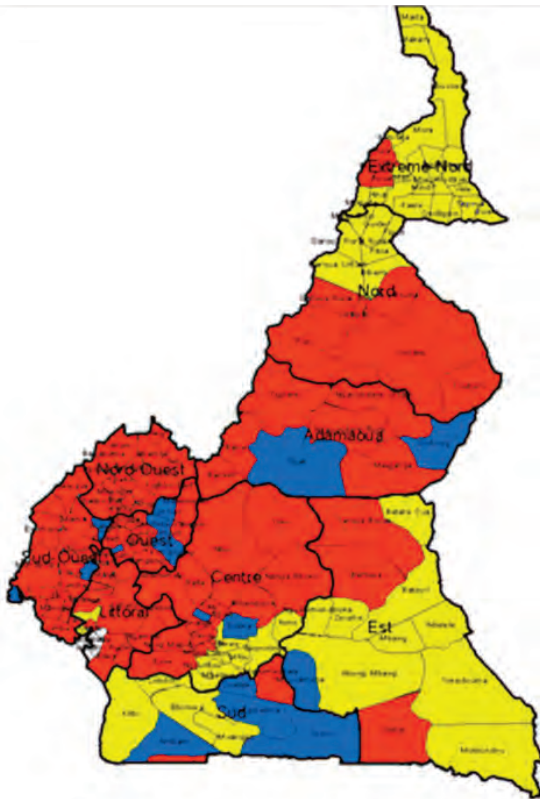


10-17-2012tuberculosis

Maladies Tropicales Negligées à Chimiothérapie Préventive / Cameroun, 2012

Source : OMS/ Bureau Cameroun, 2016

- Onchocercose (Sans FL)
- Onchocercose avec FL
- FL (Sans onchocercose)

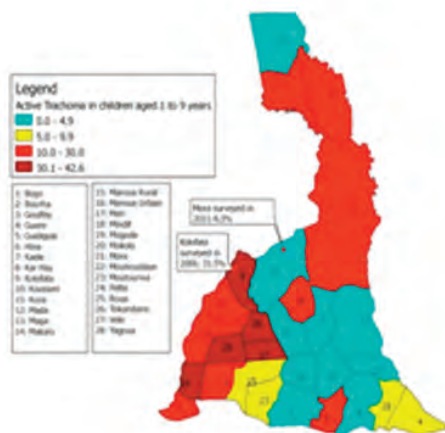


- Géo-helminthiase
- Géo-H + Schistosomiase



Prévalence du Trachome actif dans le Région de l'Extrême-Nord au Cameroun en 2011

Source : OMS/ Bureau Cameroun, 2016

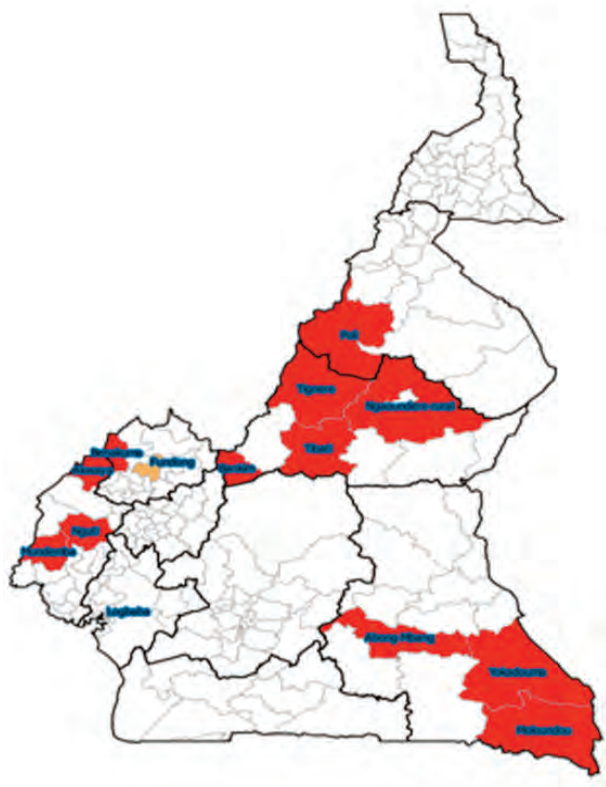


Prévalence de la Lèpre au Cameroun en 2015

Source : OMS/ Bureau Cameroun, 2016

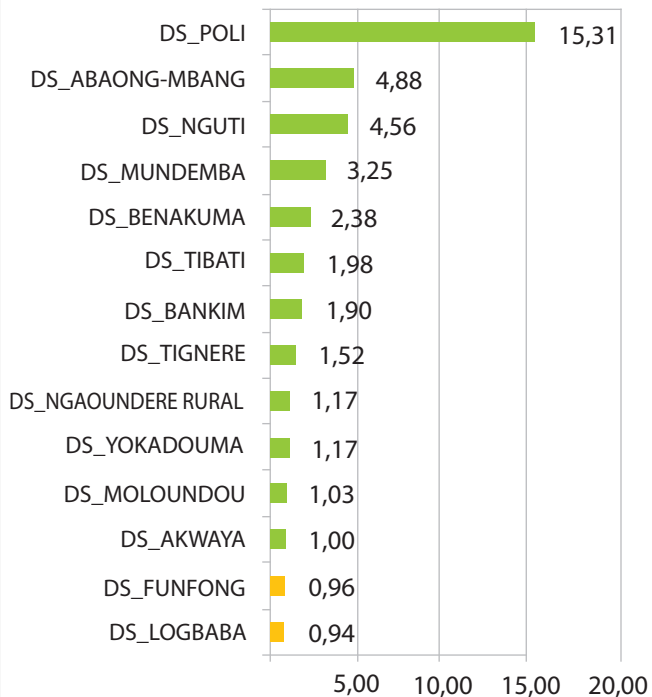
Légende

- Prévalence lèpre $\geq 1/100\ 000$
- Prévalence lèpre entre 0 et 1/100 000
- Prévalence lèpre = 0



Source : OMS/ Bureau Cameroun, 2016

Districts de Santé avec un taux de prevalence de la Lèpre $\geq 1/10000$ habitants au Cameroun, à la fin de l'année 2015



Source: E. Njih Tabah, Brief Situation of Leprosy in Cameroon in 2015

Tableau 50. MTN-PCC: Ulcère de Buruli_ évolution du nombre de cas de 2008 à 2012 sur les principaux foyers identifiés au Cameroun

Foyers	2008	2009	2010	2011	2012
Akonolinga	112	91	127	130	65
Ayos	72	78	59	29	20
Ngoantet	51	71	34	23	19
Bankim	92	69	52	70	56
Ekondotiti	0	0	0	1	8
Mbongue	7	14	15	3	0
Total	334	323	287	256	168

Source: PNL2LUB

5.10. Maladies non transmissibles et conditions

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont en recrudescence. Par ailleurs, la prévalence et le fardeau des maladies transmissibles (MT) sont toujours élevés alors qu'on croyait amorcer une transition épidémiologique, d'où le double fardeau des MNT et des MT sur le système de santé.

En 2014, les MNT représentaient 31% de tous les décès au Cameroun (OMS, 2014). La probabilité de mourir entre 30 et 70 ans au Cameroun de l'une des quatre principales MNT (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques) était de 20,2 % en 2010 et de 19,9 en 2012 (CamBoD, 2015).

Entre 1994 et les années 2010, l'incidence du cancer du col de l'utérus est passée de 24 (2008) à 30 cas pour 100 000 (2012), et la prévalence du diabète a augmenté tant en milieu urbain que rural. La prévalence de l'Hypertension artérielle stagnait autour de 22% entre 1994 et 2014 (CamBoD, 2015).

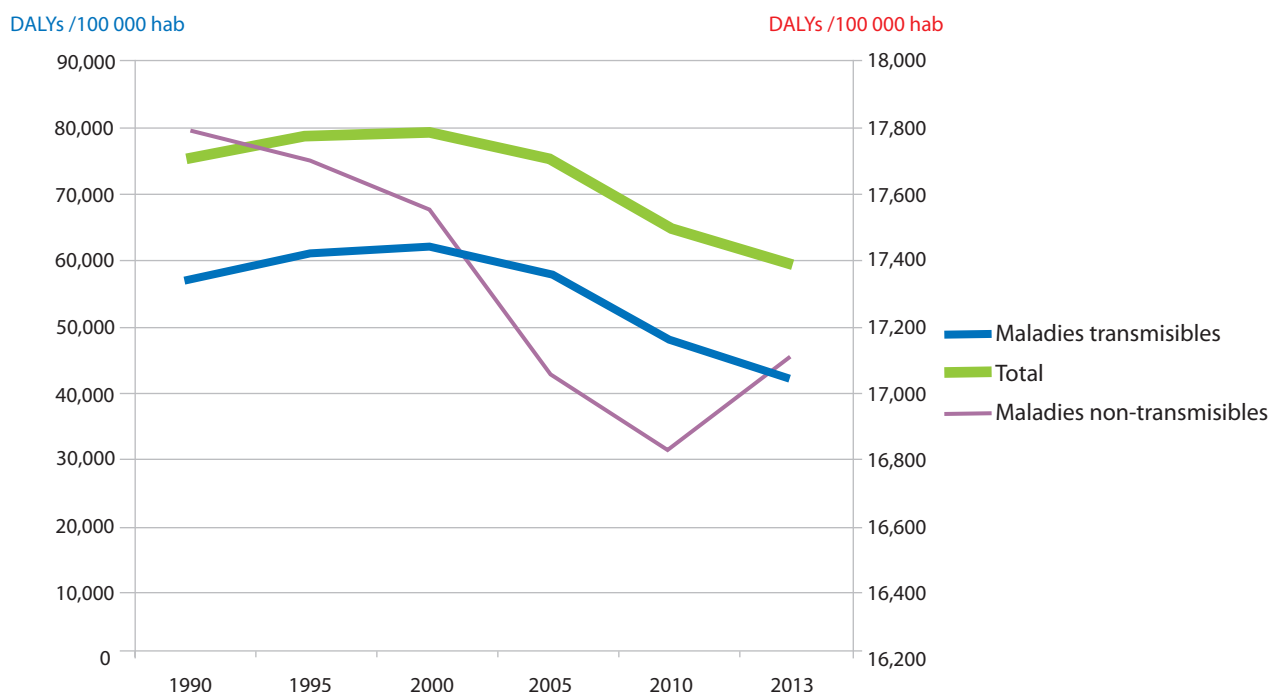
Le nombre de cas d'accidents de la voie publique (AVP) a diminué, passant de 3 552 à 3 071 blessés entre 2011 et 2013. Cette réduction a été obtenue grâce aux actions conjointes de prévention et de sécurité routière du MINTRANS et du MINDEF sous la coordination du Comité National de la Route (CONAROUTE). Les décès sont passés de 1 588 à 1 170 cas au cours de la même période (Données du Secrétariat d'état à la Défense, Non Publié). Le taux de létalité reste encore élevé (près de 40%), ce qui témoigne d'une faible promptitude/efficacité dans la prise en charge des victimes des AVP ou de la gravité des cas. Les Services d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) ont été créés mais restent peu fonctionnels.

Pour la prise en charge des maladies mentales, il n'existe que deux centres spécialisés avec des plateaux techniques adéquats (Hôpital Jamot de Yaoundé et Hôpital Laquintinie de Douala). On note une insuffisance de psychiatres et autres professionnels de la santé mentale.

Le système national surveillance et de riposte aux MNT est encore embryonnaire.



Figure 95. Évolution du poids global des maladies transmissibles et non-transmissibles au Cameroun de 1990 à 2013



Source: Adapté des données du Global Burden of Diseases of 2015

Tableau 51. Proportion de la Mortalité totale des Maladies Non Transmissibles en 2014 au Cameroun

Maladies Transmissibles, Affections Maternelles et Périnatales, et conditions nutritionnelles	61%
Violences (Coups et Blessures)	8%
Maladies cardiovasculaires	11%
Cancers	3%
Maladies respiratoires chroniques	2%
Diabète	2%
Autres Maladies Non Transmissibles	13%
Total	100%

Source: Cameroon Burden of Disease Project; 2014

Tableau 52. Taux d'incidence comparé pour 100 000 cancers du col de l'utérus, en 2008 et 2012 au Cameroun

Année	Taux d'incidence pour 100 000
2008	24
2012	30

Source: Cameroon Burden of Disease Project; 2014

Tableau 53. Prévalence nationale du diabète au Cameroun entre 1994 et 2003 selon le sexe et le lieu de résidence

Sexe et lieu de résidence	1994	1998	2003
Masculin urbain	0,7%	6,5%	6%
Masculin rural	0,8%	4,8%	5,9%
Féminin urbain	1,3%	4,9%	8,8%
Féminin rural	0,3%	2,8%	5%

Source: HoPIT. Cameroon Burden of Diseases (CamBod) Project. Yaoundé, Cameroon; 2004

Tableau 54. Prévalence nationale du de l'Hypertension Artérielle selon le sexe entre 1994 et 2014 au Cameroun

Sexe	1994	2003	2014
Masculin	24,4%	39,6%	
Féminin	20,1%	37,2%	
Pays	22,2%	38,4%	21,6%

Source: HoPIT. Cameroon Burden of Diseases (CamBod) Project. Yaoundé, Cameroon; 2004 et 2015)

Tableau 55. Système National de réponse aux Maladies Non Transmissibles au Cameroun / situation de 2014

Le pays dispose	
d'une Unité opérationnelle MNT au niveau du MINSANTE / Equivalent	Non
d'une d'une Politique Nationale / stratégie Multisectorielle qui intègre plusieurs MNT et Facteurs de risque	Non
d'une Politique Nationale /Stratégie ou plan d'action de reduction des mefaits liés à la consommation abusive de l'Alcool	Non
d'une Politique Nationale / stratégie ou Plan d'action pour promouvoir l'activité physique	Oui
d'une Politique Nationale / stratégie ou Plan d'action pour reduire le poids de l'utilisation abusive du Tabac	Oui
D'une Politique Nationale / stratégie ou Plan d'action pour promouvoir une alimentation équilibrée	Oui
de Protocoles Nationaux sur les bases factuelles/ Standards pour la gestion de la plupart des MNT à partir d'une approche de base	Non
d'une unité de surveillance et de suivi des MNT fonctionelle pour le reporting sur les 09 cibles mondiales concernant les MNT	Non
d'un Registre National sur le Cancer	Non

Source : WHO, Noncommunicable Diseases _NCD_ Country profiles ; 2014_Cameroon



CHAPITRE 6

DETERMINANTS CLES



Quatre types de déterminants ont été analysés à savoir: (i) les facteurs de risque pour la santé, (ii) l'environnement physique, (iii) la nutrition et la sécurité alimentaire, et (iv) les déterminants sociaux.

6.1. Facteurs de risque pour la santé

Quatre facteurs de risque ont été analysés : le tabac, l'alcool, l'absence d'activité physique et les facteurs de risque physiologiques.

Selon le MICS 2014, la consommation de tabac à fumer chez les 15-49 ans montre que 99,7% de femmes sont non-fumeurs et 98,6% n'ont jamais fumé, alors que 89% des hommes sont non-fumeurs et 79,6% n'ont jamais fumé. Parmi les 11% d'hommes de 15-49 ans qui sont fumeurs, on enregistre 8,2% de fumeurs quotidiens du tabac et 2,8% de fumeurs occasionnels.

La perception du risque lié à la consommation du tabac (que le tabagisme peut causer des maladies graves) est de plus de 90% chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Les personnes interrogées, dans une grande majorité, savent que le tabagisme peut entraîner les maladies suivantes : accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, cancer (poumon, vessie et estomac) et une naissance prématurée.

Le MICS 2014 rapporte que les avertissements mentionnés sur les paquets de cigarettes ont permis à 31% des hommes fumeurs d'envisager d'arrêter de fumer au cours des 30 jours précédant l'enquête. Concernant l'activité physique, le gouvernement fait la promotion par la création d'espaces de sport pour tous communément appelés «Parcours Vita». Les populations s'organisent également par petits groupes et clubs de fitness en plein air très actifs le week-end. La prévalence des facteurs de risque physiologique (surpoids, obésité, glycémie élevée et hypertension) dans la population âgée de 18 ans et plus est en recrudescence.

Par rapport à l'alcoolisme, la prévalence des facteurs de risque pour la consommation de l'alcool était restée stable entre 2010 et 2014. Dans le même temps, de nombreux gaps existent dans le suivi de la politique de lutte contre la consommation d'alcool en milieu jeune et spécifiquement en milieu scolaire. L'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs n'est pas systématiquement appliquée. De plus, la grosse offensive publicitaire et le marketing des industries spécialisées dans l'alcool créent un environnement favorable à une consommation excessive et non contrôlée de l'alcool.

Enfin, il n'existe pas encore une politique nationale visant à promouvoir une alimentation saine et équilibrée. Des aliments inadaptés et non conformes (plein de matières grasses, trop salées, etc.) inondent nos marchés, ce qui augmente les facteurs de risque. Pour apporter une réponse adéquate, il est nécessaire d'avoir une approche multisectorielle et multidimensionnelle.

Tableau 56. Consommation de tabac à fumer Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans selon le statut de fumeur, 2014 / Prévalence fumeurs Tabac

	Femmes 15-49 ans	Homme 15-49
Fumeur actuel	0,3	11,0
Fumeur quotidien du tabac	0,2	8,2
Fumeur occasionnel	0,2	2,8
Non-fumeur	99,7	89,0
N'a jamais fumé	98,6	79,6
Autres	1,1	10,6

Source : MICS 2014

Tableau 57. Perception du risque causé par la consommation du Tabac par les adultes

Groupe d'âge	Adultes qui croient (en 2013) que respirer la fumée des autres personnes peut provoquer chez les non fumeurs une maladie grave		
	Ensemble	Fumeurs actuels	Non fumeurs
15-24 ans	91,5	92,3	91,4
25-44ans	91,7	87,3	92,1
45-64 ans	90,2	86,1	90,5
65 et +	83,3	55,9	79,2

Source: Enquête GATS _ Cameroun 2013

Tableau 58. Prévalence de certains facteurs de risques des maladies Non transmissibles au Cameroun en 2010 et 2014

Facteurs de risque	Prevalence chez les adultes (15+)					
	2010			2014		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Alcool						
Adulte consommation par habitant (en litres d'alcool pur), la population âgée de 15 ans (2010)	13,3	3,5	8,4			8,6
Activité physique insuffisante						
La prévalence de l'activité physique insuffisante (adultes 18+ ans), 2010	22,8	38,7	30,7			
Facteurs de risques physiologiques						
Prévalence de surpoids (IMC \geq 25) (Population âgée de 18 ans et plus), 2010	33,3	38,7	31,0	25,1	41,8	33,5
Prévalence de l'obésité (IMC \geq 30) (Population âgée de 18 ans et plus)	4,9	14,7	9,8	5,8	17,1	11,4
Prévalence de la glycémie élevée (Population âgée de 18 ans et plus)	8,5	7,9	8,2	9,3	8,6	9
Prévalence de l'hypertension artérielle (Population âgée de 18 ans et plus)	29,4	28,2	28,8	22,6	20,5	21,6

Source : Analyse des politiques de prévention des maladies non transmissibles en Afrique (APPMNTA): Une étude de cas du Cameroun, Rapport Final Septembre 2016

6.2. Environnement physique

Le Cameroun améliore constamment son environnement physique. Toutefois, certains citoyens ont encore des mauvais comportements en matière d'hygiène et d'assainissement du milieu notamment le déversement des sachets et bouteilles plastiques et des ordures ménagères dans la nature.

L'accès des populations à l'eau potable s'est beaucoup amélioré dans toutes les régions du Cameroun (MICS, 2014). En 2014, l'accès à l'eau potable se situait entre 25% et 50% dans cinq régions: le Nord (36,9%), l'Est (41,6%), l'Adamaoua (41,5%), le Sud (47,8 %) et l'Ouest (49,4%). Dans les cinq autres régions, cet accès était compris entre 50% et 75%. Dans les villes de Douala et Yaoundé, l'eau potable était disponible respectivement pour 95,9% et 80,2% de la population.

La proportion des populations qui habitent des maisons en matériaux définitifs a globalement augmenté, mais a diminué de moitié en milieu urbain entre 2007 et 2014.

La proportion des populations disposant de WC a diminué partout entre 2001 et 2014, sauf dans les régions du Nord-Ouest et de l'Adamaoua où l'on a enregistré une augmentation.

Au-delà de l'accès à l'eau potable, les autres déterminants de l'environnement physique n'ont pas évolué favorablement, les populations demeurent donc très exposées à la maladie.



OMS

Figure 96. Taux des populations habitant les maisons à matériel définitif, milieu de résidence, 2007-2014

2007
2014

Milieu

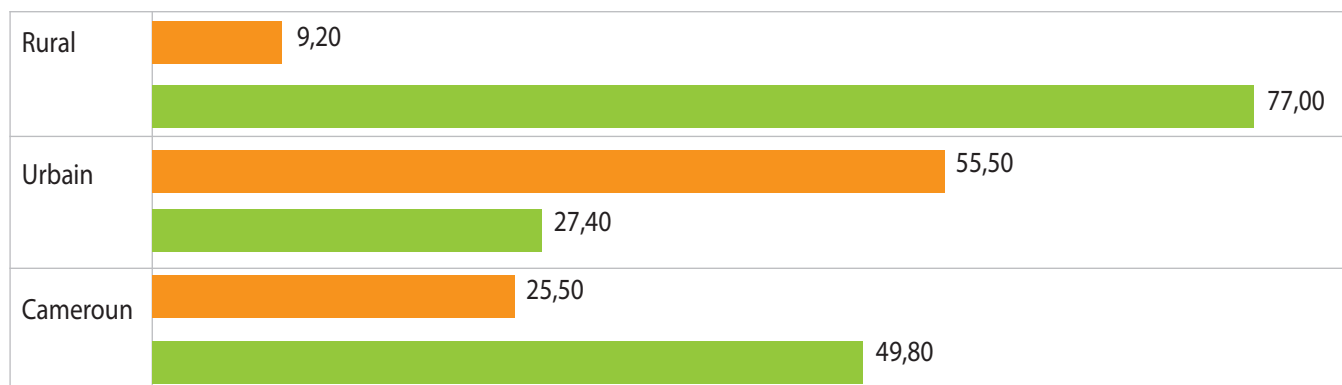
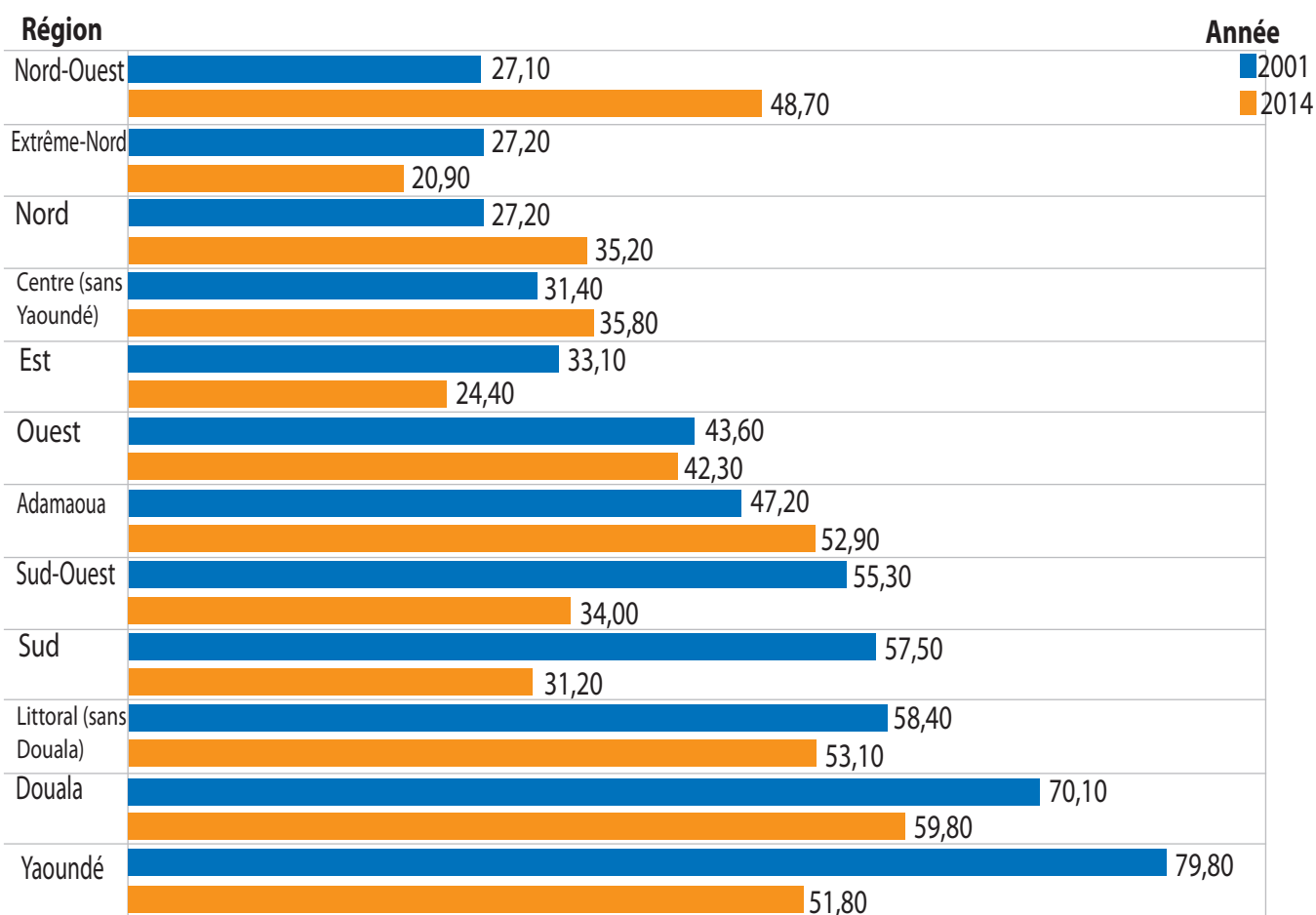


Figure 97. Taux des populations disposant des WC par région 2001-2014



Source : INS, Rapport OMD 2015

6.3. Nutrition et sécurité alimentaire

Le Cameroun est un pays autosuffisant alimentaire et reconnu comme le grenier de l'Afrique Centrale. Toutefois, les EDS de 1991 et 2011 ont montré que l'état nutritionnel des enfants et des femmes reste préoccupant. Cette situation s'est accentuée avec la persistance de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire aggravée par le phénomène de déplacement des populations dû au phénomène du terrorisme dans le Septentrion et à la situation sécuritaire précaire en République Centrafricaine.

Une évaluation de la sécurité alimentaire (MINEPAT, 2010) a montré que (i) 32,5% et 16% des ménages ne parviennent pas à avoir une alimentation équilibrée dans l'Adamoua et à l'Est respectivement, (ii) l'insécurité alimentaire sévère concerne 9,2% des ménages des réfugiés et 5,7% des ménages hôtes dans les deux régions et (iii) 22,8% de ménages de réfugiés et 13% d'auchtones ont une consommation alimentaire limitée.

La recrudescence de certaines MNT est en partie liée à la nutrition (surnutrition).

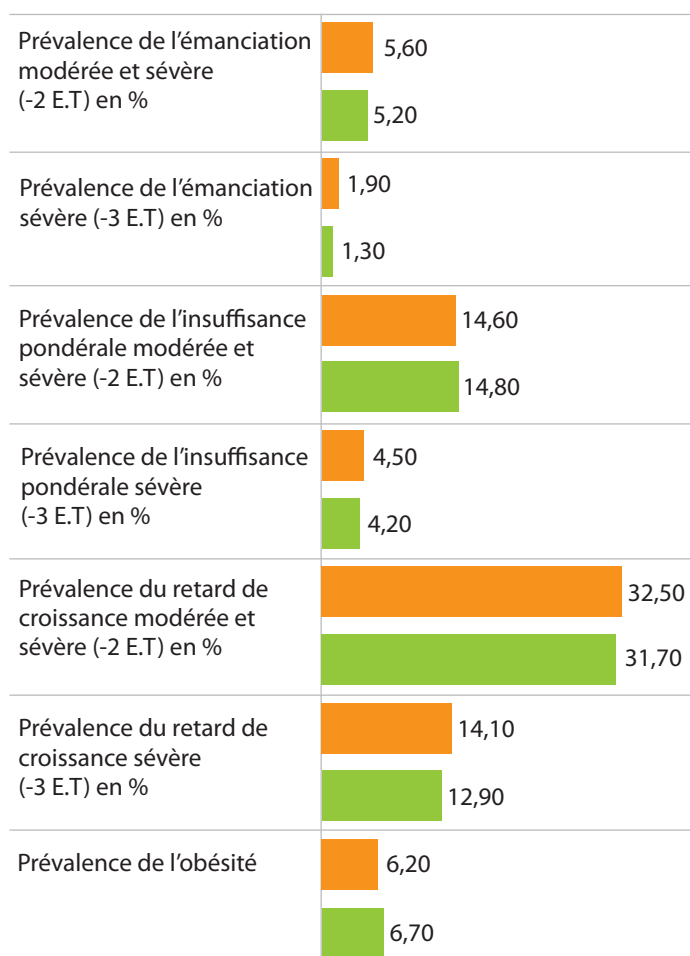
Avec la SSS 2001-2015 et en conformité avec le DSCE, le MINSANTE a mis en place une politique nationale d'alimentation et de nutrition qui comporte neuf grands axes : (i) la promotion de l'allaitement maternel, (ii) la lutte contre la malnutrition, (iii) la lutte contre les carences en micronutriments, (iv) la prévention et la prise en charge des MNT liés à la nutrition, (v) le soutien nutritionnel aux groupes vulnérables, (vi) la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA, (vii) la promotion de la sécurité sanitaire des aliments, (viii) la sécurité alimentaire et la formation, (ix) le recrutement des professionnels en nutrition. Toutefois, cette stratégie n'a pas été élaborée de manière concertée avec les autres administrations en charge de l'alimentation et de la nutrition, notamment de l'Agriculture et du Développement Rural, de l'Elevage, des pêches et industries animales, de la Faune et des forêts, de l'Environnement et enfin de l'Eau.

L'évaluation finale de la SSS 2001-2015 révèle qu'en matière de promotion de la santé, la réalisation majeure observée est la réduction de 50% des cas de sous-alimentation. Quelques indicateurs exprimant les conditions alimentaires et nutritionnelles sont rapportés pour l'année 2011 : taux d'insécurité alimentaire (8,1%), prévalence de l'allaitement (28,2%), anémie des femmes (40%) et des enfants (60%), obésité chez la femme (32%). Le rapport d'évaluation souligne que les faibles résultats observés seraient liés à (i) l'absence d'un Plan stratégique multisectoriel de prévention de la maladie et de promotion de la santé ; et (ii) l'insuffisance de ressources, notamment financières allouées à la mise en œuvre des actions planifiées.

Tableau 59. Conditions alimentaire et nutritionnelle 2011 & WASH 2014

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

Figure 98. Etat nutritionnel enfants de moins de 5 ans, 2011-2014



Source : EDS 2004, MICS 2014

Figure 99. Etat nutritionnel enfant, 2004-2014

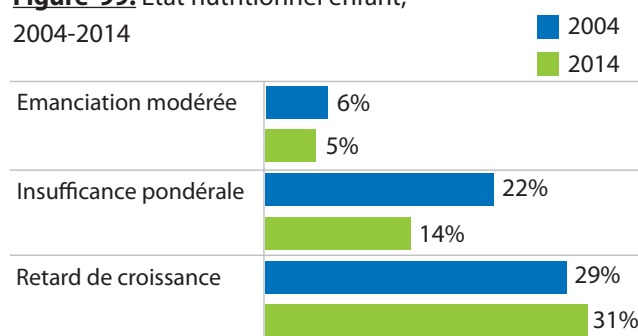


Figure 100. Etat nutritionnel enfant de moins de 5 ans, 2004-2014

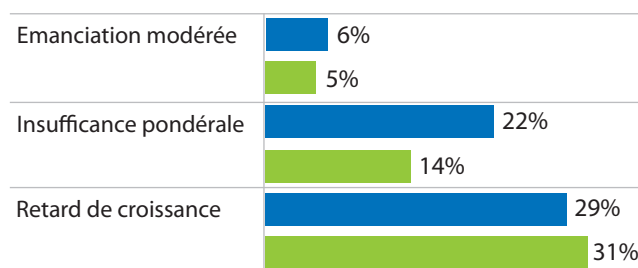
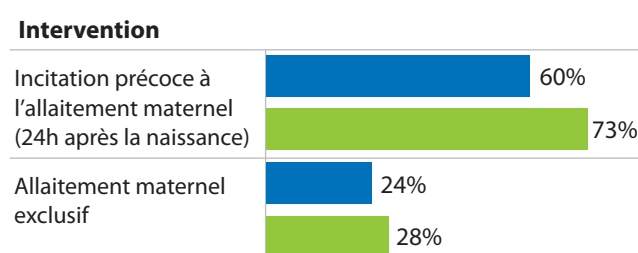


Figure 101. Couverture intervention nouveau-né, 2004-2014



6.4. Déterminants sociaux

Les indicateurs d'accès aux Technologies de l'information et de la Communication (TIC) se sont améliorés de manière substantielle dans toutes les régions entre 2001 et 2014. En 2014, 16,1% de la population utilisait Internet, et le nombre d'abonnés à la téléphonie mobile est passé de 4.5 millions à 14.8 millions entre 2007 et 2013, avec une couverture géographique du réseau de 83,3% (ART, 2014).

Les enfants (filles comme garçons) ont accès à l'éducation dans toutes les régions et le ratios fille/garçons est proche de un.

Le réseau routier s'est considérablement développé atteignant en 2012 près de 77 589 km dont 5 133 km de routes revêtues (MINTP, 2012). Toutefois, plusieurs zones restent difficilement accessibles.

Le pourcentage de la population habitant des logements avec des installations sanitaires améliorées a diminué dans six régions (Est, Extrême-nord, Littoral sans Douala, Ouest, Sud et Sud-Ouest), ainsi que dans les villes de Douala et de Yaoundé entre 2001 et 2014.

Si l'accès aux TIC et à l'éducation ne posent pas de problèmes particuliers pour les camerounais quelque soit le lieu de résidence, l'Etat a intérêt à travers l'IEC à communiquer davantage avec les populations pour améliorer des déterminants sociaux qui contribuent à la santé.

Le vieillissement reste une préoccupation avec l'espérance de vie à plus de 60 ans qui a légèrement reculé, passant de 18 ans à 17 ans (Estimations WHO, WHS, 2015).

Tableau 60. Quelques informations nées sur les accidents de la route au Cameroun en 2015

Cadre Institutionnel	
Agence légale	Ministère des Transports
Budget de l'état	Oui
Stratégie Nationale	Oui
Prise en charge Post accident	
Disponibilité Urgences	Oui
N° de Téléphone gratuit	119
Personnel formé aux premiers secours	
Populations brifés / informées sur gestes qui sauvent	
Données	
Rapports sur Accidents de la route (2013)	1 095
Estimation OMS accidents de la route	6 136 (95%CI 5 035-7 236)
Estimation OMS: Taux pour 100 000	27,6
Estimation perte GDP du fait accidents de la route	1,096
Decès usagers de la route	Non disponible
Instructions sécurité sur les routes	
Limitation de vitesse	Oui
Loi sur l'alcool au volant	Oui
Loi sur les engins à deux roues	Oui
Loi sur la ceinture de sécurité	Oui
Loi sur la restriction du port d'enfants	Non
Loi sur utilisation téléphones portables au volant	Oui
Loi sur la conduite sous dépendance Médicaments	Oui

Source: WHO, Global status report on road safety, 2015

Figure 102. Accès aux lignes téléphoniques fixes (pour 1000 habitants), par région, 2007-2014

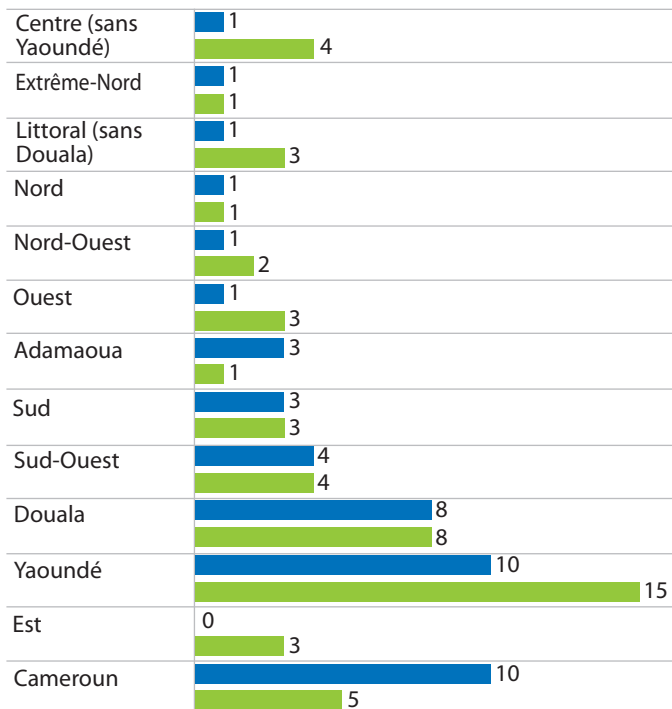


Figure 103. Nombre (pour 1000 habitants) de téléphones portables, par région, 2007-2014

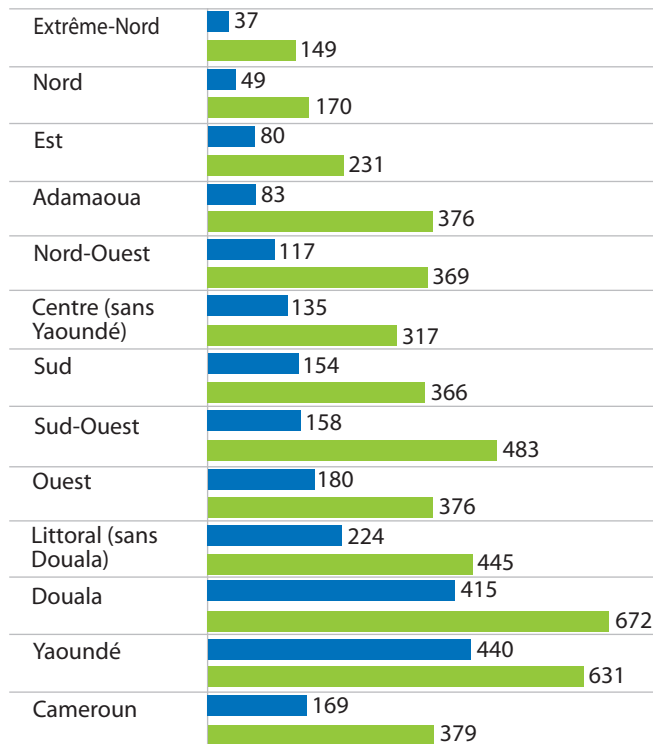


Figure 104. Nombre (pour 1000 habitants) d'ordinateurs personnels, par région, 2007-2014

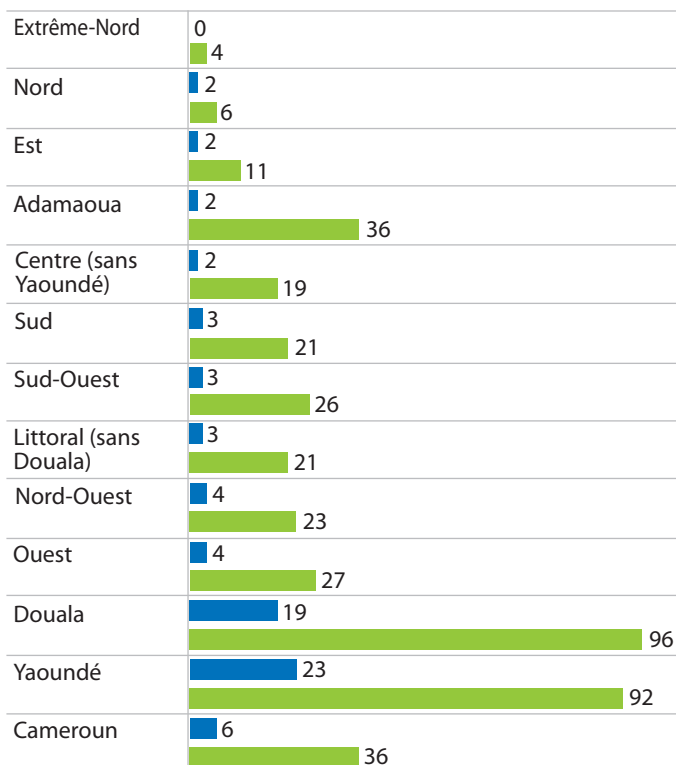


Figure 105. Taux des populations habitant les maisons à matériaux définitifs, milieu de résidence, 2007-2014

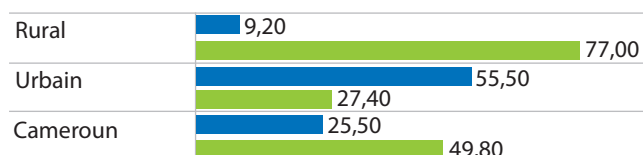


Figure 106. Taux des population disposant des WC, milieu, 2001-2014

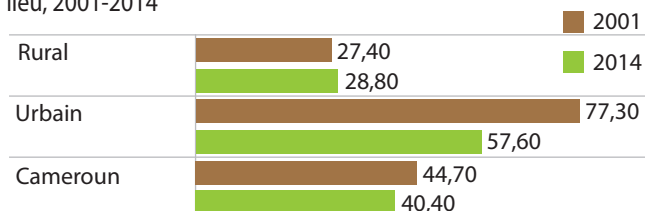
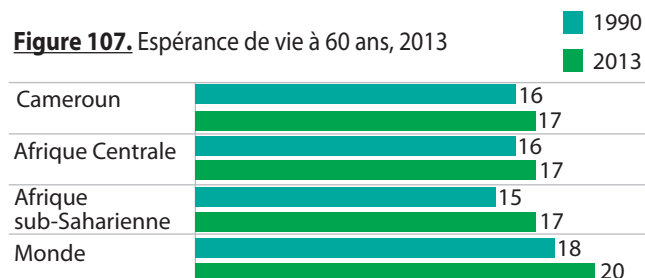


Figure 107. Espérance de vie à 60 ans, 2013



Source : INS, Rapport OMD 2015; : Ecam 3 et 4; WHO, 2013

Le Profil Sanitaire 2016 du Cameroun est une synthèse des données sanitaires validées les plus récentes. Trois tendances se dégagent des indicateurs de santé:

- (i) Des domaines d'amélioration des indicateurs: il s'agit essentiellement des interventions relatives aux programmes verticaux tels que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et la vaccination.
- (ii) Des domaines de stagnation: ici, on retrouve l'espérance de vie, le financement public et le développement des districts de santé.
- (ii) Des domaines de regression: on note surtout la mortalité maternelle, la planification familiale, et la couverture maladie.

De façon générale, la performance du système de santé est faible et aucun OMD lié à la santé n'a été atteint en 2015. Toutefois, les indicateurs de santé sont en inadéquation avec les ressources disponibles. Il existe donc un fort potentiel d'amélioration. La nouvelle SSS 2016-2027 et son premier PNDS 2016-2020 orientés vers l'offre de soins et services de santé essentiels et spécialisés prioritaires offrent une excellente opportunité pour améliorer la santé des populations. Pour cela, le renforcement de toutes les composantes du système de santé est impératif pour une efficacité et une efficacie des interventions de santé. De plus, tous les acteurs clés doivent adopter l'approche d'organisation apprenante pour un monitoring continu afin d'adapter régulièrement les stratégies et les activités en fonction du contexte local et des résultats obtenus.

Comme principales recommandations, nous suggérons de :

- (i) Développer le stewardship (pilotage stratégique) à tous les niveaux du système pour que chaque acteur s'inscrive dans la logique d'apprentissage et d'amélioration continue des performances;
- (ii) Actualiser et disséminer les textes réglementaires et mettre en place des mécanismes et stratégies pour leur mise en oeuvre effective;
- (iii) Renforcer la recherche action et la recherche opérationnelle en santé pour identifier les goulots d'étranglements et les défis opérationnels de mise en oeuvre des interventions spécifiques de santé;
- (iv) Développer le SNIS de routine pour assurer un suivi effectif des interventions de santé et une prise de décision basée sur les données probantes;
- (v) Accélérer la mise en place d'un système de financement plus équitable à travers l'approche de couverture sanitaire universelle.

1. ANPPA, Analyse des politiques de prévention des maladies non transmissibles en Afrique (APPMNTA): Une étude de cas du Cameroun, Rapport Final Septembre 2016
2. CNLS, Plan stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2014-2017
3. CNLS, Rapport annuel des activités de Lutte contre le VIH / SIDA et les IST au Cameroun, Mars 2015
4. CNLS, Rapport de progrès, PTME N° 10, 2015
5. CNLS, Rapport National de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA, Cameroun, 30 Mars 2012
6. Comité Technique National sur la CSU, Proposition d'une architecture de Couverture Universelle en Santé au Cameroun, Note technique, Octobre 2016, analyse de la situation sanitaire
7. Earnest Njih Tabah, Brief situation of Leprosy in Cameroon in 2015
8. Enquête Mondiale sur le Tabagisme chez les Adultes (Global Adults Tabaco Survey_ GATS) _ Cameroun 2013
9. Etienne Nnomzo'o et Emilienne Epee: Situation Maldadies Tropicales Négligées au Cameroun 2 ans après le lancement du Plan directeur, 2014, Communication à l'atelier de revue sur les activités des MTN et Planification des interventions de 2015 / Kribi, décembre 2014
10. Gill Walt & Patrick Vaughan, An introduction to the primary Health Care approach in Developing countries, A review with selected and anoted references, Ross Institute of Tropical Hygiene Publication N° 13, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC IE 7HT, 1981)
11. Graziella Caselli, France Mslé et Jacques Vallin, les entorses au schéma de la transition épidémiologique, communication au congrès International de la Population, Rome, Paris, 2001
12. IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), University of Washington, Global Burden of Disease 2013, Diseases injuries, and Risk Factors
13. IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), University of Washington, Full report, 2013
14. INS, Enquête Camerounaise auprès des Ménages, 2007
15. INS, Enquête Démographique et de Santé, 1998
16. INS, Enquête Démographique et de Santé, 2004
17. INS, Enquête Démographique et Santé et à indicateurs Multiples, 2011
18. INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2014, Cameroun
19. INS, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015
20. Jean Meslé et Jacques Vallin, Transition sanitaire : Tendances et perspectives, Médecine / Science 2000 ; 16 : 1164-71
21. MINEPAT, évaluation rapide de la sécurité alimentaire des populations réfugiées et Hôtes de l'Adamaoua et l'Est du Cameroun, Septembre 2010
22. MINSANTE, Facteurs influençant la persistance du nombre élevé non ou incomplètement vaccinés à douala et Yaoundé, Rapport d'Analyse, 2016
23. MINSANTE /DROS, Plan stratégique National de la Recherche Opérationnelle pour la Santé Humaine au Cameroun 2014-2018, Novembre 2013

24. MINSANTE, Comité National sur la CSU, Proposition d'une architecture du système de Couverture Universelle en Santé au Cameroun, Note Technique, Octobre 2016
25. MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2011
26. MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2012
27. MINSANTE, Etude/ Evaluation de la Réorientation des Soins de Santé Primaires, Octobre 1997
28. MINSANTE, Evaluation Organisationnelle pour l'Amélioration et le Renforcement du financement de la Santé vers la Couverture Universelle, Rapport OASIS, juillet 2016
29. MINSANTE, Plan Intégré de Suivi et Evaluation du PNDS 2016-2020
30. MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015
31. MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020
32. MINSANTE, Politique nationale d'alimentation et de nutrition, 2006
33. MINSANTE, Rapport d'évaluation finale de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-15
34. MINSANTE, Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027
35. MINSANTE/CIS, Annuaire Statistique de la Santé, 2014
36. MINSANTE, Plan de développement des ressources humaines PDRH: État des lieux et diagnostic_ 2012,
37. OMS Cameroun, Cartographie des MTN au Cameroun, 2015
38. OMS Cameroun, Profil Sanitaire Complet du Cameroun 2015
39. OMS Cameroun, Rapport Annuel 2014
40. OMS, Atlas des statistiques Sanitaires de la Région Africaine 2016
41. OMS, Recommandations de la cinquième réunion du groupe Régional de la revue du Programme de lutte contre la Maladies Tropicales Négligées ; 10-12 Octobre 2016, Dar Es Slam, Tanzanie
42. PNLN, Rapport annuel, 2005 à 2015
43. PNLN, rapports annuels 2006 à 2014
44. PNLN, rapports annuels 2005 à 2014
45. Agence de Régulation des Télécommunications. Étude sur le niveau d'accès, les usages et la perception des services des communications électroniques. 2014.
46. Ministère des Travaux Publics: Siteweb, 2012: <http://www.mintp.cm/fr/projets-realizations /presentation-du-reseau-routier>
47. UNGASS, Cameroun: Mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Rapport de Progrès N°3
48. WHO Afro, Global Atlas of Medical Devices, 2014 /Cameroon
49. WHO, Global Status report on non communicable diseases, 2014
50. WHO, Global status report on road safety, 2015
51. WHO, Neglected Tropical diseases, Cameroon, 2010
52. WHO, Noncommunicable Diseases _NCD_ Country profiles ; 2014_Cameroon)
53. WHO, Noncommunicable Diseases (NCD), Cameroon Country Profiles, 2014
54. WHO, Report on the status of major health risk factors for non communicable disease: WHO African Region, 2015
55. WHO, WHO Methods and Data sources for global burden of disease estimate 2000-2011
56. WHO, World Health Statistics 2008, 2010, 2011, 2013, 2014, 2016

Les Objectifs du Développement durables (ODD) de Santé

Les ODD¹³, au nombre de 17, incluent l'éradication de la pauvreté, la santé, l'éducation, la sécurité alimentaire et la nutrition, mais aussi bien une large gamme d'objectifs concernant les volets économiques, sociaux et environnementaux et la promesse des sociétés plus inclusives et paisibles.

L'objectif 3 porte sur la santé : « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** »

- D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes;
- D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus;
- D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles;
- D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être
- Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool;
- D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route;
- D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux;
- Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable;
- D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol;
- Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

¹³Lien pour la description de tous les ODD en français : <http://www.un.org/sustainable-development/goal/fr/objectif-de-developpement-durables/>
Référence récente de l'OMS : <http://www.who.int/hrh/news/2015/path-towards-SDGs/en/>

- Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet;
- Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement;
- Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux.

Bureau : (237) 222 204 185

Mobile : (237) 699 917 593

Fax: (237) 242 204 186

E-mail : onsp_minsante2016@yahoo.com



**Organisation
mondiale de la Santé**

Bureau de la Représentation de l'OMS, face Eneo Nlongkak

BP./ 155 Yaoundé - Cameroun

Tél.: (237) 222 210 258 / 222 212 080 / 222 212 081

Fax : (237) 222 211 077

Site web : <http://www.afro.who.int/fr/cameroun/>