




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 NALIONNI 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, PNL
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 Camroun | 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



OMS





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

| | |
|---------------------|----------------------------|
| Regime 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

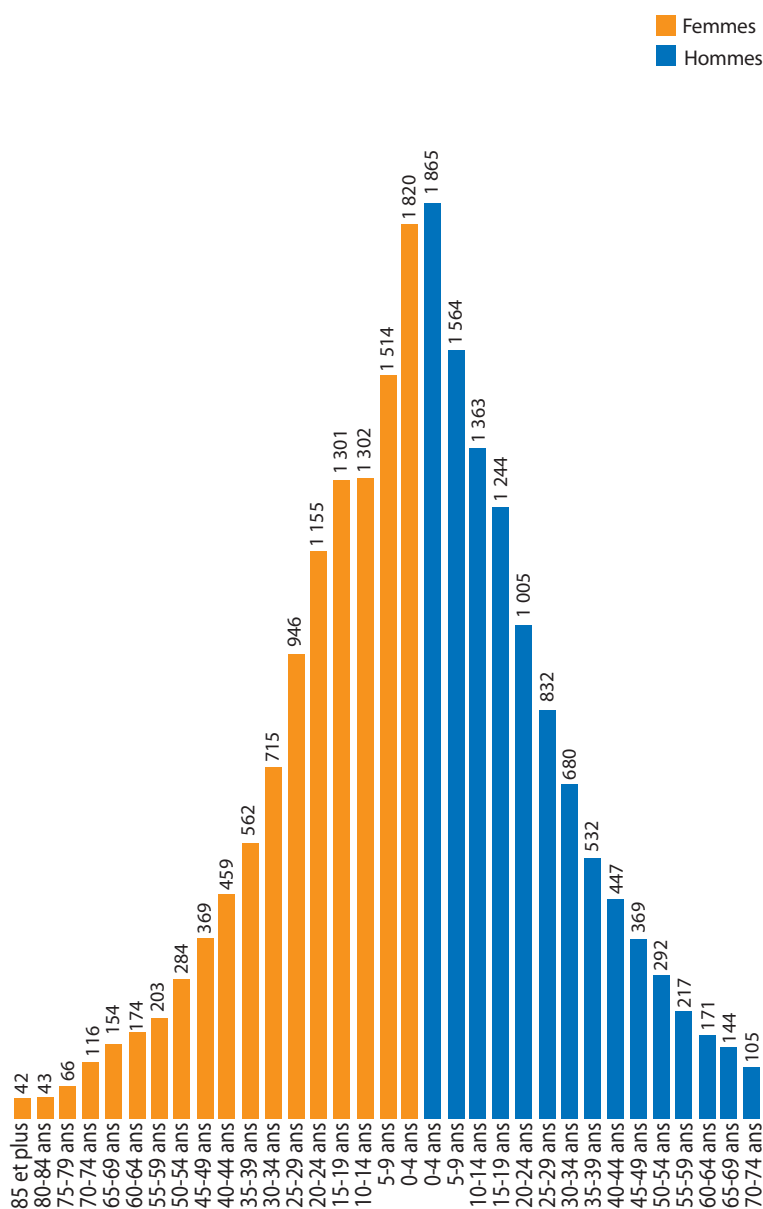
Tableau 5A. Indicateurs Sanitaires

| | |
|--|-----------|
| 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 Miliers) 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

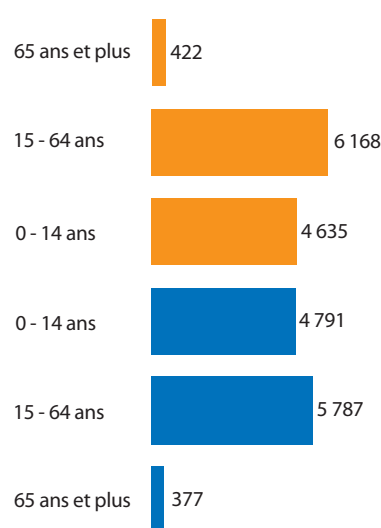
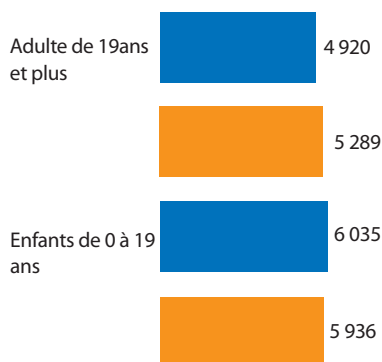


Figure 3. Population d'enfants et d'adultes, 2015





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

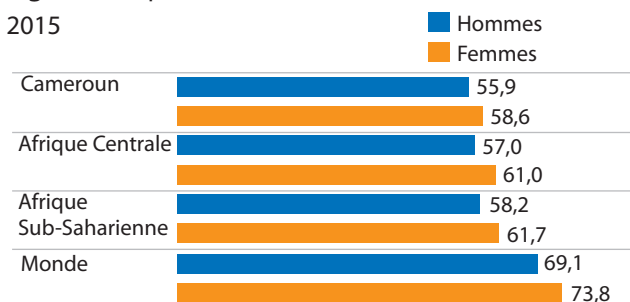
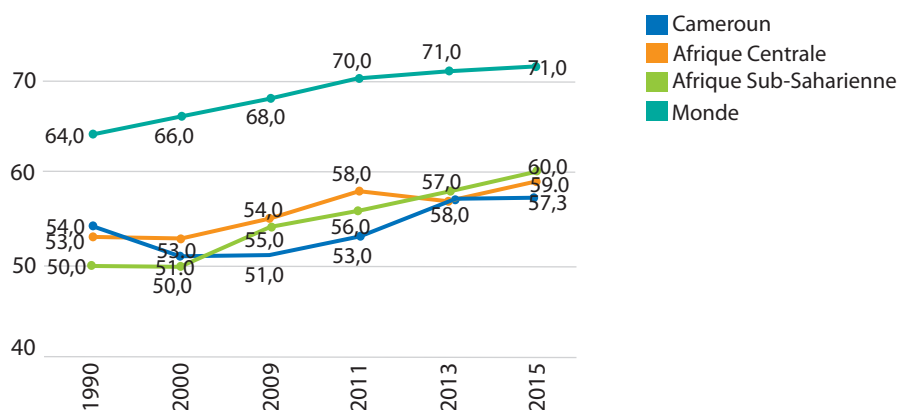


Figure 6. Espérance de vie Cameroun vs Autres Zones, 1990-2015



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

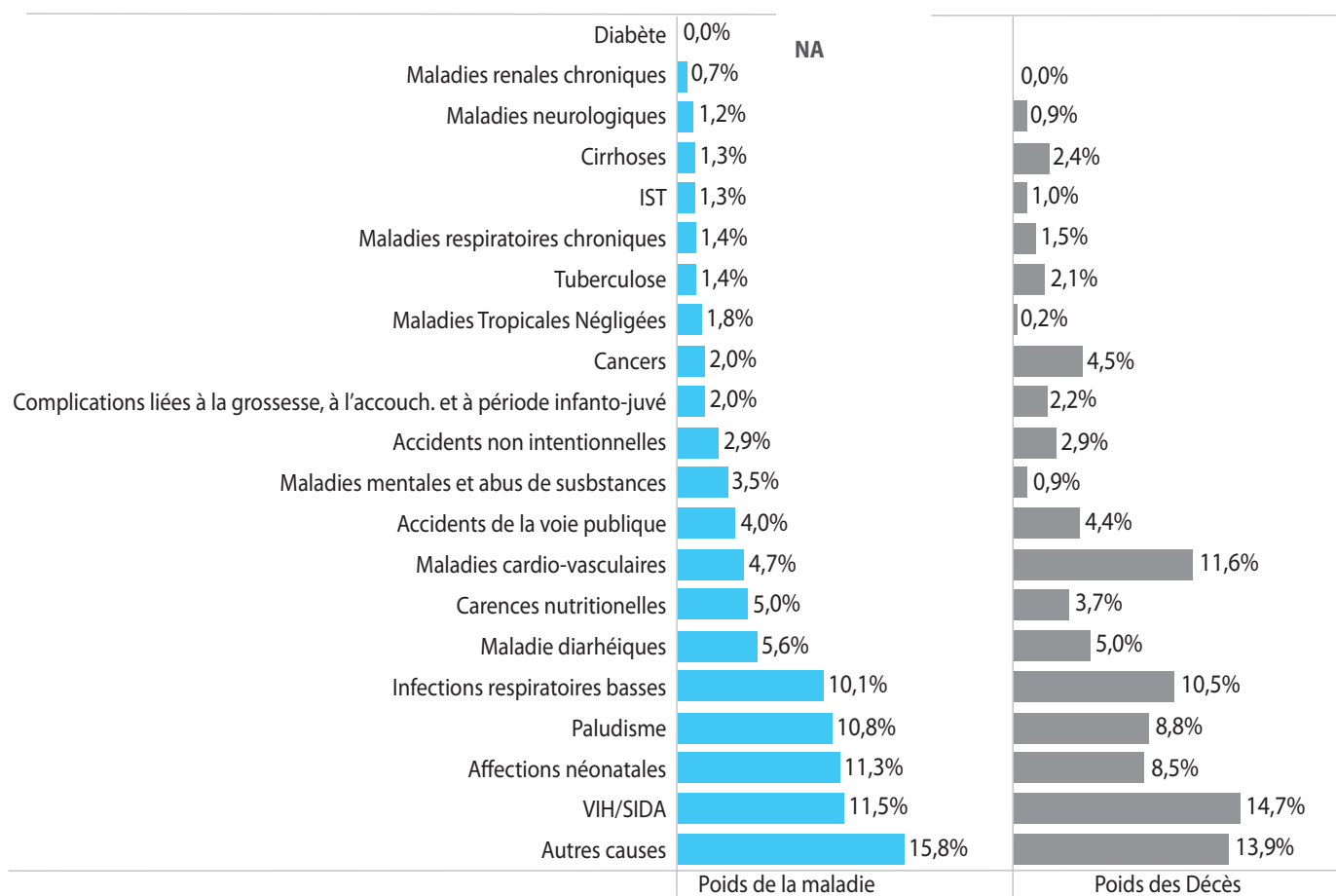
2.2. Poids des maladies et causes de décès

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

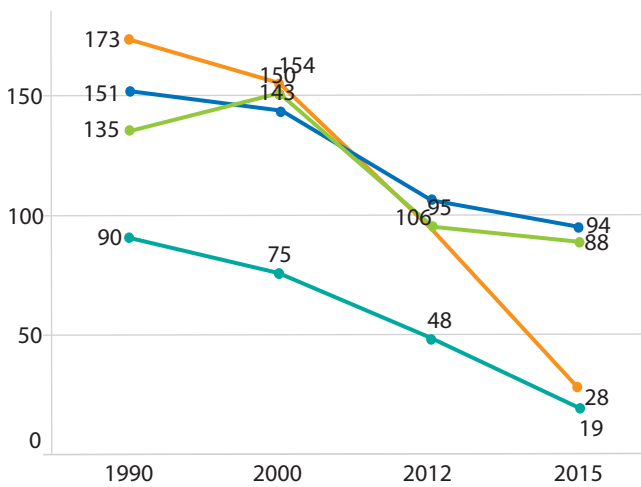


Figure 10. Quotient de Mortalité infanto-juvénile (pour Mille) au Cameroun, 2004-2014

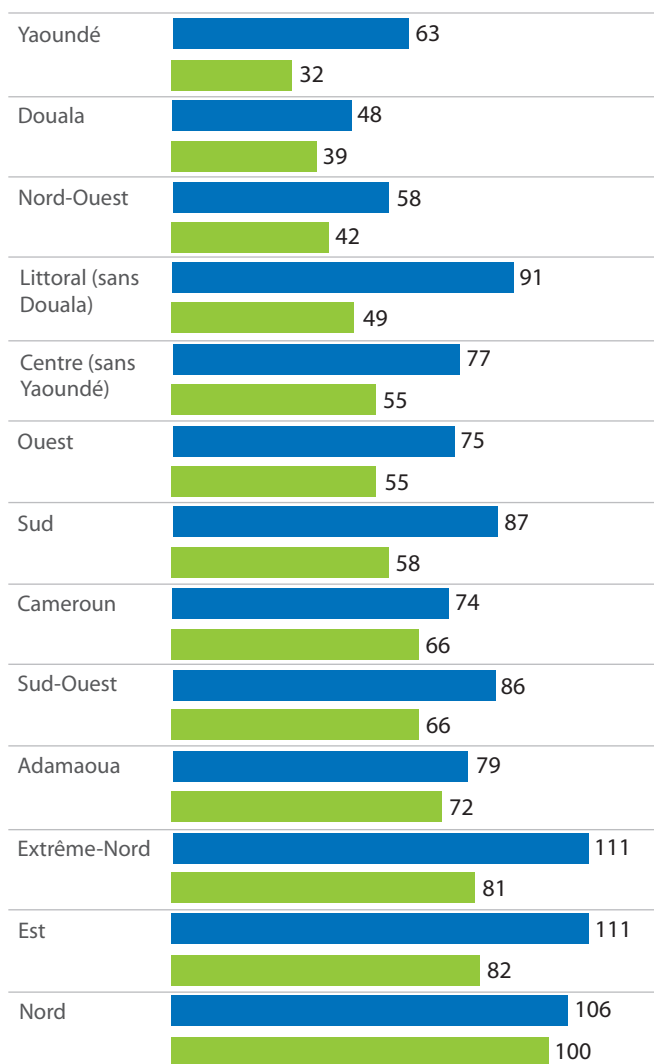


Figure 9. Taux Enfts. Complètement vaccinés-Milieu, 2004-2014

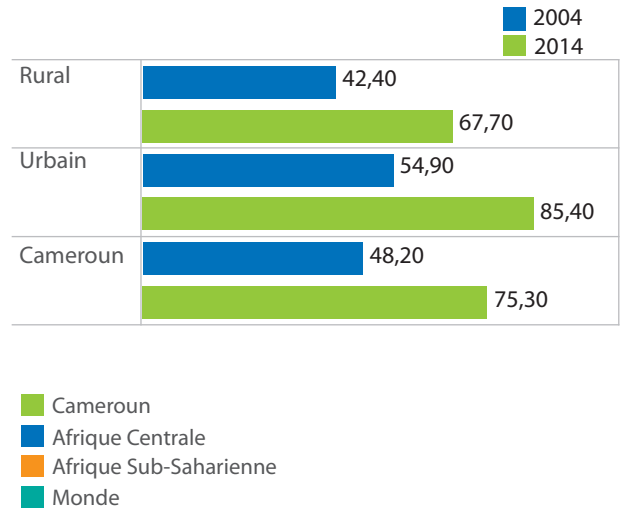
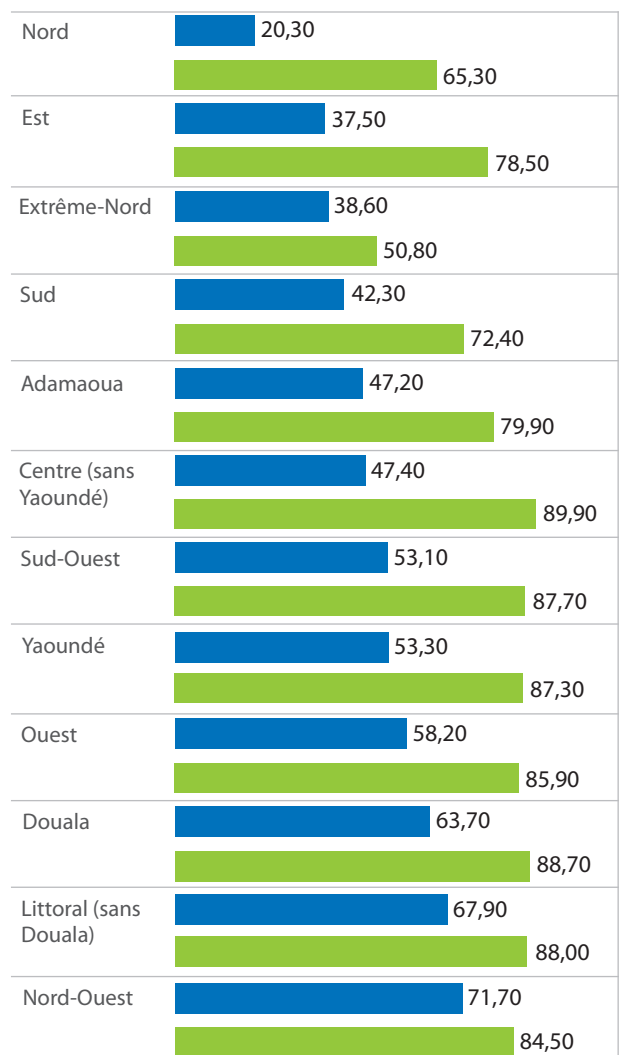


Figure 11. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (ayant reçu tous les vaccins du PEV) par région, 2004-2014



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.

Objectifs du Millénaire pour développement



Entérinés en septembre 2000, huit objectifs que les 191 états membres des Nations Unies ont convenu d'essayer d'atteindre d'ici 2015.

| | | | |
|--|---|--|---|
|  <p>1</p> <p>RÉDUIRE L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM</p> |  <p>2</p> <p>ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS</p> |  <p>3</p> <p>PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES</p> |  <p>4</p> <p>RÉDUIRE LA MORTALITE INFANTILE</p> |
|  <p>5</p> <p>AMELIORER LA SANTE MATERNELLE</p> |  <p>6</p> <p>COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES</p> |  <p>7</p> <p>PRESERVER L'ENVIRONNEMENT</p> |  <p>8</p> <p>METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT POUR LE DEVELOPPEMENT</p> |

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

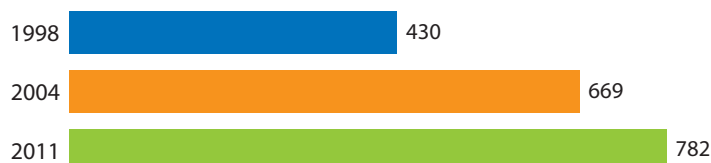


Figure 14. Taux de demandes en Contraception Satisfaits-Residence, 2014



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

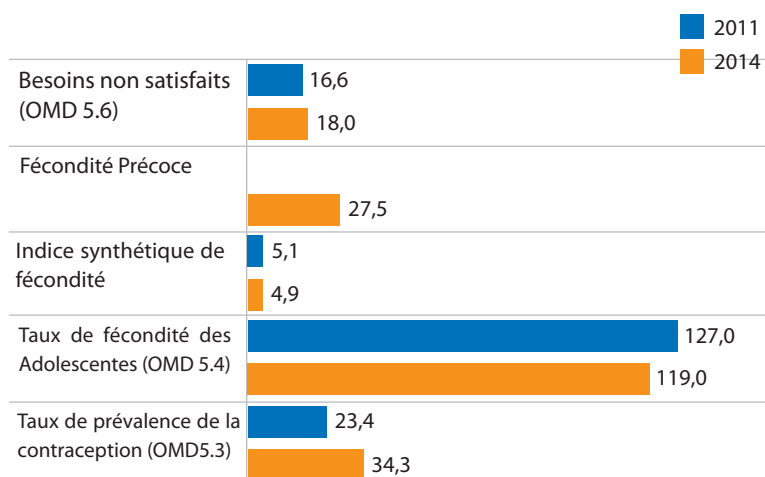
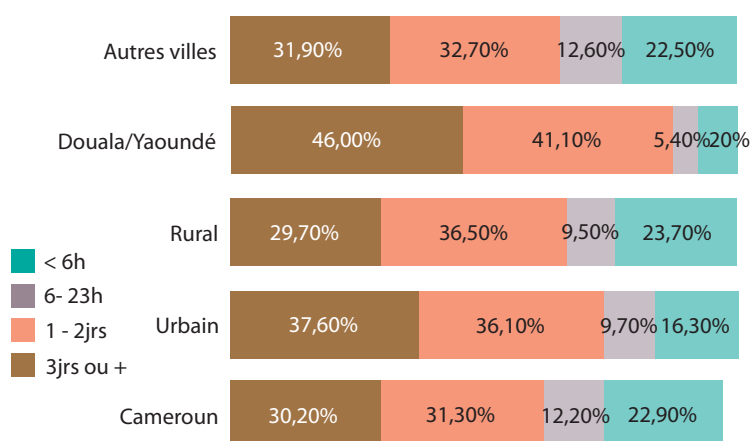


Figure 17. Répartition en % du séjour Post-Partum dans une FOSA au Cameroun en 2014



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

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

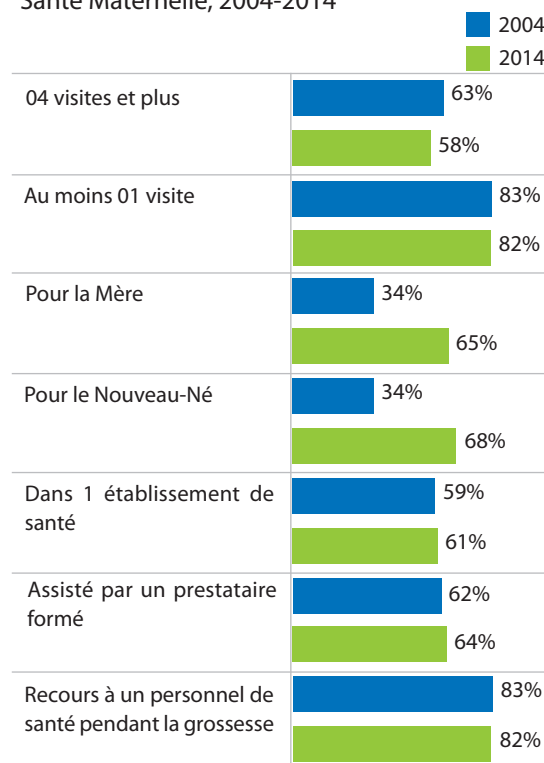
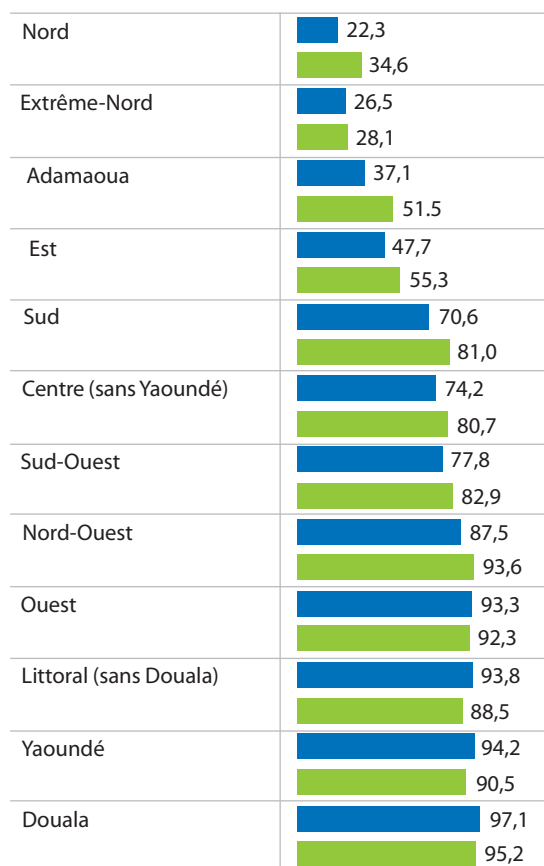


Figure 16. Proportion Accouchement assistés par un personnel qualifié-Région, 2004-2014



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.

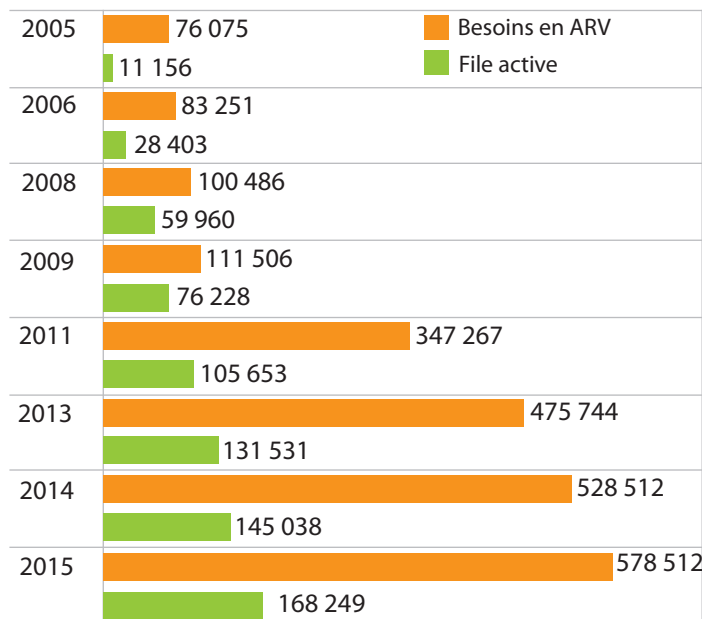
Le nombre de nouveaux cas de tuberculose est passé de 11 655 à 16 477 entre 2004 et 2014. Le Programme de lutte contre la tuberculose applique des régimes thérapeutiques standardisés de six mois (nouveaux cas) et huit mois (rechute, reprise du traitement et échec). Les malades avec une tuberculose multirésistante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

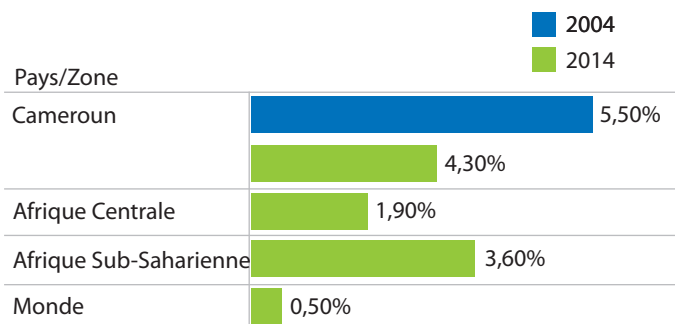
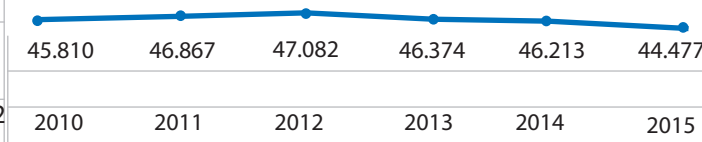
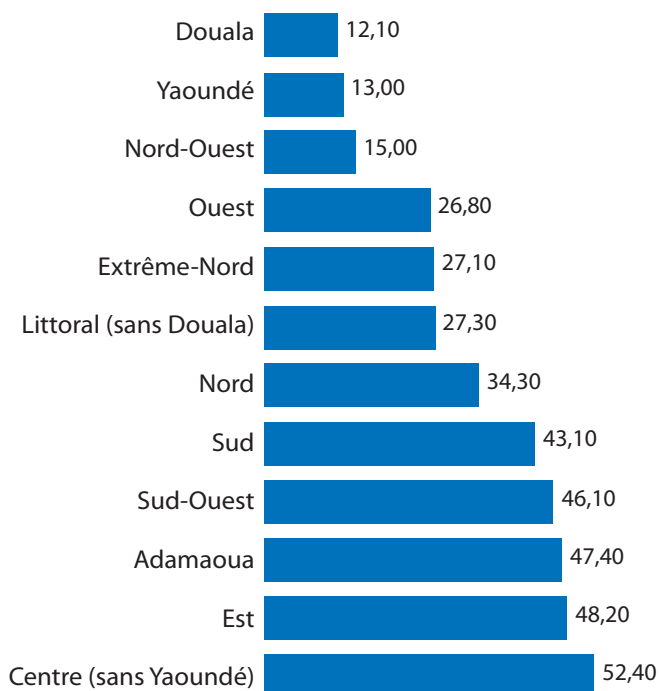


Figure 20. Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2015



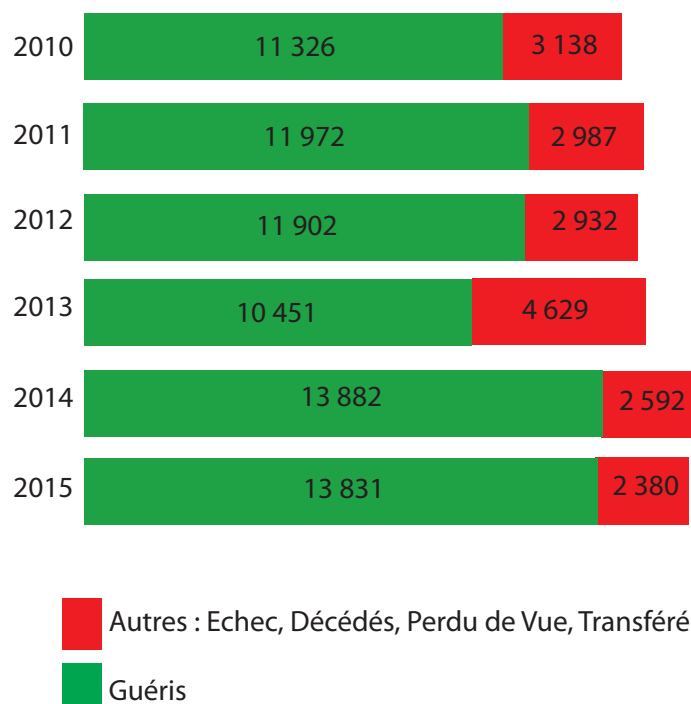
Cible 6.c : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

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

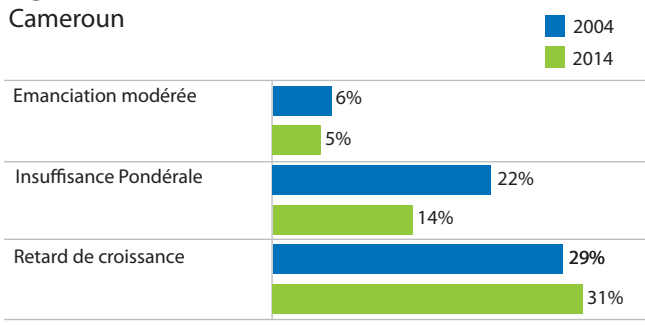


Figure 24. Tx. des Populations disposant des WC - Milieu 2001-2014

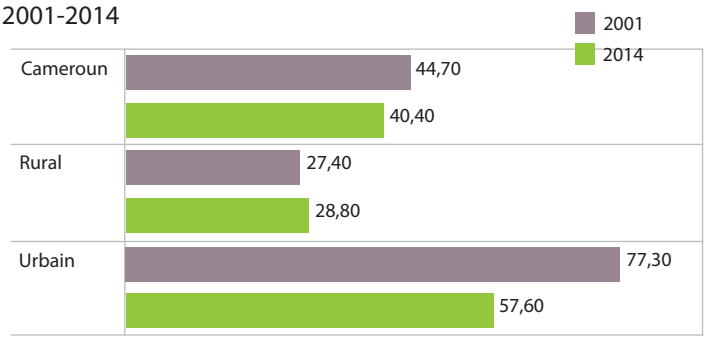


Figure 25. Taux. Enf <5ans avec insuf. Pondérale 2011-2014

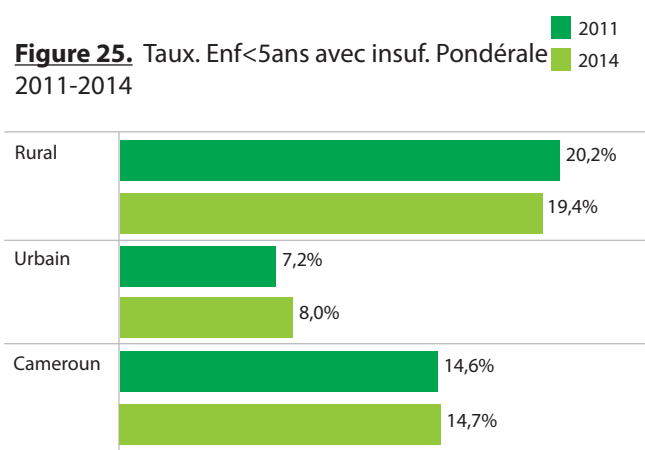
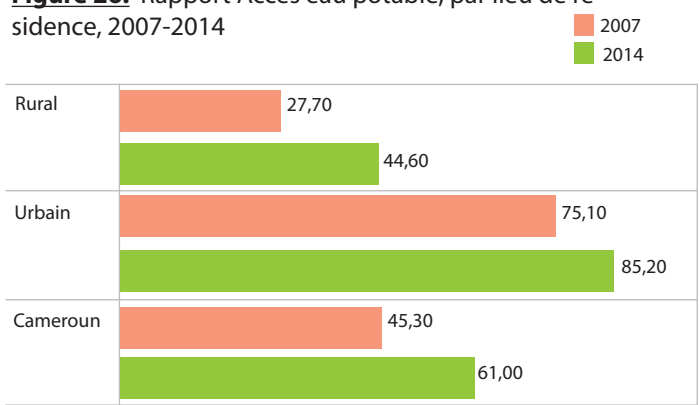


Figure 26. Rapport Accès eau potable, par lieu de résidence, 2007-2014



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).

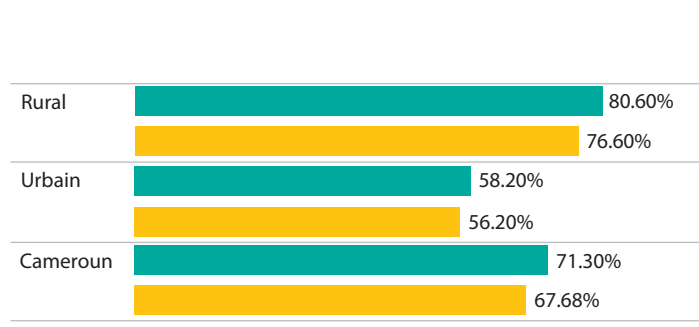
OMD 1 : Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim

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 :



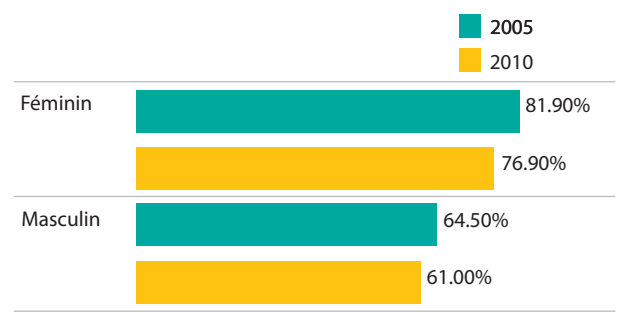
Cible 1.B : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif

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> | <p>Réduire la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non-transmissibles, la mortalité maternelle et infanto-juvénile</p> |
| <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> | <p>Réduire l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027</p> |
| <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> | <p>Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027.</p> |
| <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> | <p>Réduire les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027 principalement chez les adolescents.</p> |
| <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> | <p>Réduire les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable</p> |
| <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> | <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> |
| <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> | <p>D'ici 2027, augmenter la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des structures sanitaire (Districts de santé, DRSP, Directions techniques centrales)</p> |
| <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> | <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</p> |

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, CEPCA, 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.



WMD_2017

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.



OMS/Maggie Hallaha

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

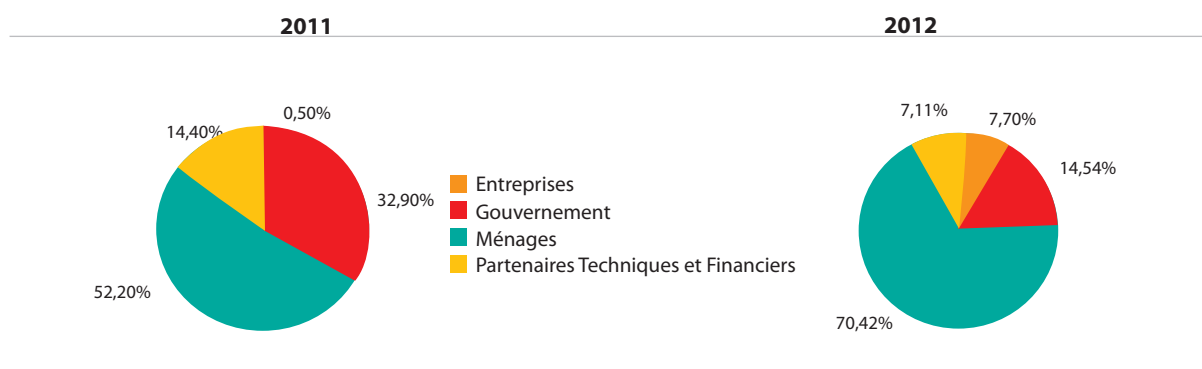
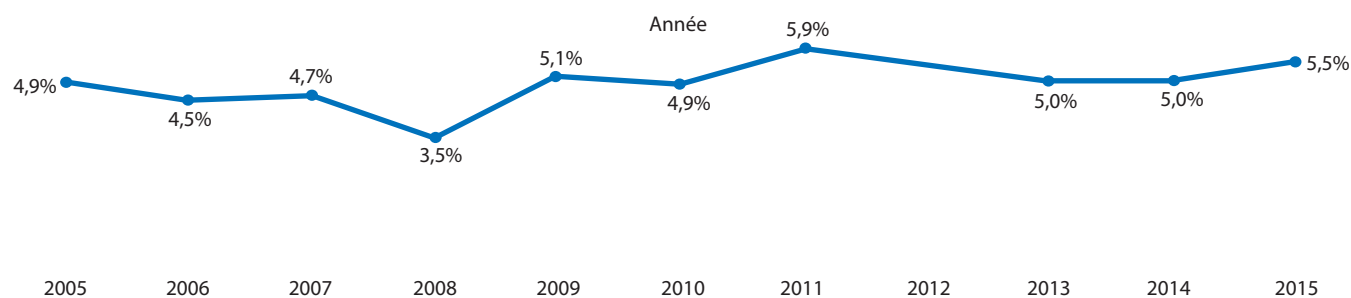


Figure 33. Evolution Budget de l'Etat alloué à la Santé, 2005-2015



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

Financements Publics de la Santé

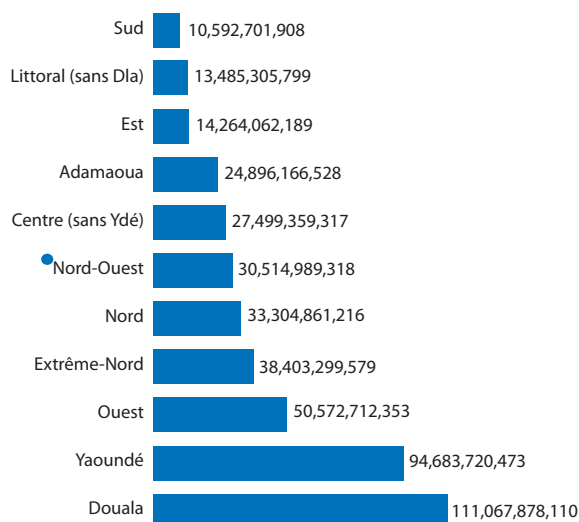
Tableau 23. Répartition par Ministère du Budget (en millions de F CFA) de l'Etat dans le secteur Santé en 2015

| 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

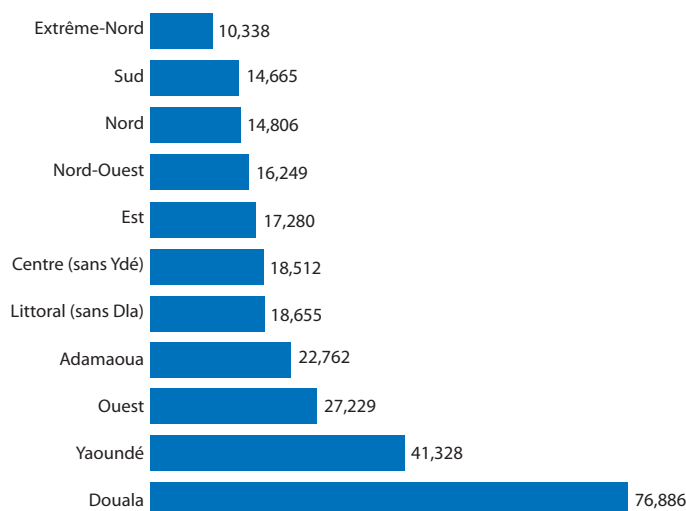
Financements Privés (Dépenses des ménages)

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: PND5 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-Juvenile | Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) | 782 | 2011 |
| | Mortalité infanto-juvenile (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

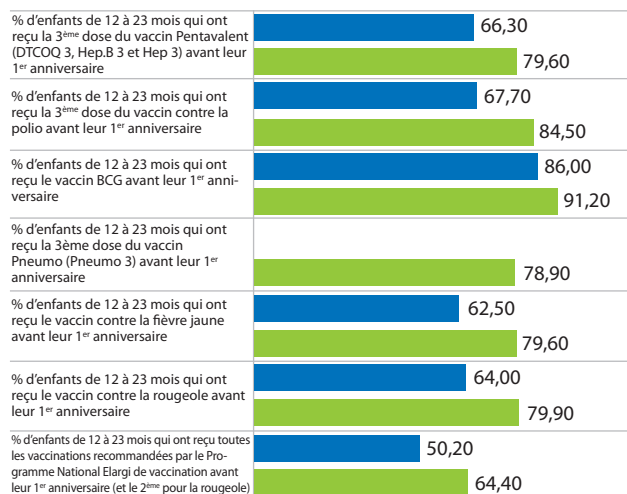
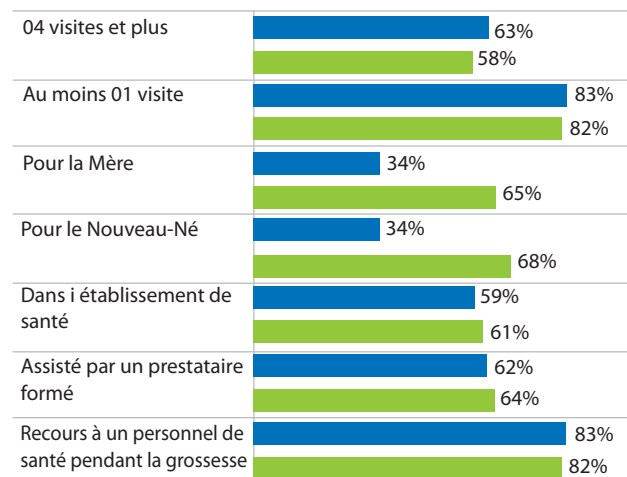


Figure 38. Utilisation Contraception 2011-2014

| 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

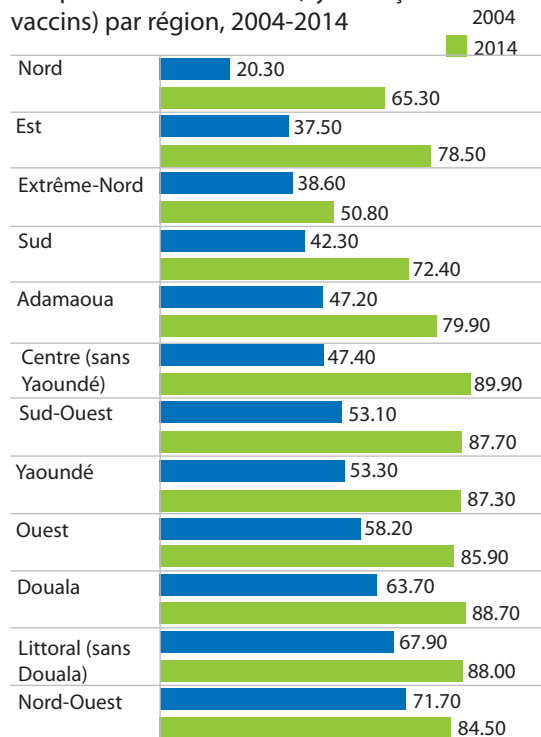
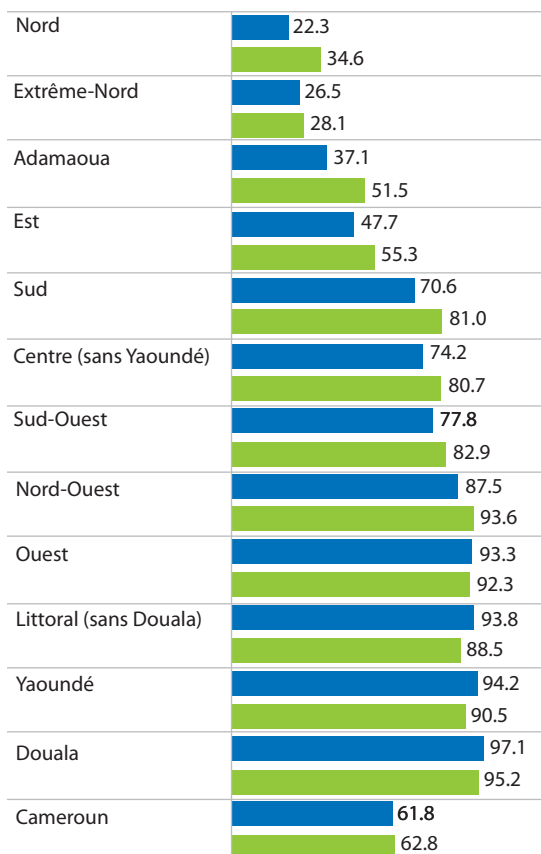


Figure 39. Proportion Accouchement assistés par un personnel qualifié-Région, 2004-2014



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.

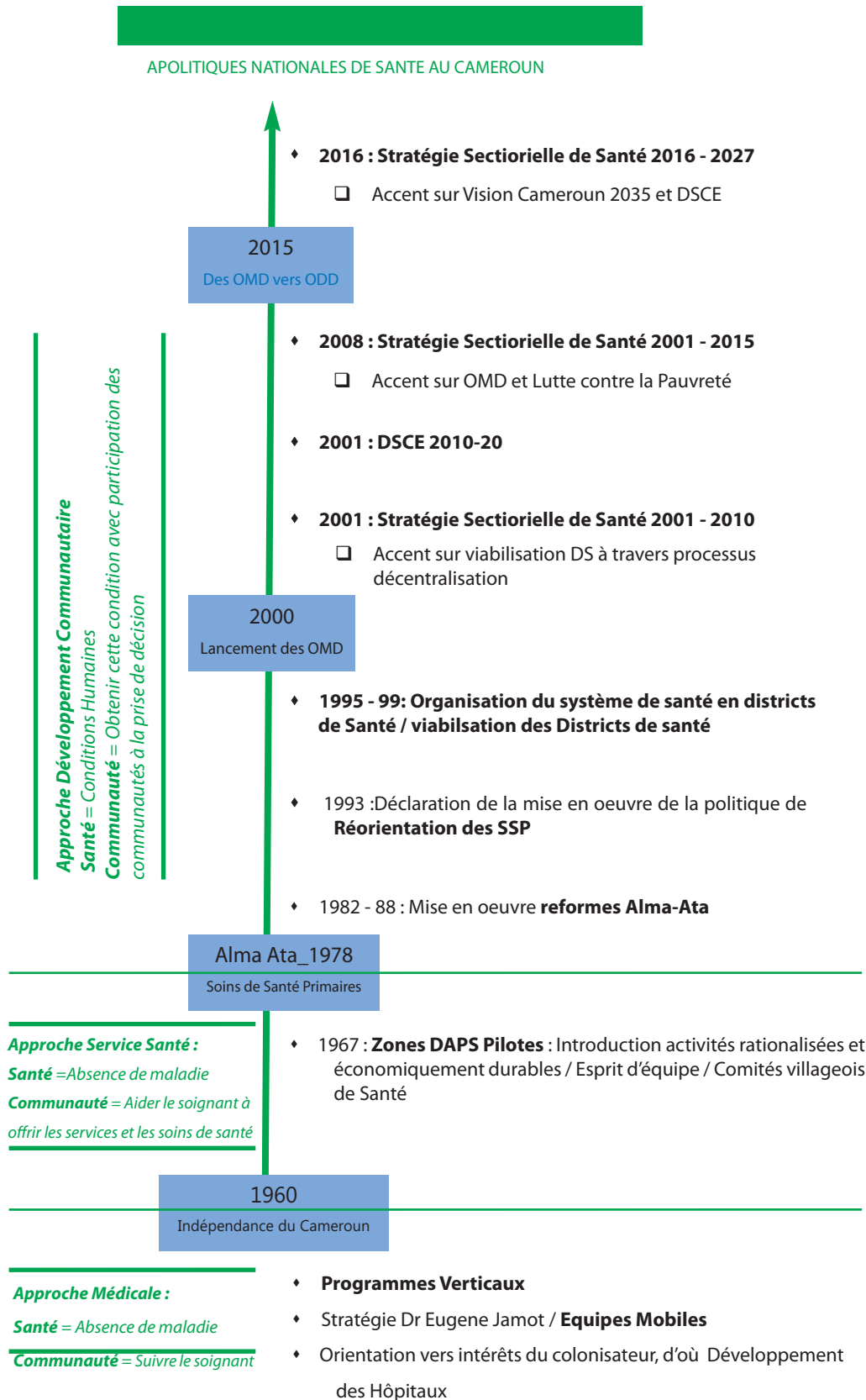
L'approche médicale, mise en oeuvre avant les années 60 reposait sur des programmes verticaux et le développement d'hôpitaux urbains publics et ruraux confessionnels orientés vers les intérêts du colonisateur. Avant les années 1960 les soins étaient gratuits (Etude ReoSSP, Octobre 1997) et la communauté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

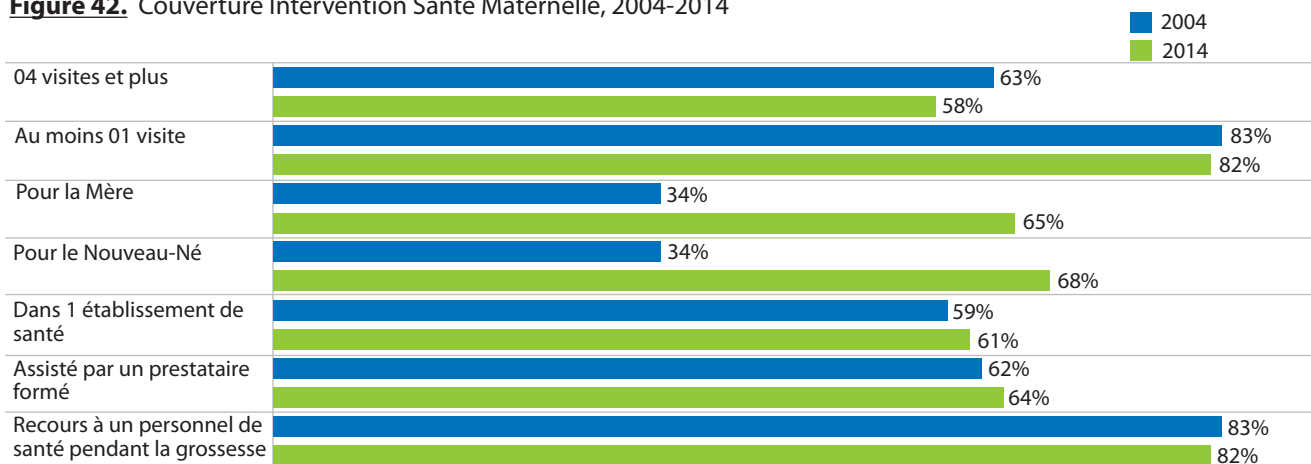


Figure 43. Evolution Couverture Vaccinale, 2011-2014

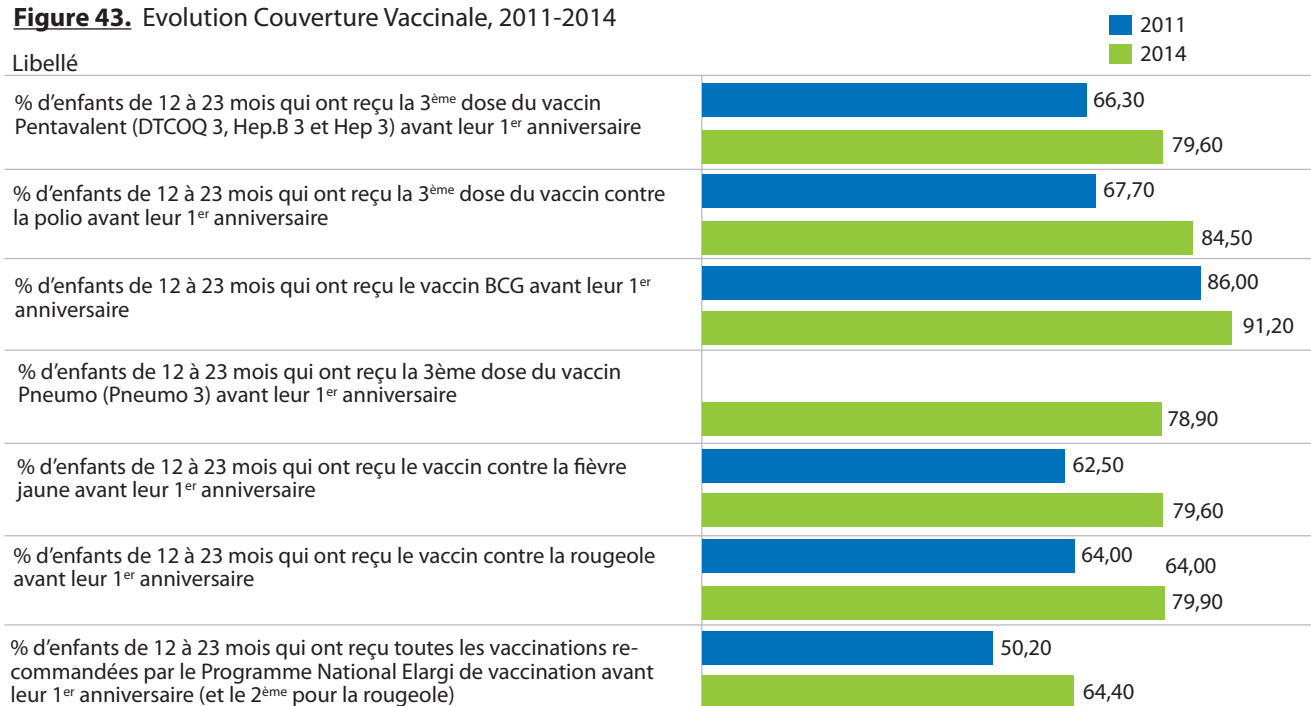


Figure 44. Dépenses totales des Ménages à la Santé par région, 2012

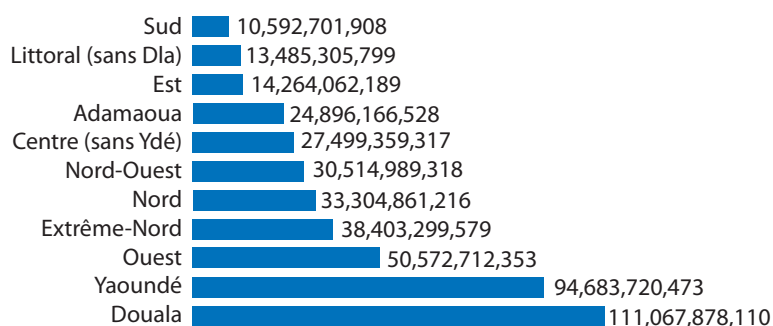
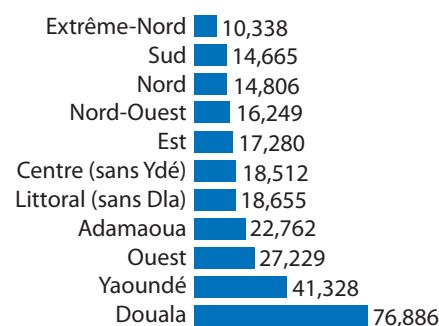


Figure 45. Dépenses des ménages à la Santé par région, par tête d'hab., 2012



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

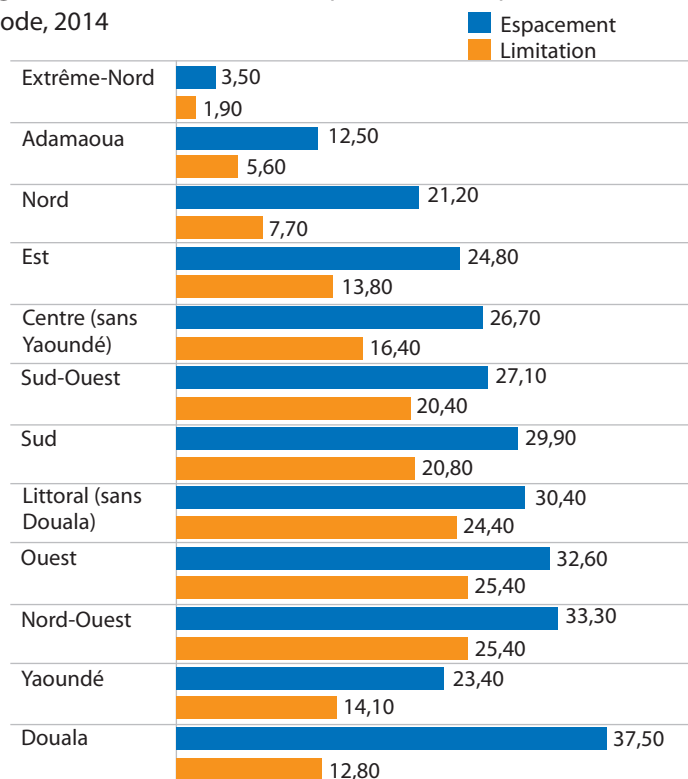


Figure 47. Besoins en Contraception non satisfaits, 2014

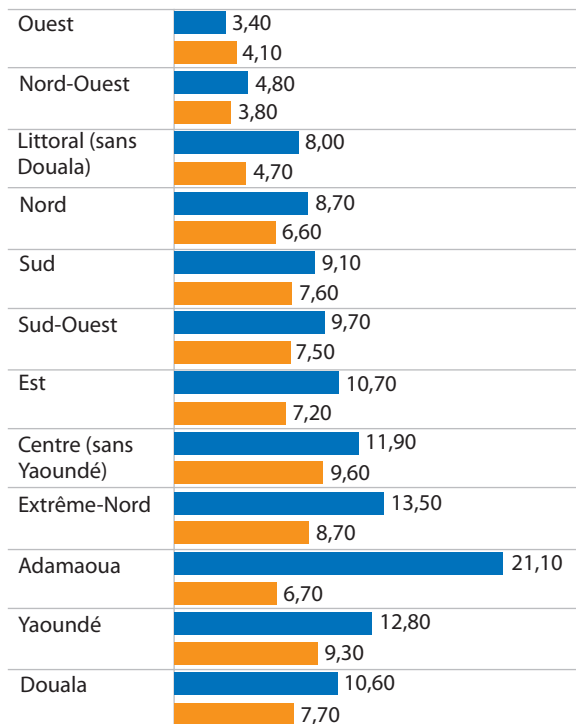


Figure 48. Besoins en Contraception Satisfaits-Tranche d'âge, 2014

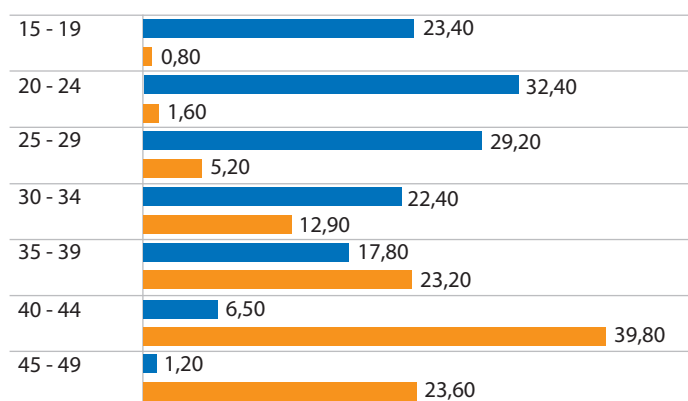


Figure 49. Besoins en Contraception Non Satisfaits-Tranche d'âge, 2014

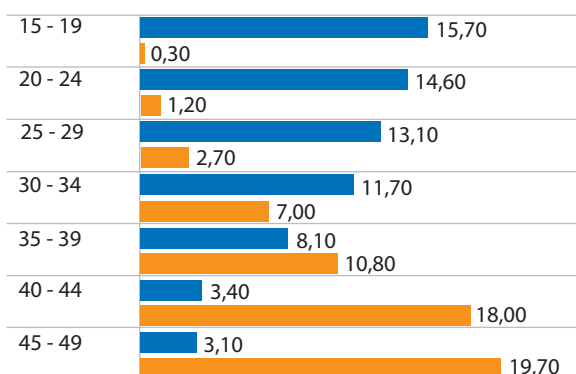


Figure 50. Besoins en Contraception Satisfaits-Résidence, 2014

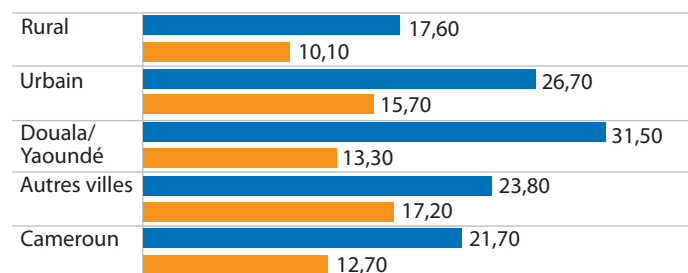
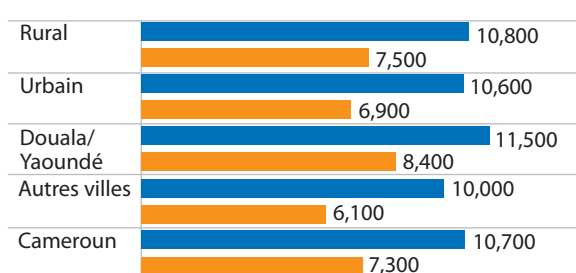


Figure 51. Besoins en Contraception Non Satisfaits-Résidence, 2014

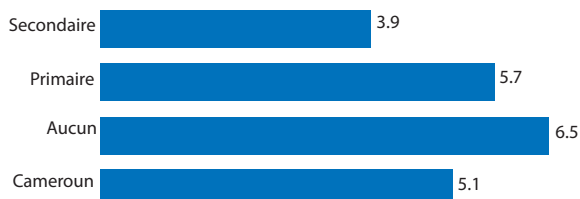


Source : MICS 2014

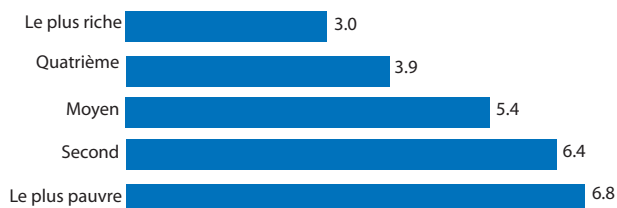
Couverture Universelle en Santé / Santé de la reproduction (suite)

Fécondité en 2014 au Cameroun

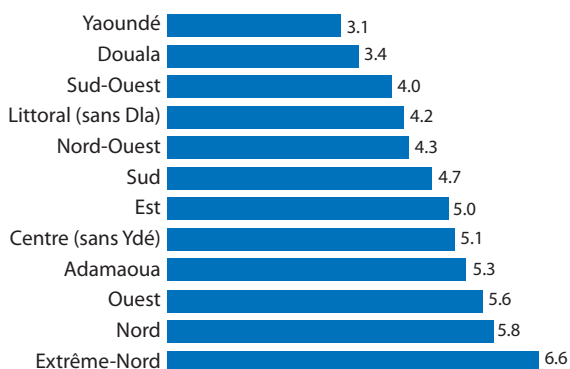
Indice Synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire, 2014



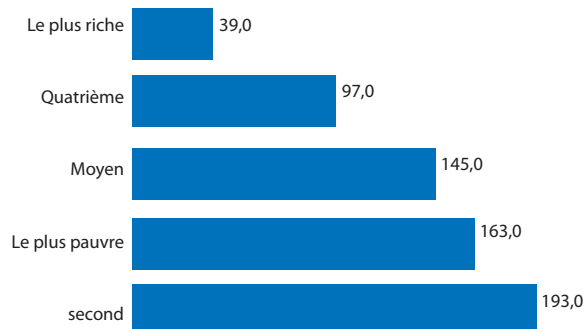
Indice Synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire par Quintile de Bien être économique, 2014



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

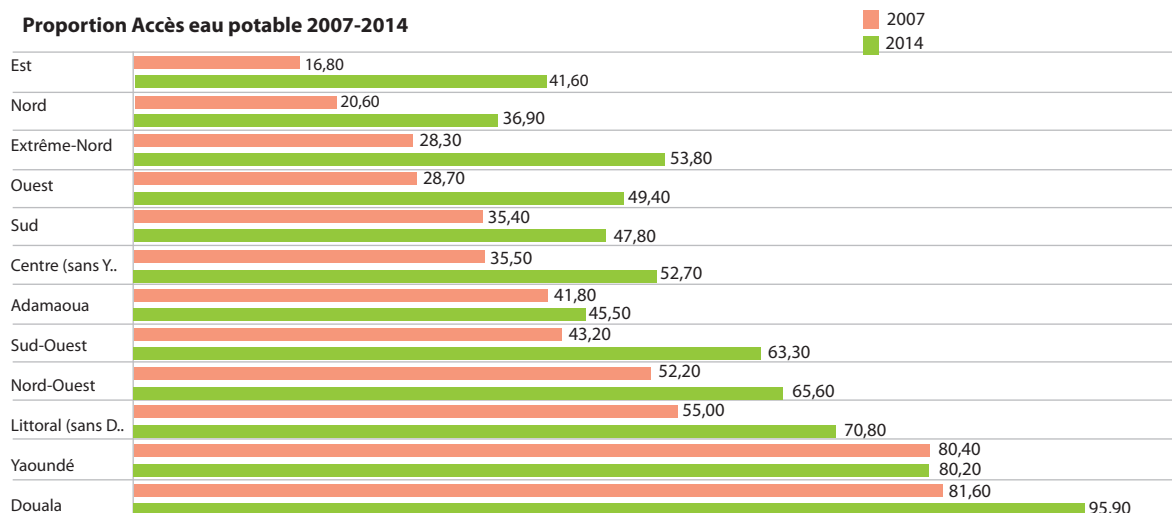


Fécondité (pour 1000) adolescents 15-19 ans, par quintile de Bien être économique, 2014



Source : MICS, 2014

Proportion Accès eau potable 2007-2014



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

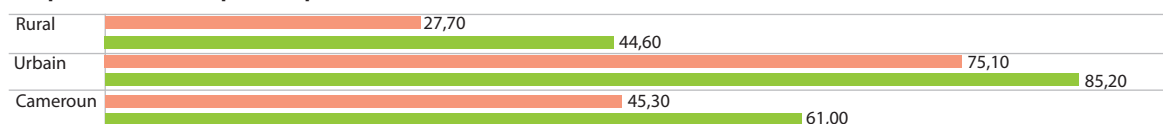
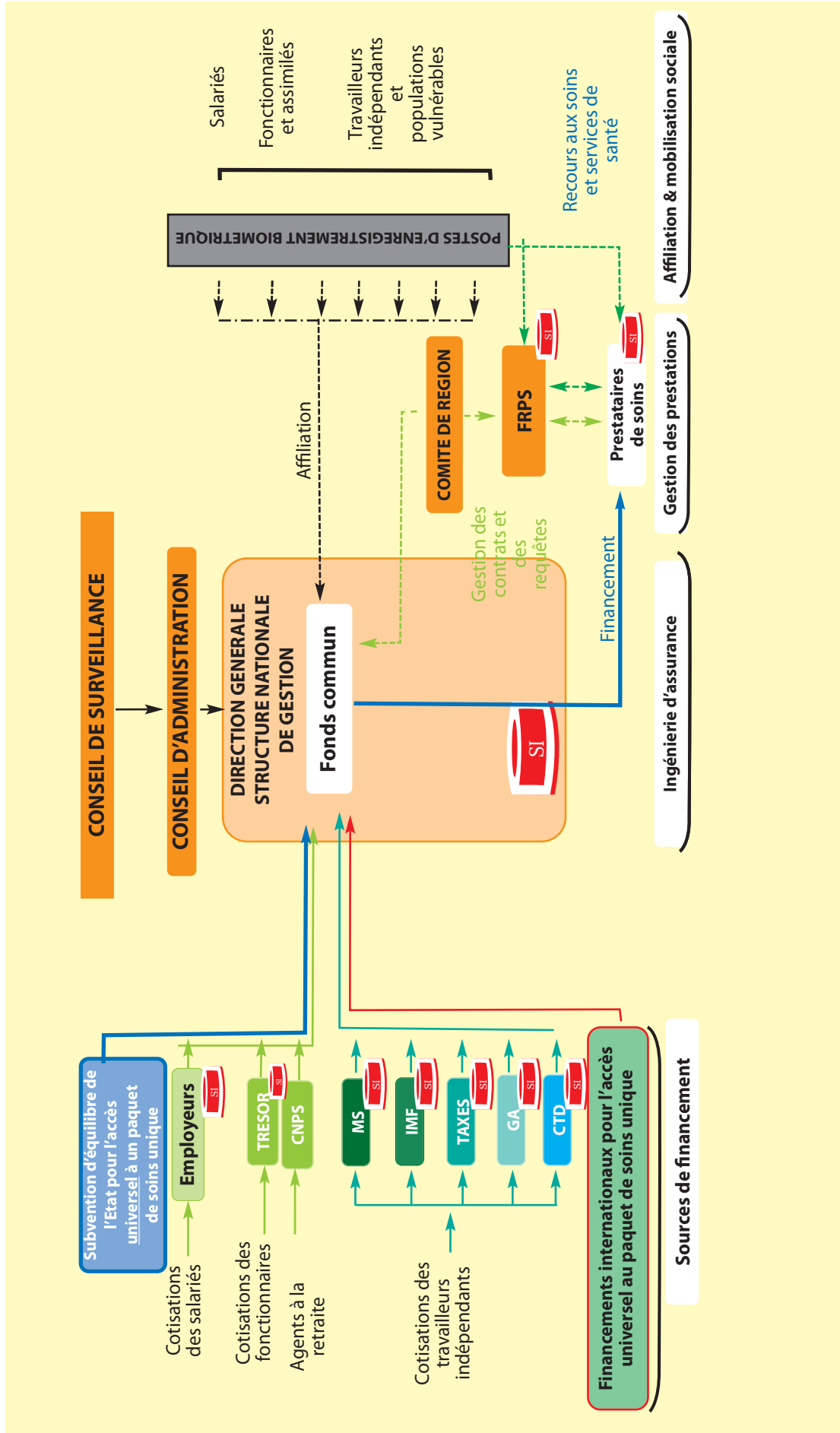


Figure 52. Architecture du système de couverture santé universelle_Scénario 1



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

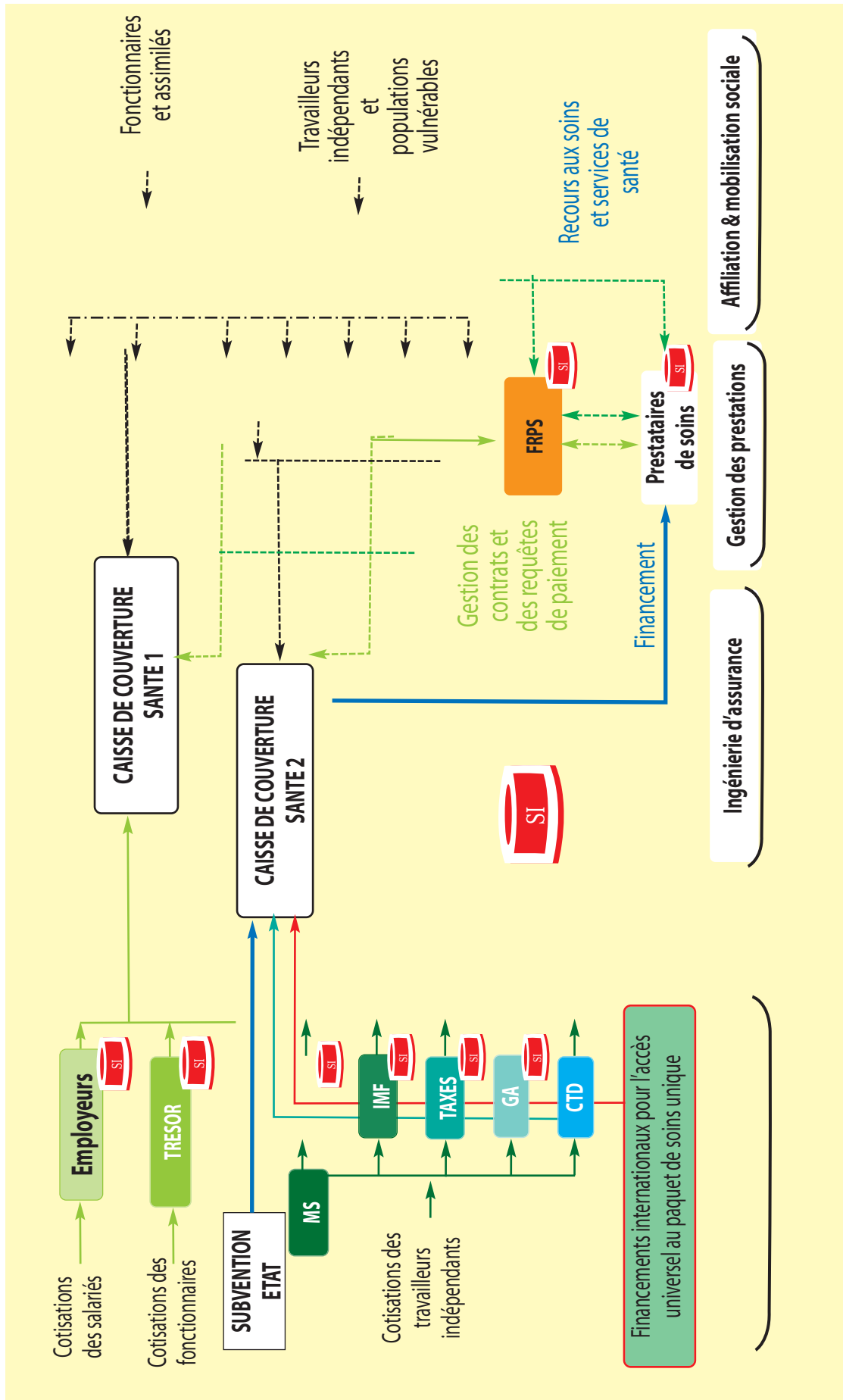
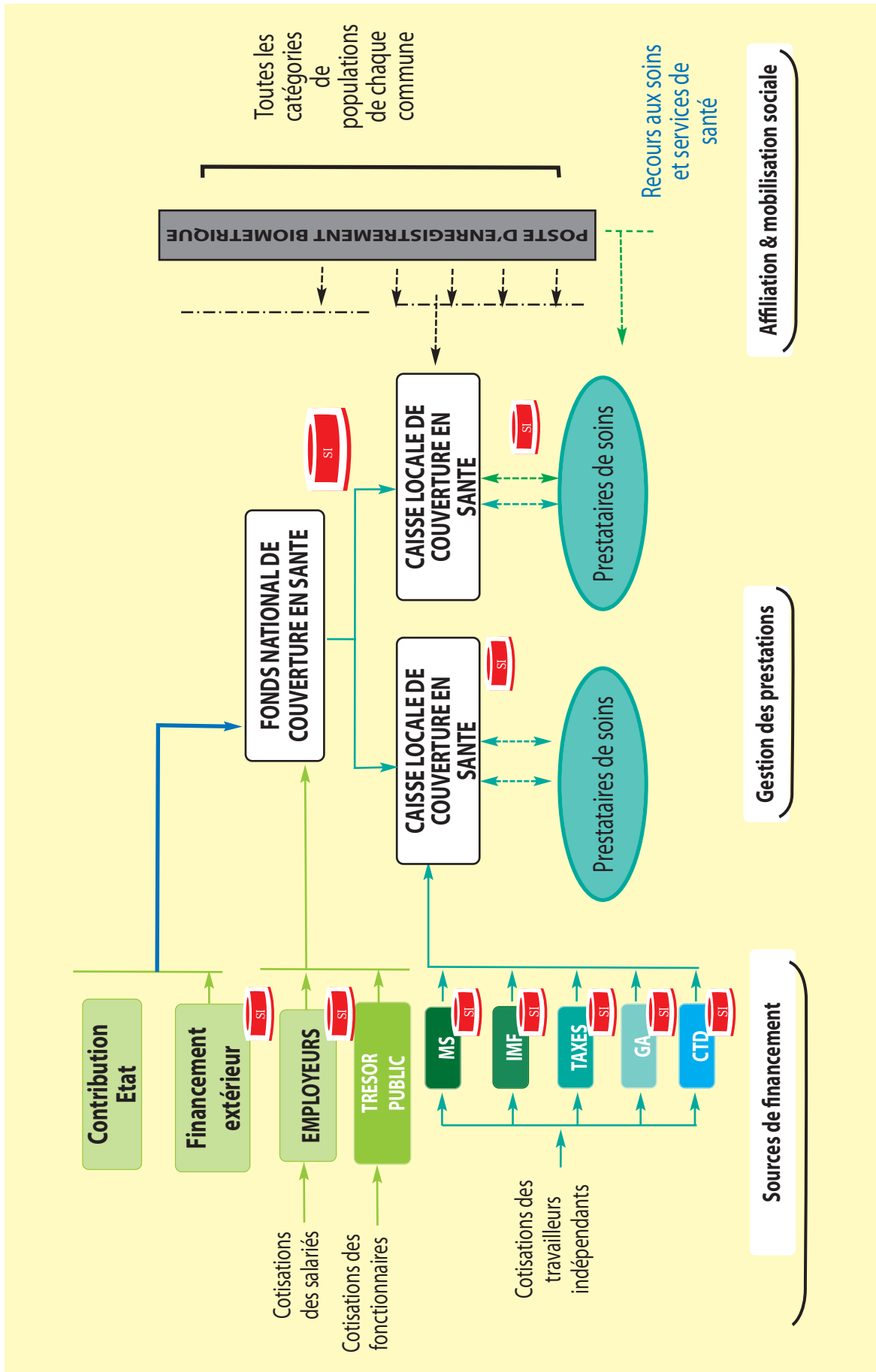


Figure 53. Architecture du système de couverture santé universelle_Scénario 2

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

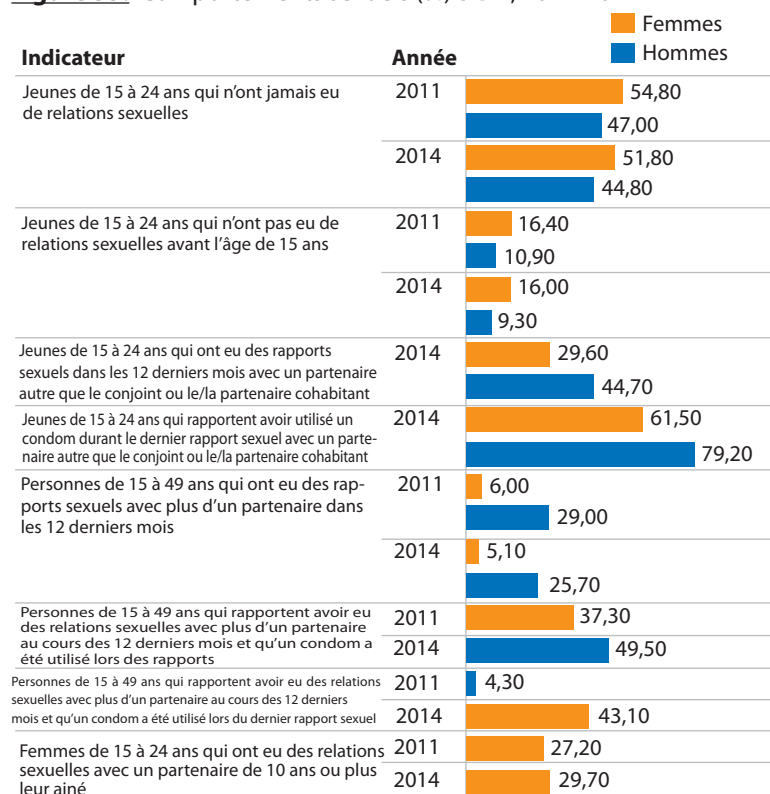


Figure 57. Comportements Tests VIH, 2011-2014

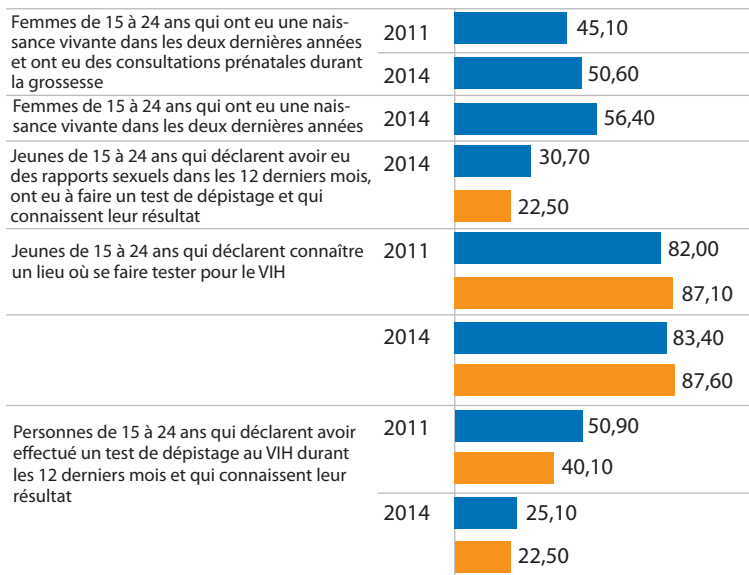


Figure 56. Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2014 Tranche d'âge

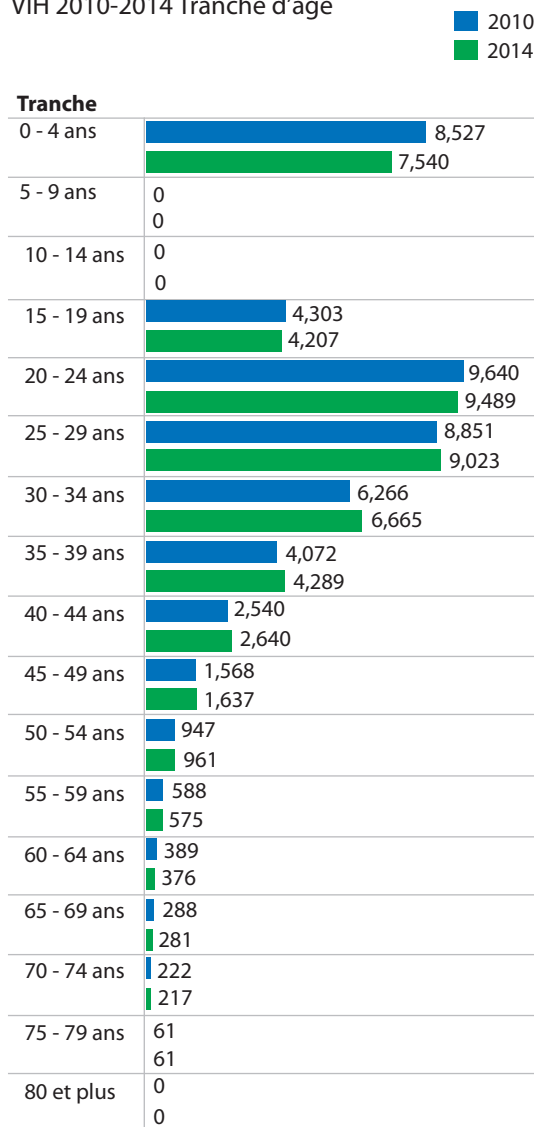


Figure 58. Evolution Nouvelles infections VIH 2010-2015

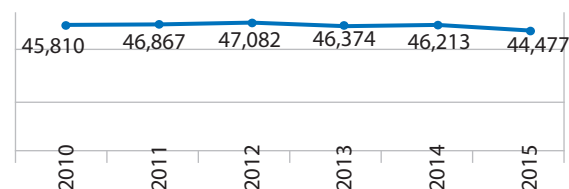
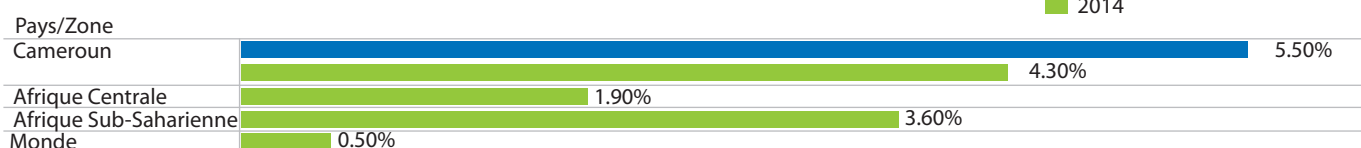


Figure 59. Prévalence VIH-SIDA comparée Cameroun vs autres Pays, 2004-2014



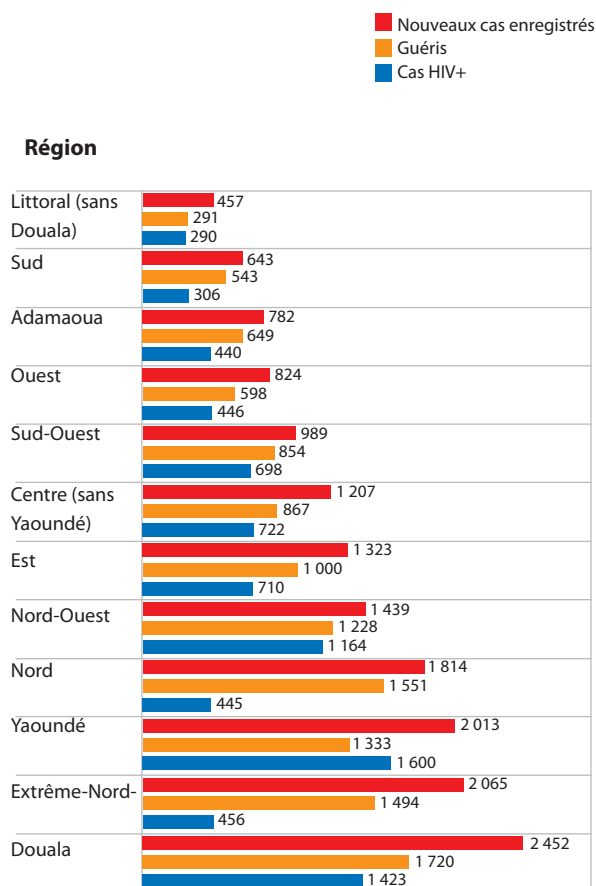
Source : EDS-MICS 2011; MICS 2014; WHO, WHS 2011, 2013,2014, SPECTRUM 2016

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

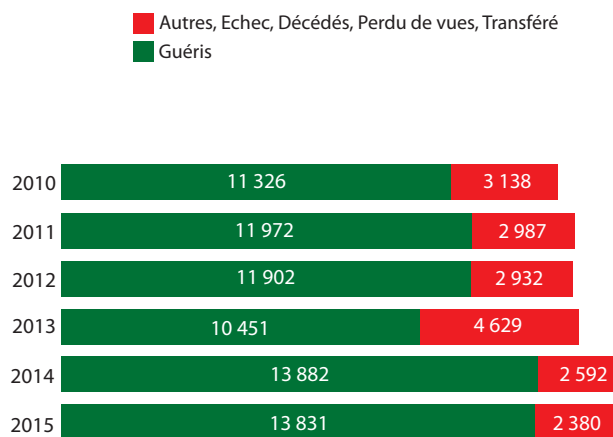
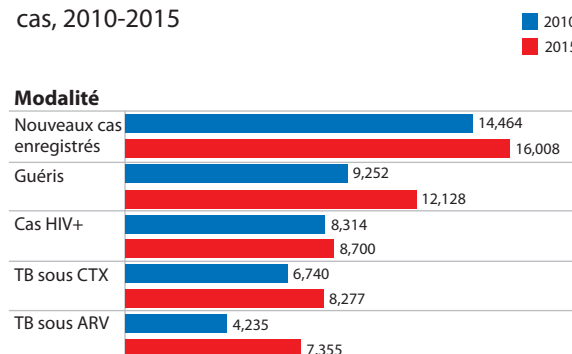


Figure 62. Nouveau cas enregistrés de Tuberculose et Résultats des traitements des cas, 2010-2015





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

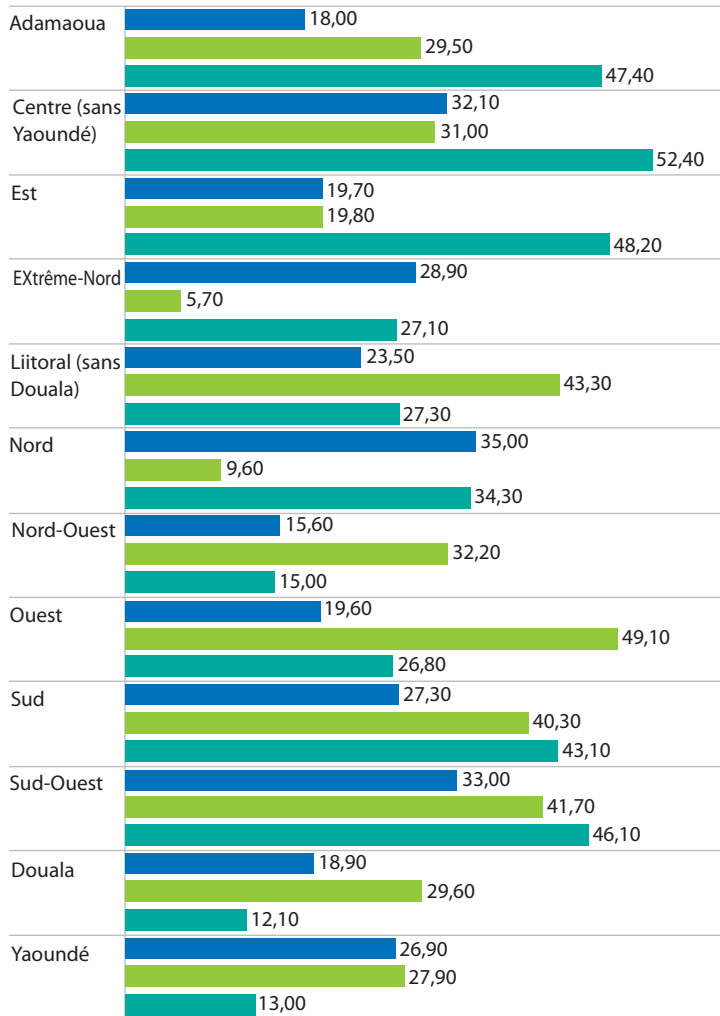


Figure 66. Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, Résidence 2011

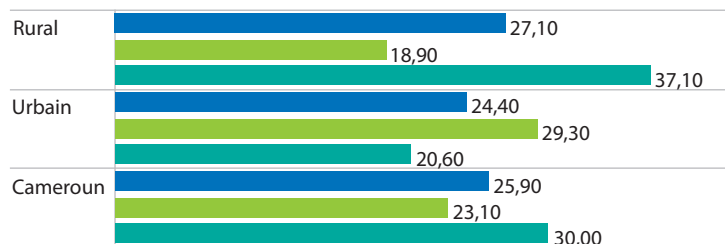
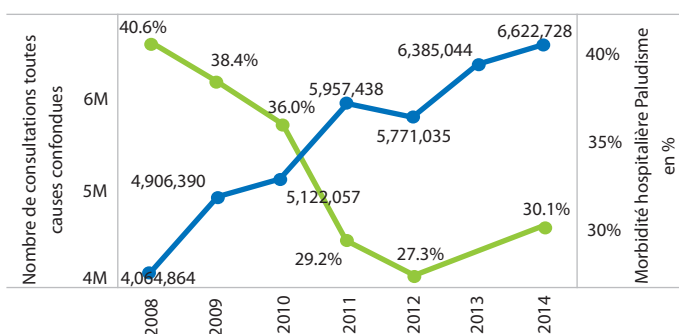


Figure 68. Evolution Morbidité Hospitalière Paludisme, 2008-2014



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

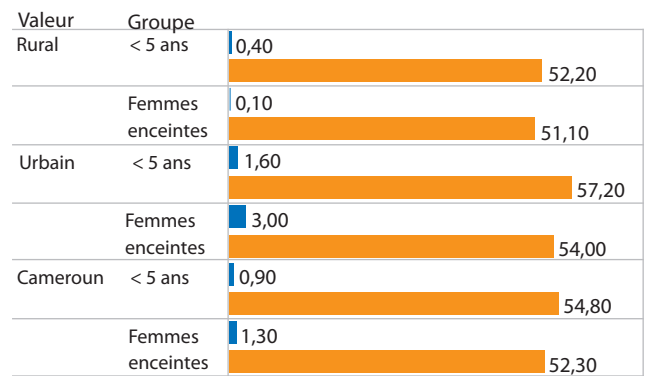


Figure 65. Prévention Paludisme 2004-2014

Indicateur

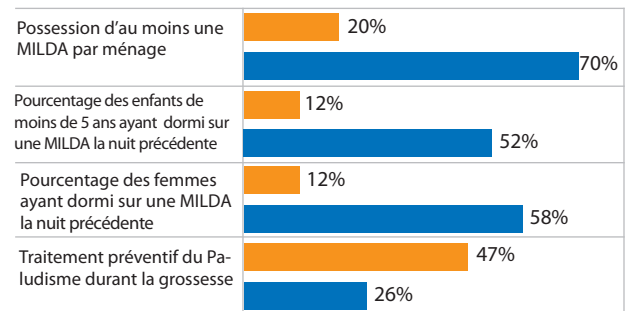


Figure 67. Evolution Distribution TPI en CPN, 2011-2014

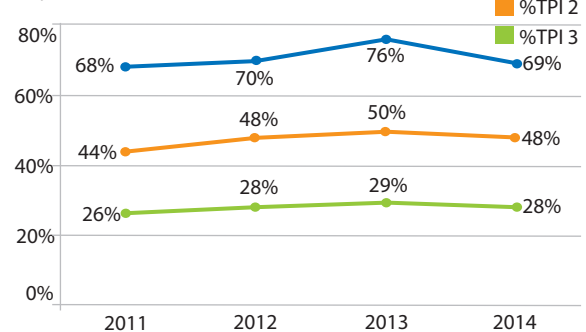
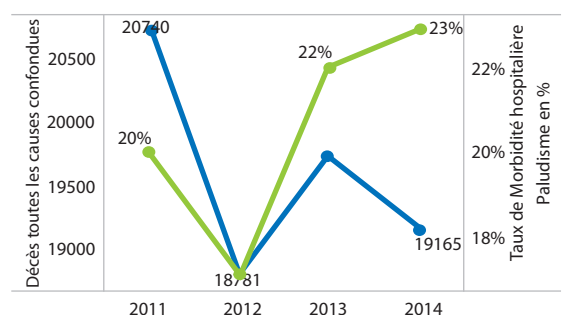


Figure 69. Evolution mortalité hospitalière paludisme, 2011-2014



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

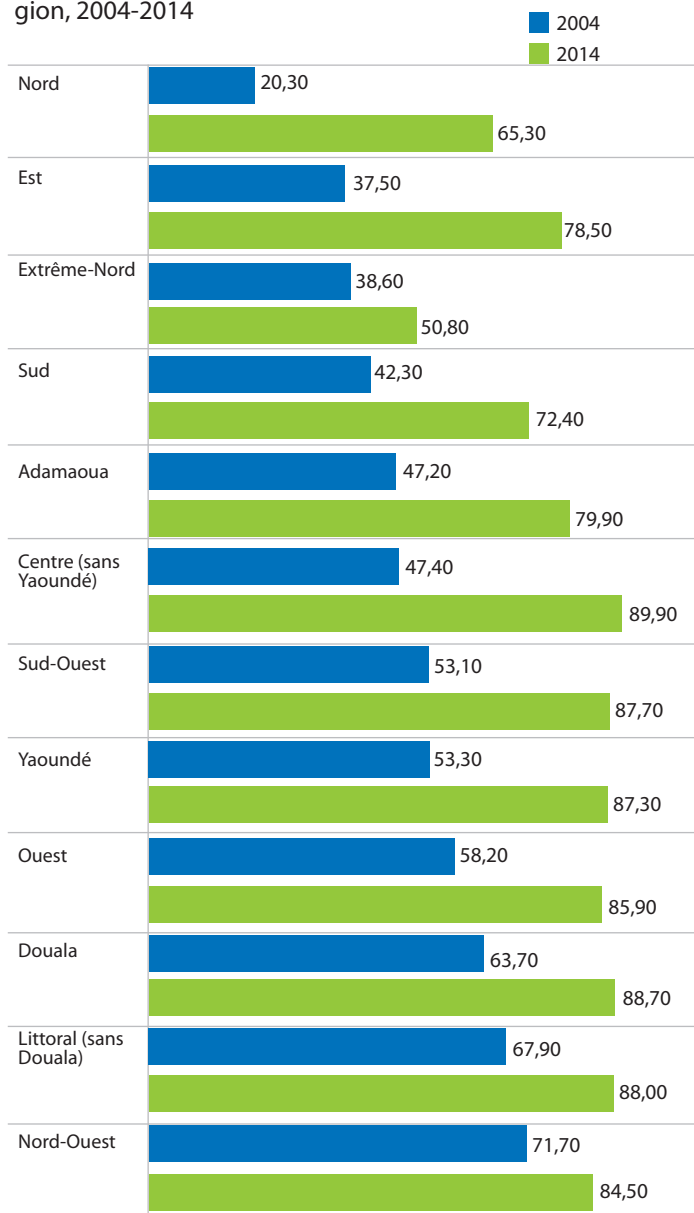


Figure 71. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés contre la rougeole par région, 2004-2014

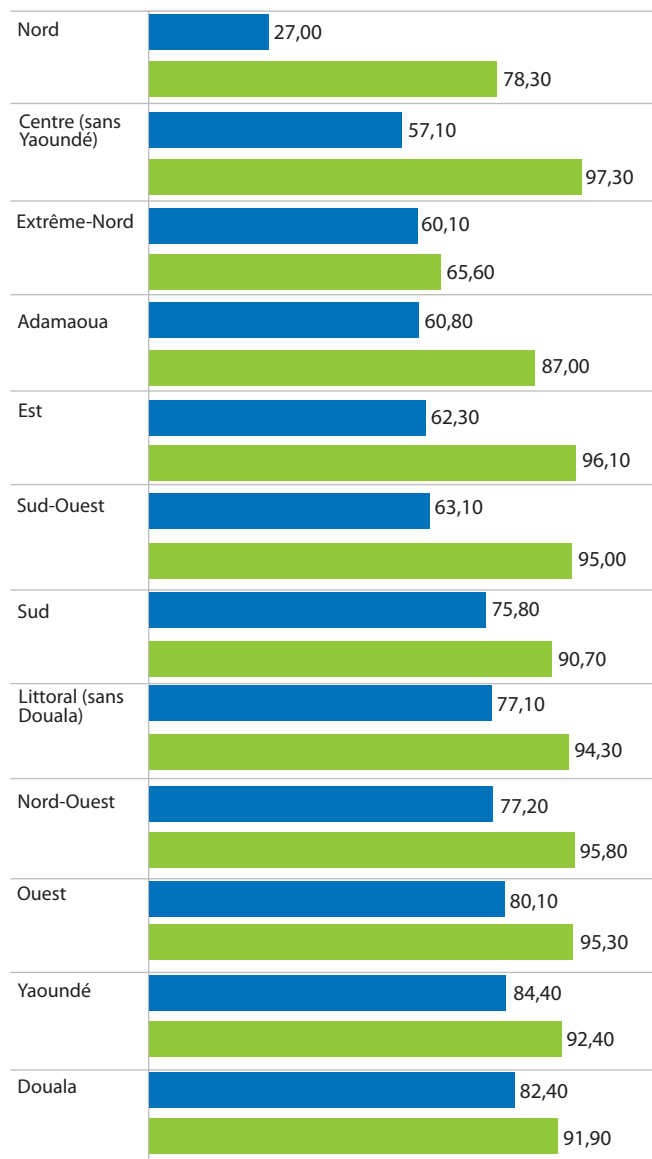


Figure 72. Taux des enfants complètement vaccinés-Milieu, 2004-2014

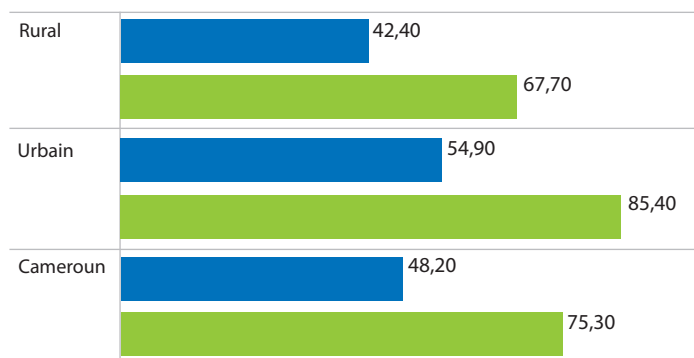
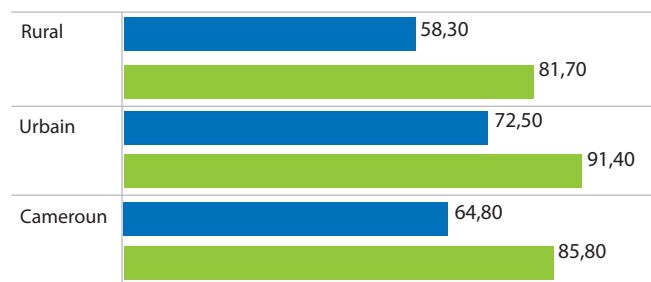


Figure 73. Taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés contre la rougeole selon le milieu, 2004-2014



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.

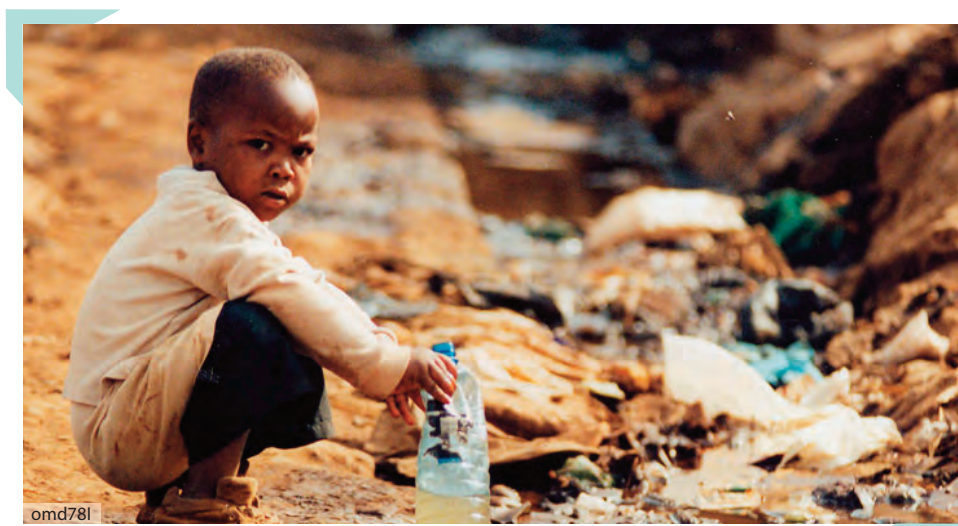


Figure 74. Etat Nutritionnel enfant de moins de 5 ans, 2004-2014

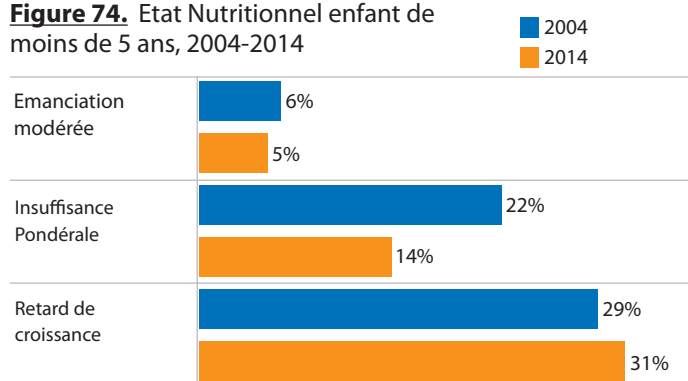


Figure 75. Etat Nutritionnel enfant, 2004-2014

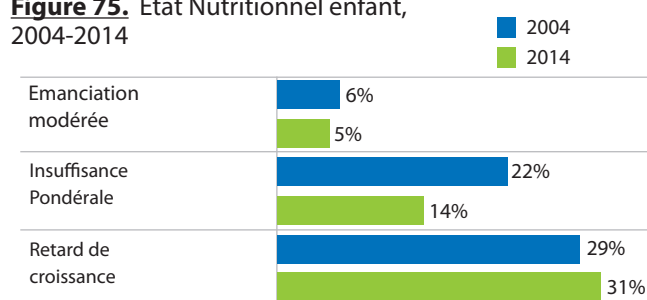


Figure 76. Mortalité infanto-Juvenile (pour Mille) au Cameroun comparée à d'autres zones, 1990-2015

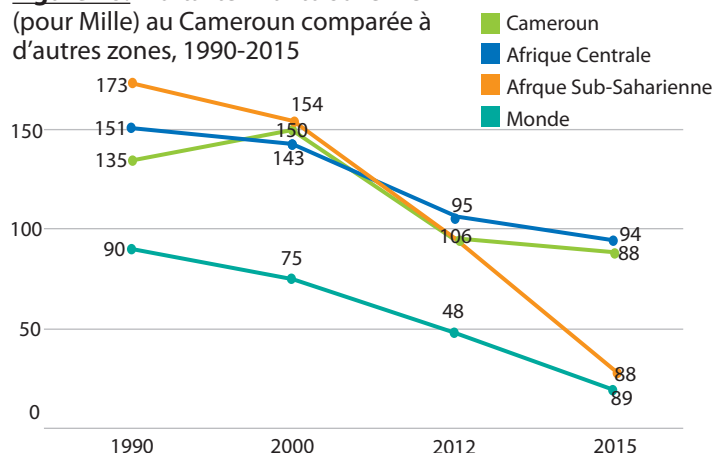


Figure 77. Couverture intervention Nouveau-né, 2004-2014

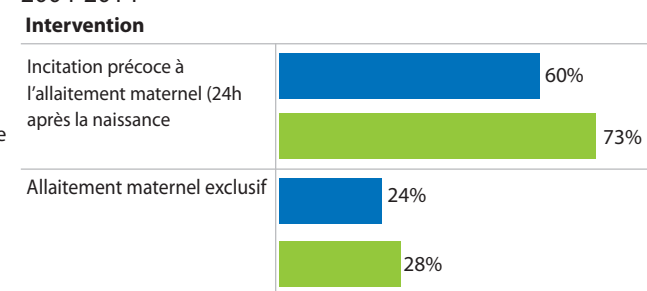


Figure 79. Mortalité Petite Enfance, 2011-2014

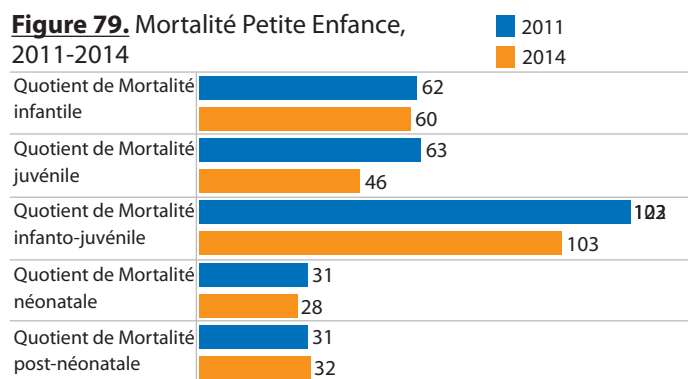


Figure 78. Etat Nutritionnel Enfant de moins de 5 ans, 2011-2014

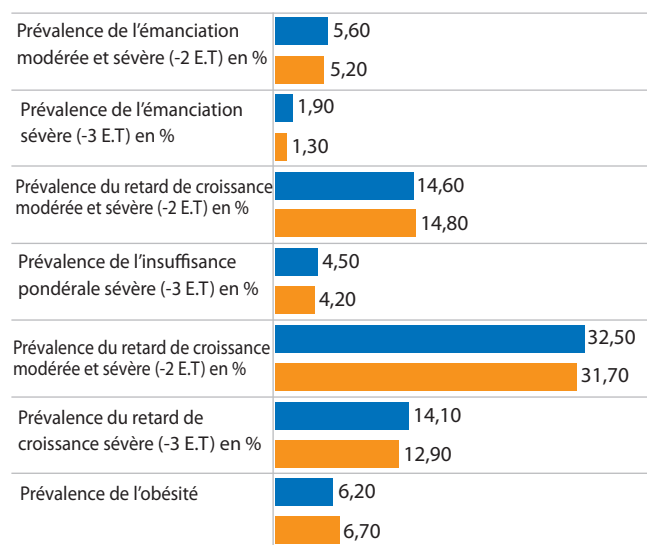


Figure 80. Indice synthétique de fécondité 15-19 ans par région, 2014

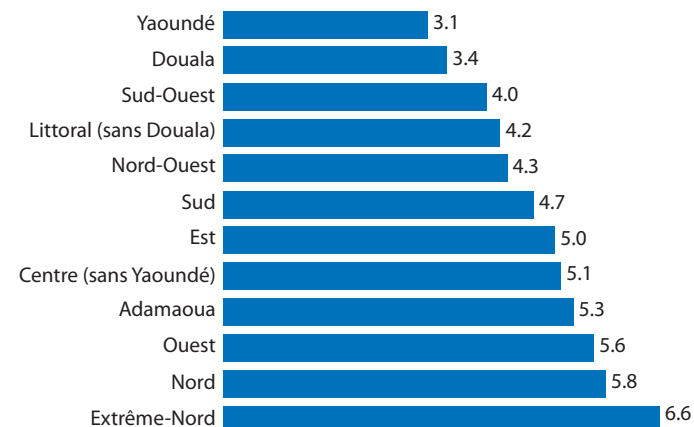
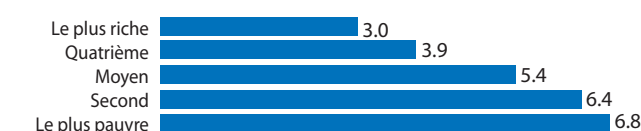


Figure 81. Indice synthétique de fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire, 2014



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 | Juvenile | 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 | | | | | | |
| | < 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 Camroun

| 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

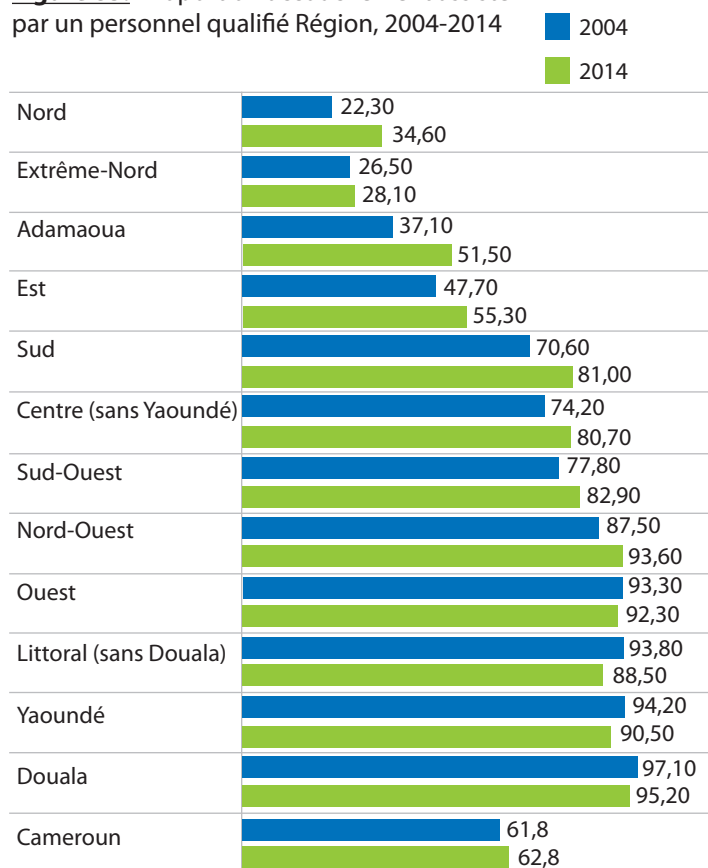


Figure 86. Proportion femmes mariées 15-49 ans sous contraception, 2001-2014

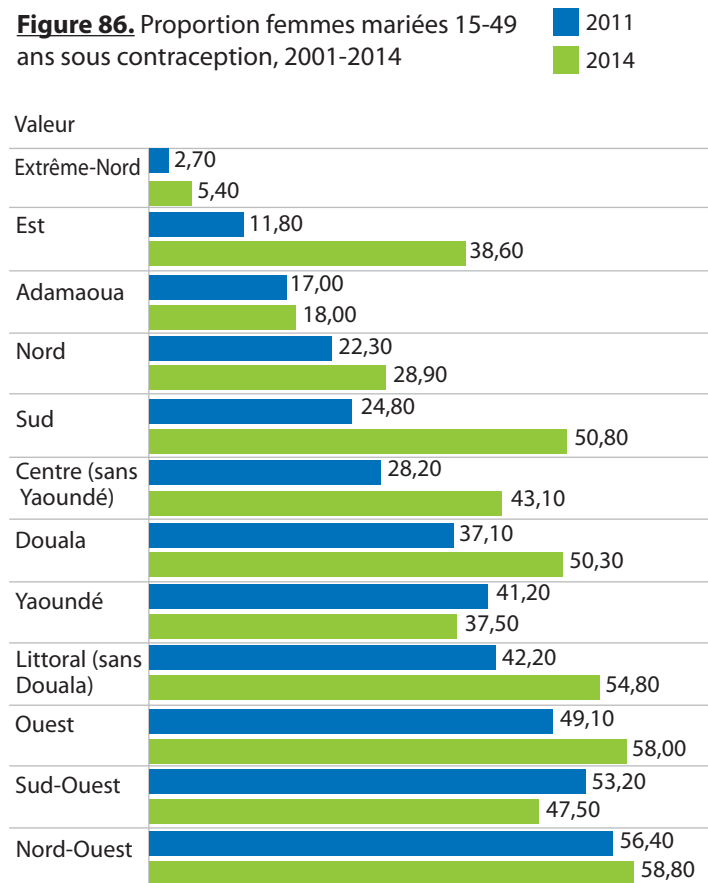


Figure 84. Couverture intervention Santé maternelle, 2004-2014

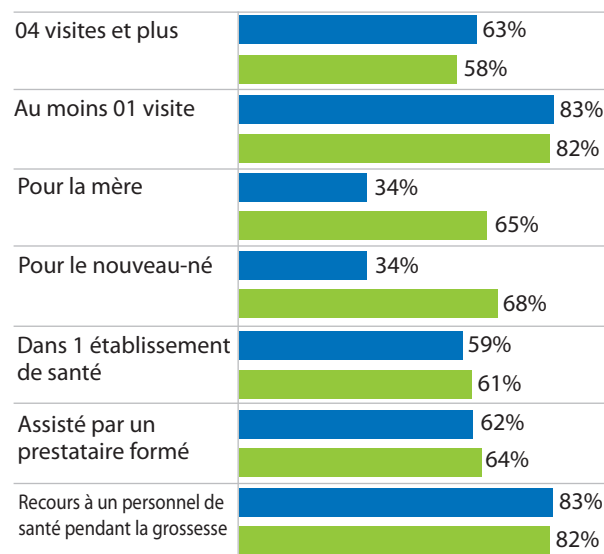


Figure 85. Proportion accouchements assistés-mi-lieu, 2004-2014

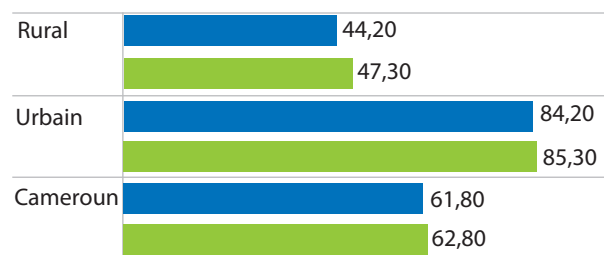


Figure 87. Mortalité maternelle (pour 100 000) au Cameroun, 1998-2011

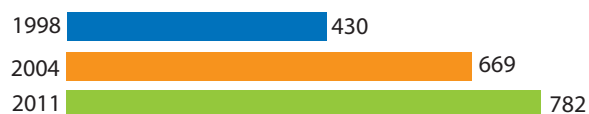
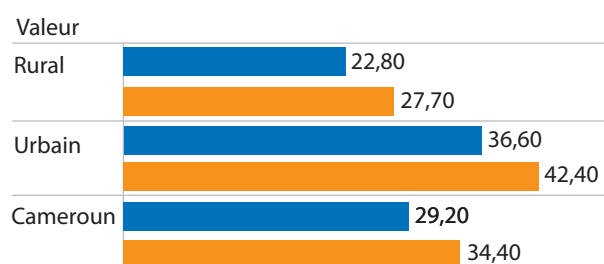


Figure 88. Proportion femmes mariées de 15-49 ans sous Contraception, résidence, 2011-2014-2014



Source : EDS 2011, MICS 2014

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

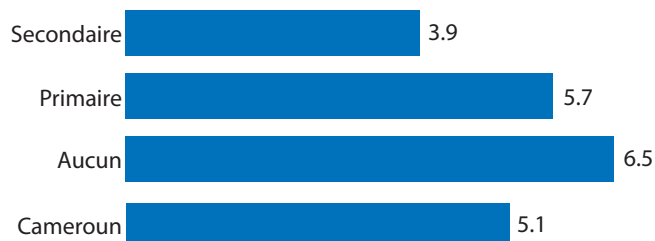


Figure 90. Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, Niveau Scolaire par quintile de bien-être économique, 2014

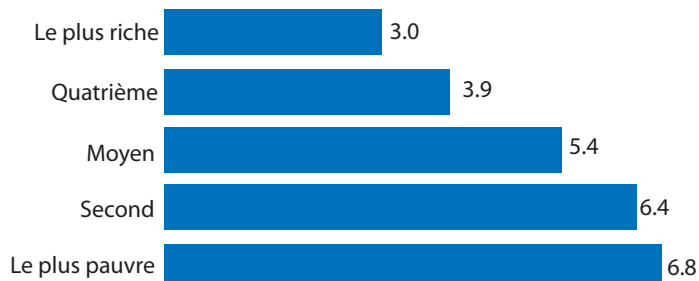


Figure 91. Indice synthétique de Fécondité 15-19 ans, 2014

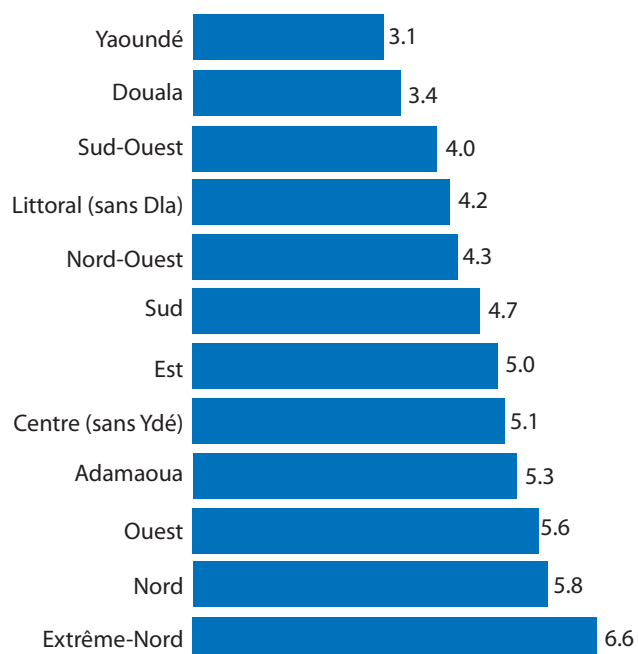


Figure 92. Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, 2014

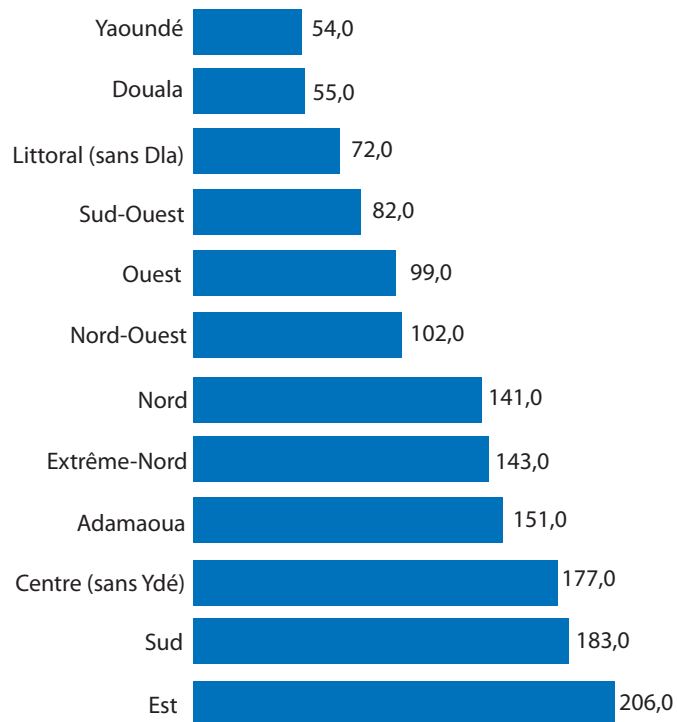


Figure 93. Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, par quintile de Bien-être économique, 2014

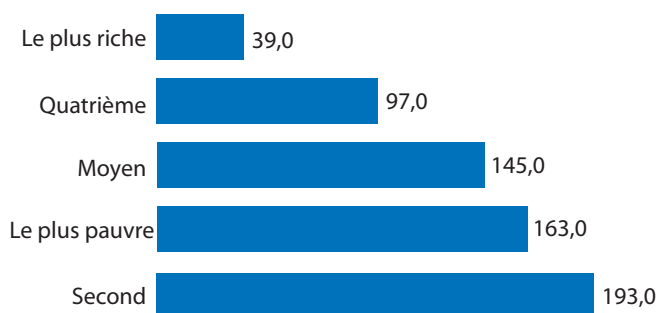
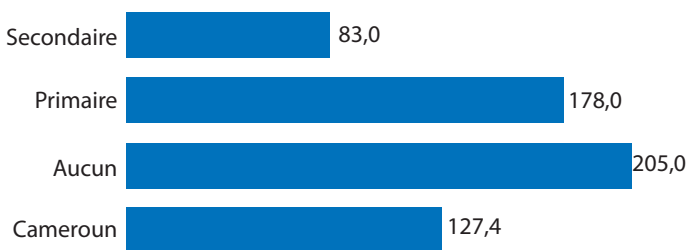


Figure 94. Fécondité (pour 1000) Adolescents 15-19 ans, Niveau scolaire, 2014



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.

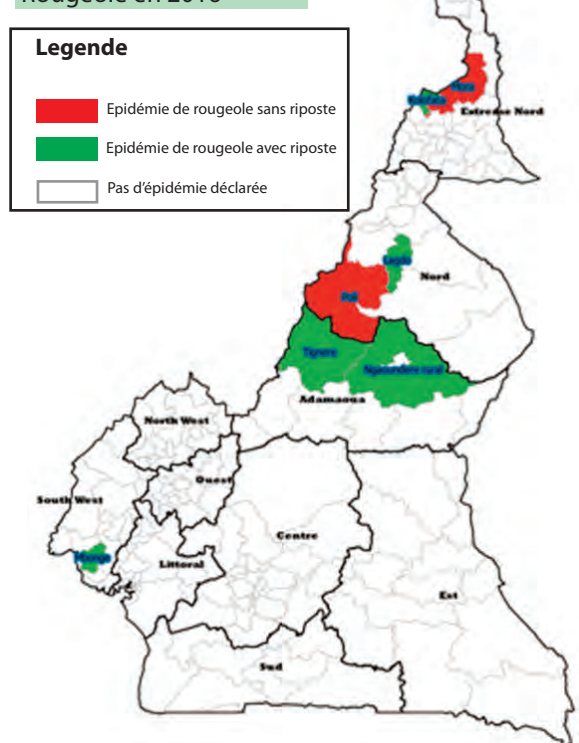
En 2016, la complétude des districts vers la région était de 98% et la promptitude de 84% (Base MAPE 2016, S52). La complétude des régions vers le niveau central était de 100% et la promptitude de 80%. Toutefois, la complétude et la promptitude des FOSA vers les districts ne sont pas connues au niveau 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 |

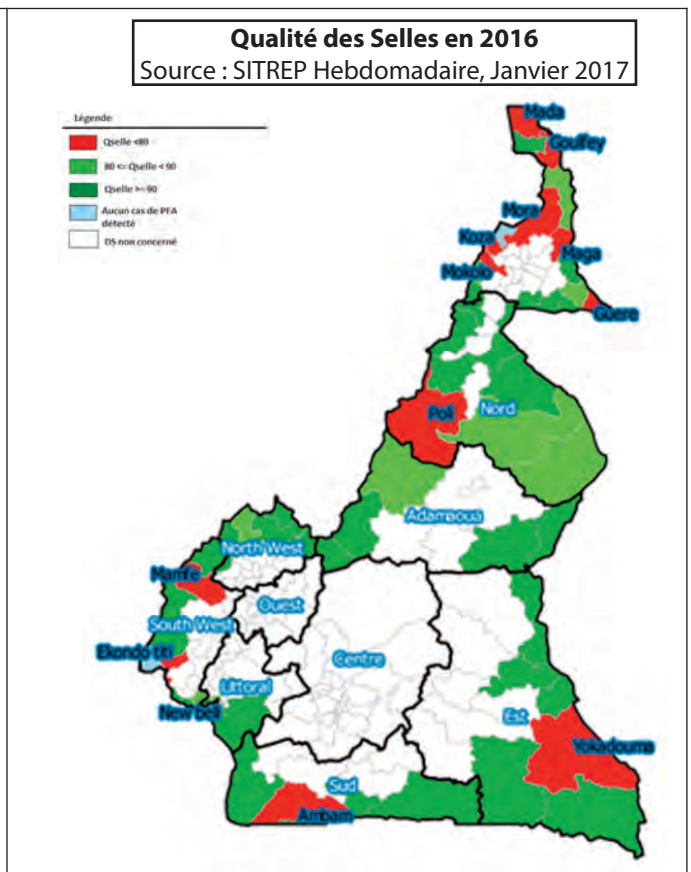
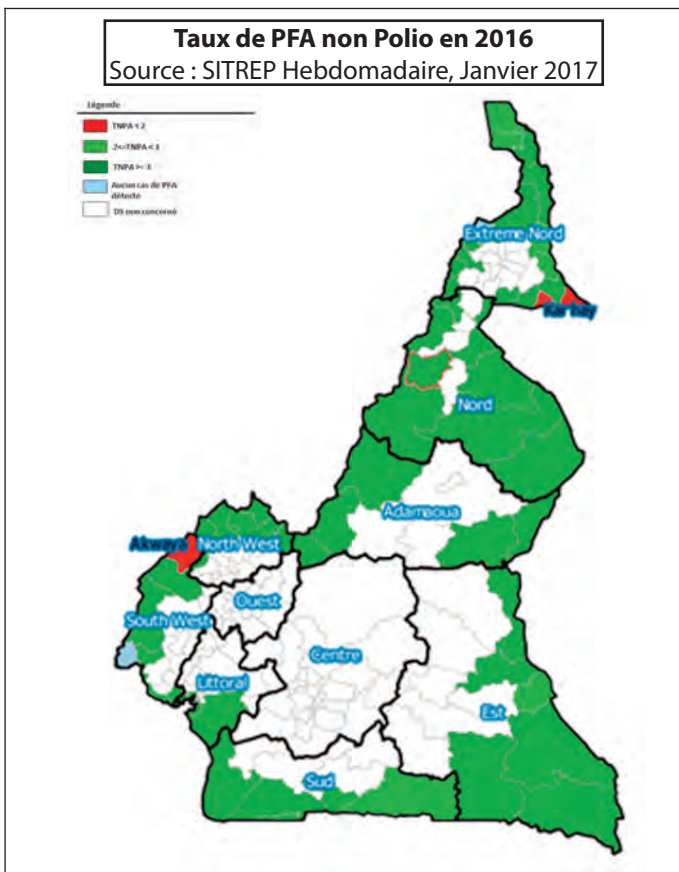
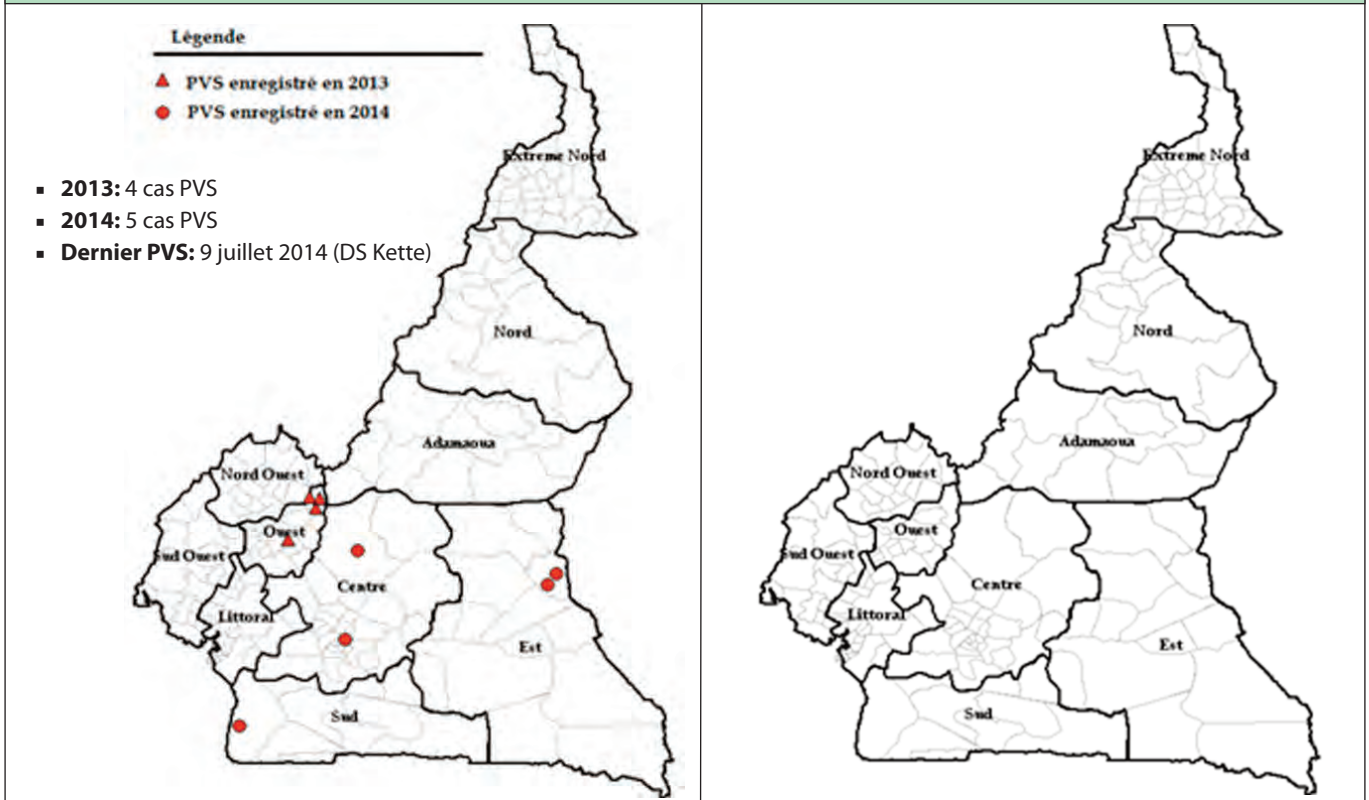
Source: DLMEP/MINSANTE, SE50 _ 2016

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

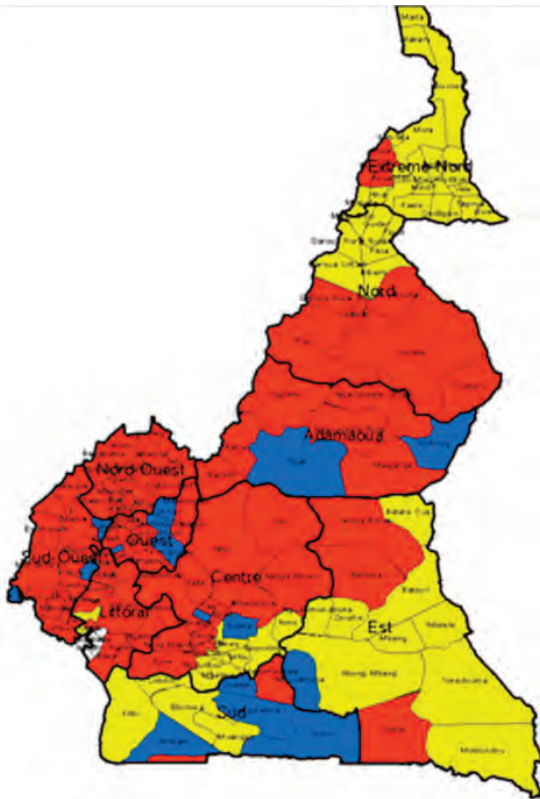


10-17-2012tuberculosis

Maladies Tropicales Negligées à Chimiothérapie Préventive / Cameroun, 2012

Source : OMS/ Bureau Cameroun, 2016

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

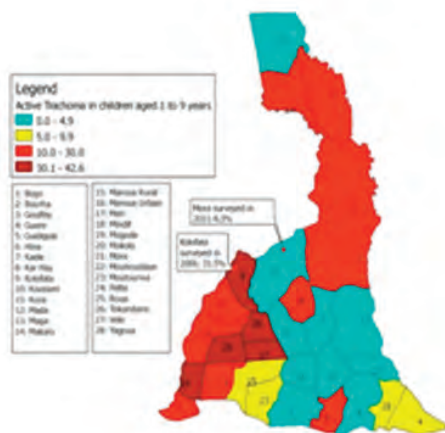


- Géo-helminthiase
- Géo-H + Schistosomiase



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

Source : OMS/ Bureau Cameroun, 2016

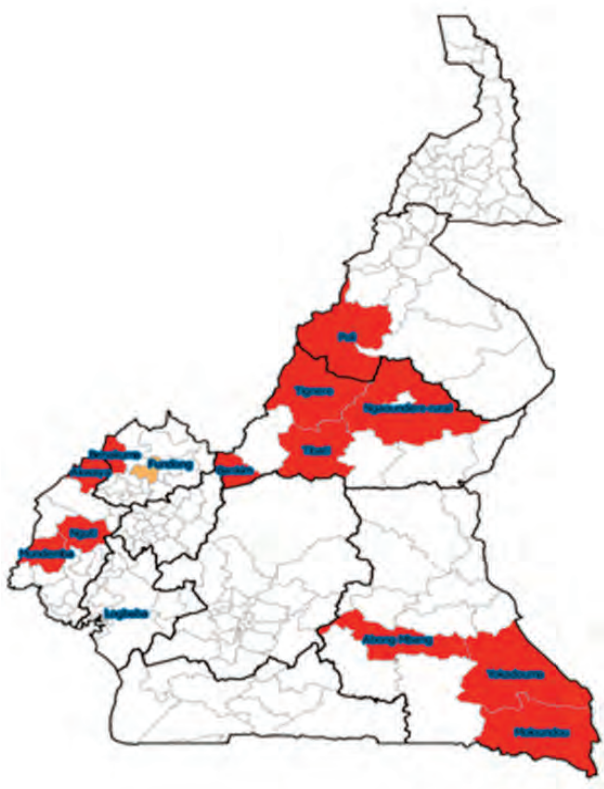


Prévalence de la Lèpre au Cameroun en 2015

Source : OMS/ Bureau Cameroun, 2016

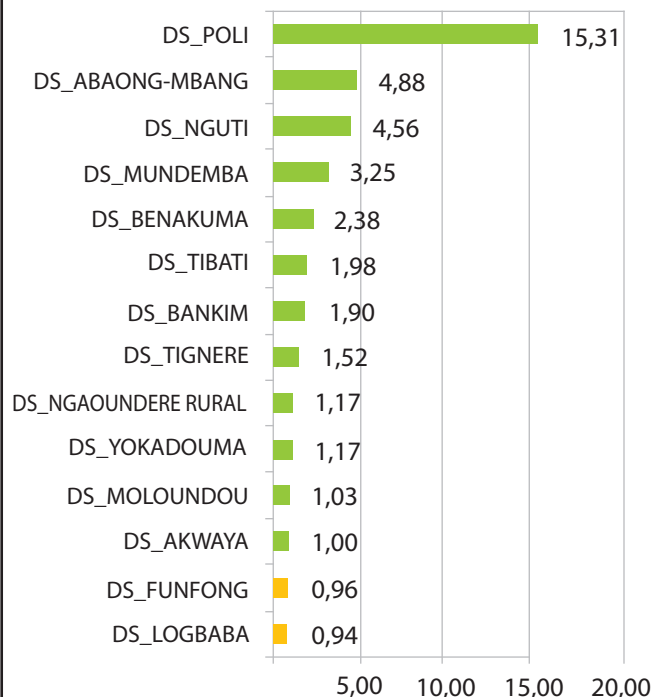
Légende

- 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.

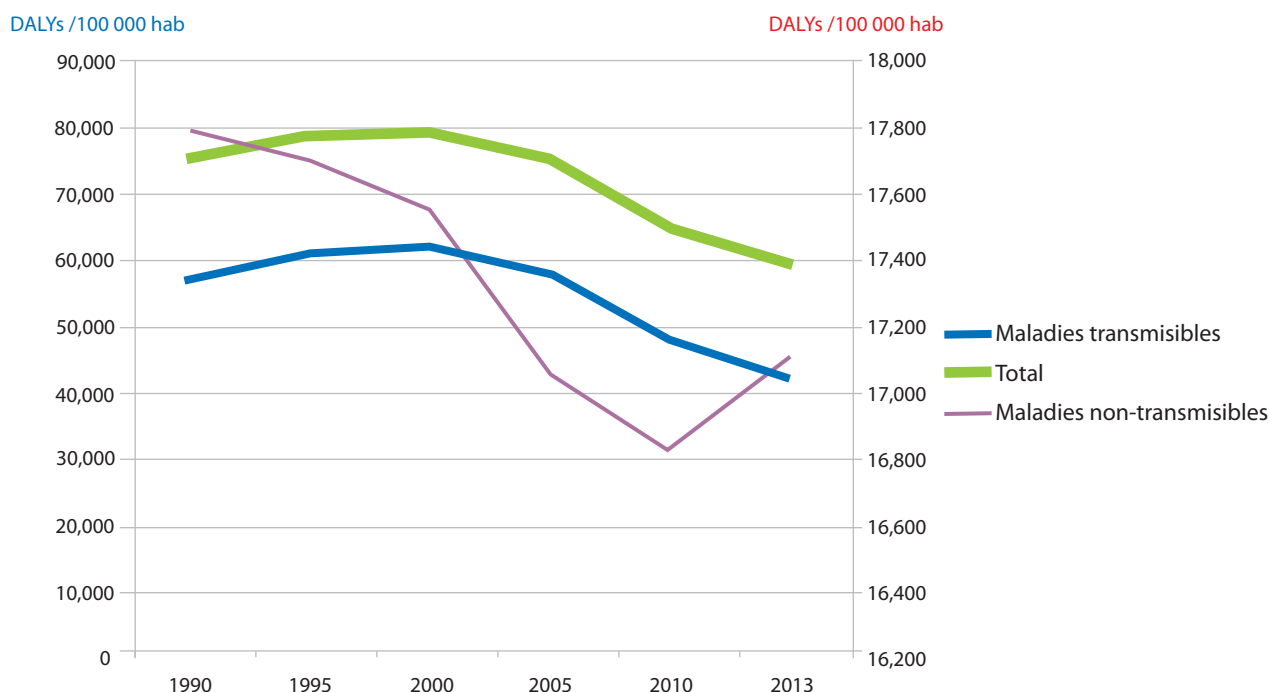
Pour la prise en charge des maladies mentales, il n'existe que deux centres spécialisés avec des plateaux techniques adéquats (Hôpital Jamot de Yaoundé et Hôpital Laquintinie de Douala). On note une insuffisance de psychiatres et autres professionnels de la santé mentale.

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



hiv-self-test-310

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

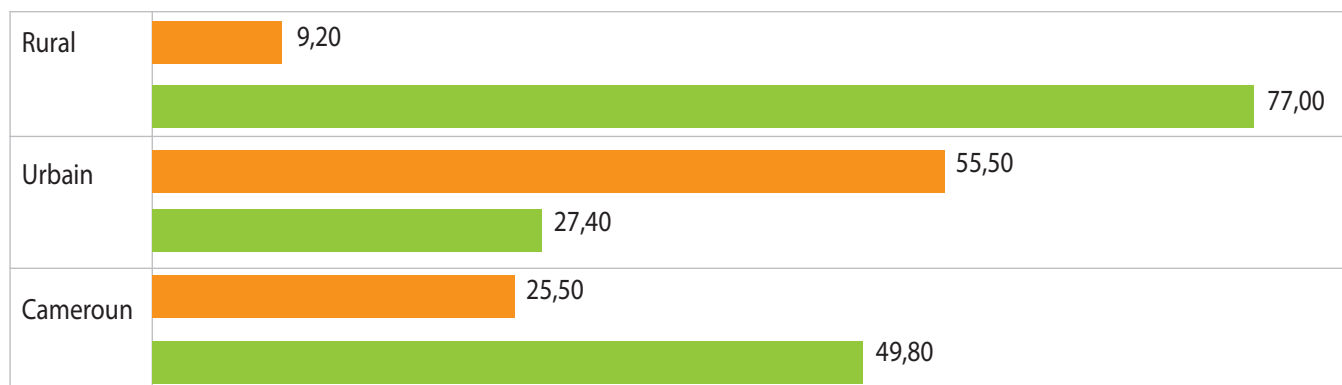
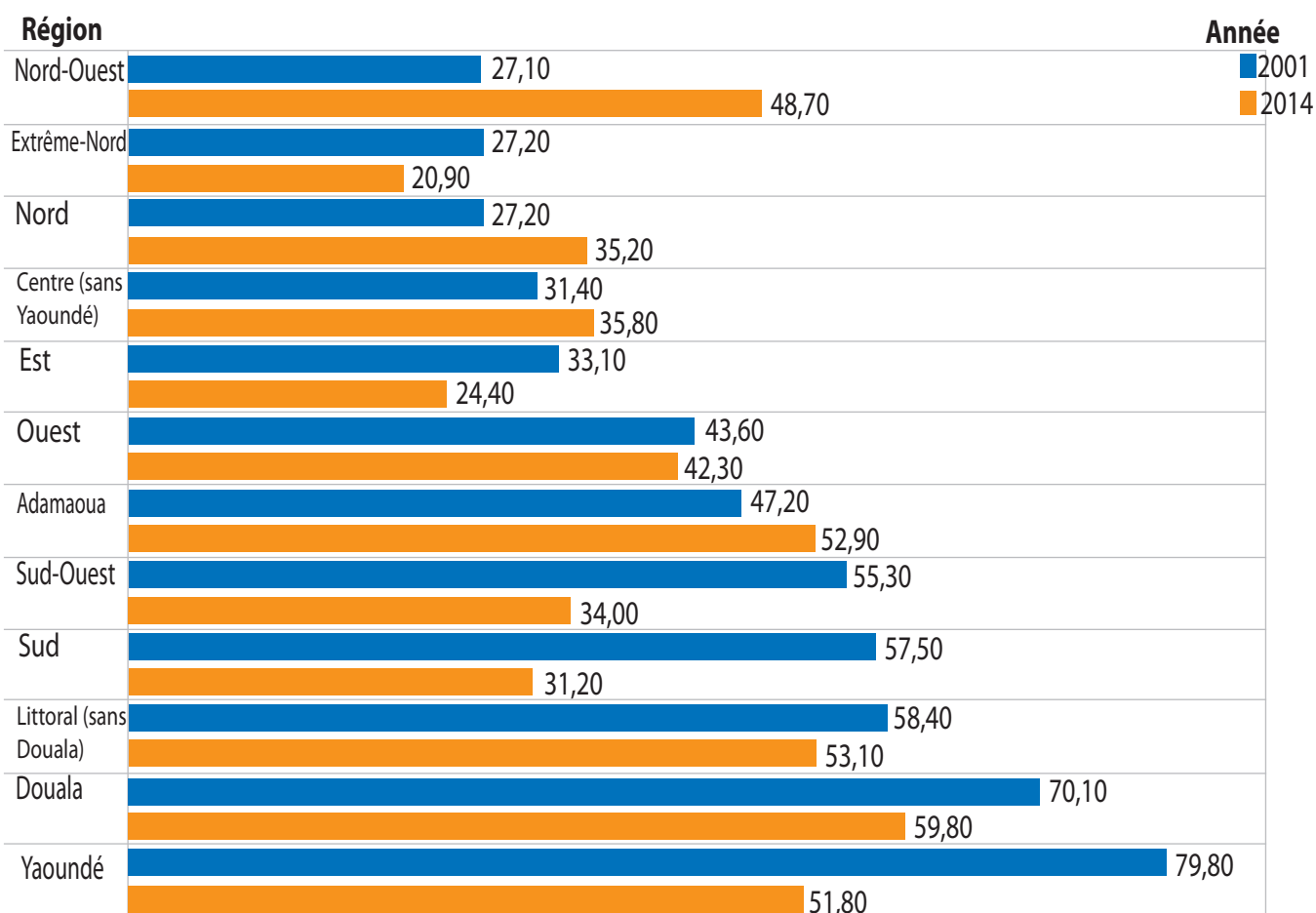


Figure 97. Taux des populations disposant des WC par région 2001-2014



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).

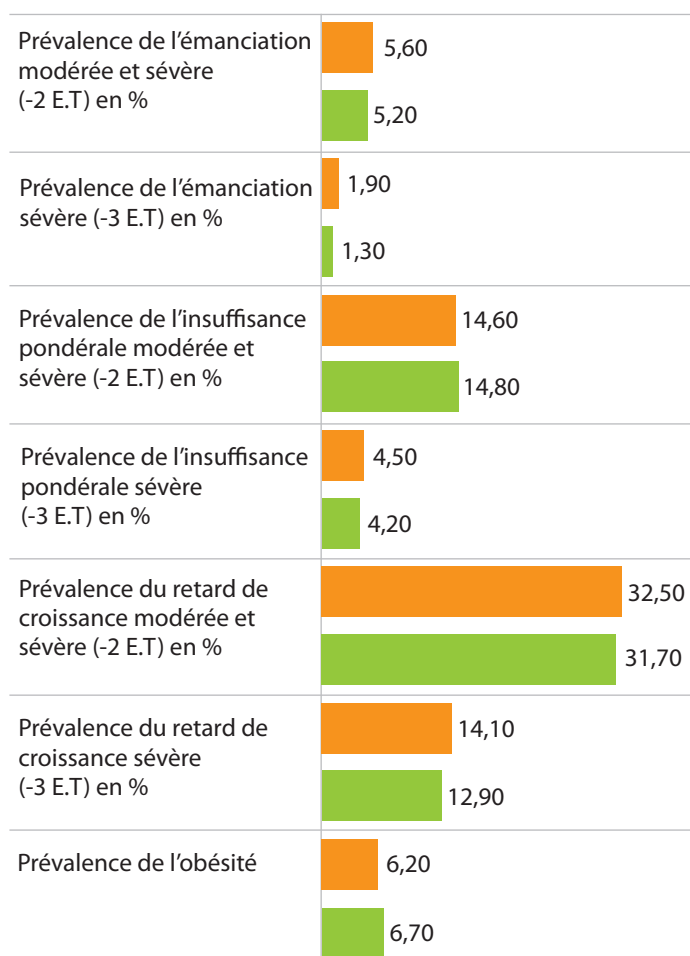
Avec la SSS 2001-2015 et en conformité avec le DSCE, le MINSANTE a mis en place une politique nationale d'alimentation et de nutrition qui comporte neuf grands axes : (i) la promotion de l'allaitement maternel, (ii) la lutte contre la malnutrition, (iii) la lutte contre les carences en micronutriments, (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

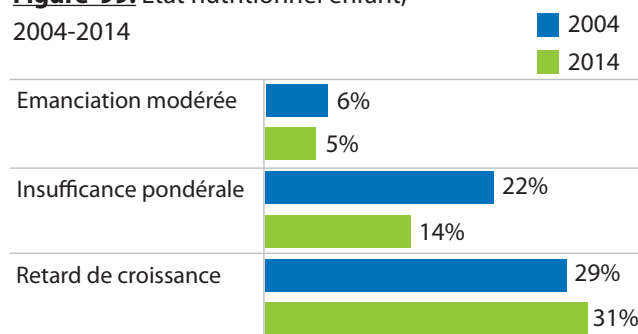


Figure 100. Etat nutritionnel enfant de moins de 5 ans, 2004-2014

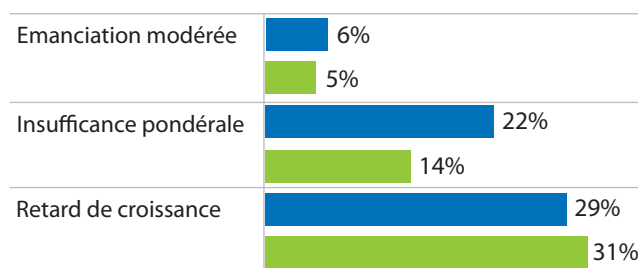
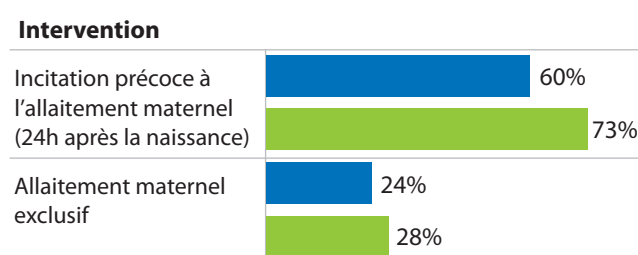


Figure 101. Couverture intervention nouveau-né, 2004-2014



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

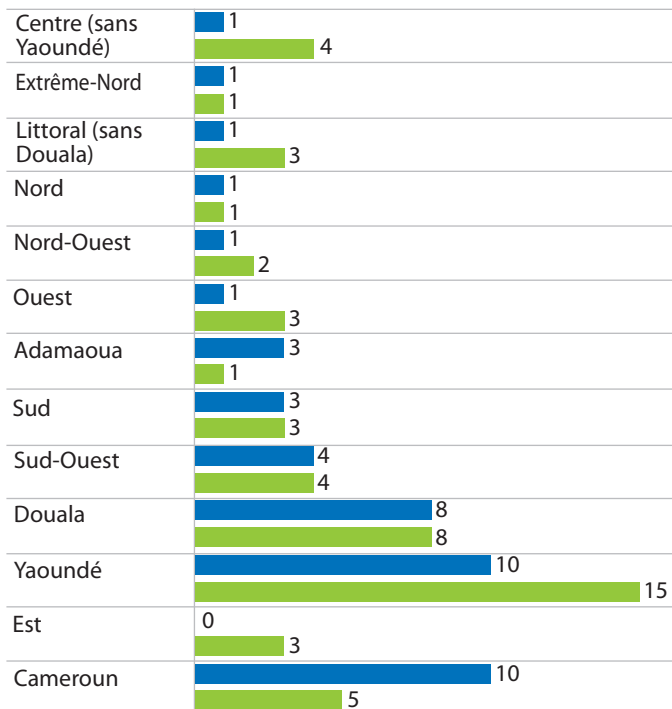
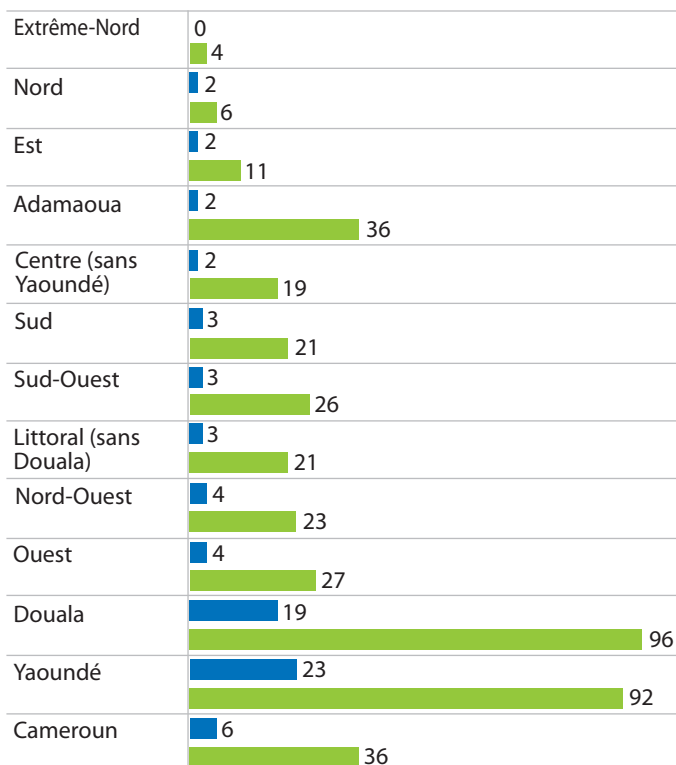


Figure 104. Nombre (pour 1000 habitants) d'ordinateurs personnels, par région, 2007-2014



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

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

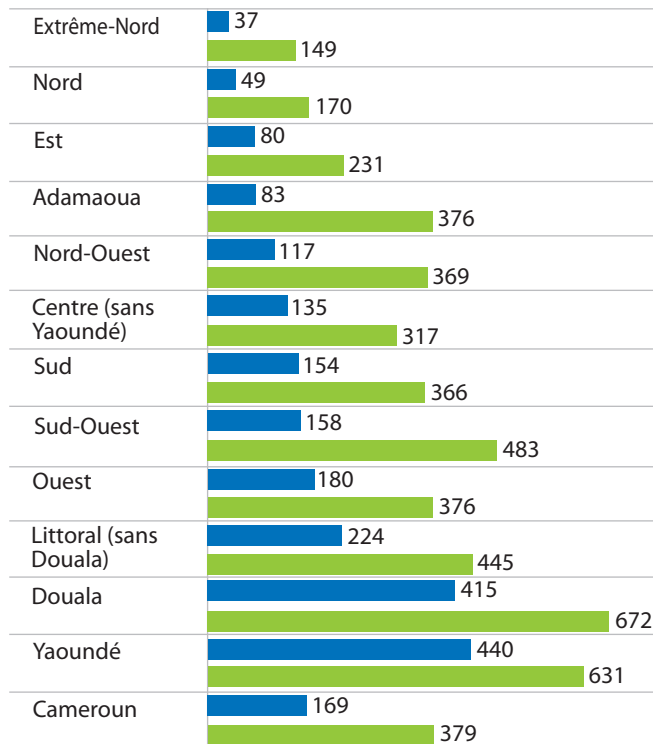


Figure 105. Taux des populations habitant les maisons à matériaux définitifs, milieu de résidence, 2007-2014

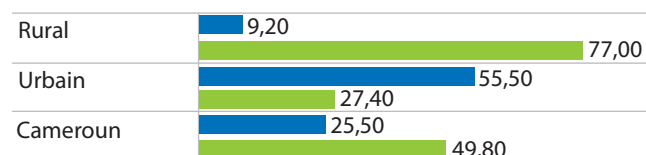


Figure 106. Taux des population disposant des WC, milieu, 2001-2014

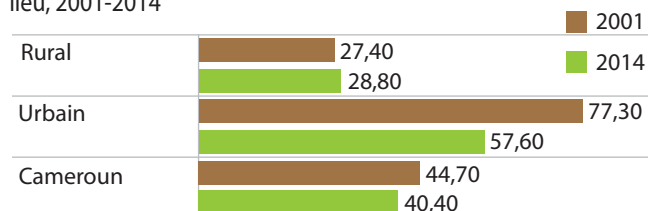
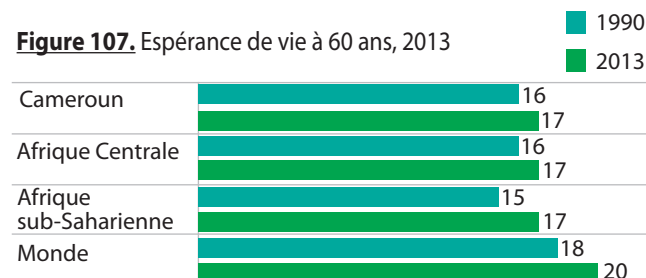


Figure 107. Espérance de vie à 60 ans, 2013



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/>