



ANALYSE COÛT BÉNÉFICIE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CAMEROUN 2022-2026



Juin 2022

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	iii
LISTE FIGURES.....	v
GRAPHIQUES	v
TABLEAUX.....	Error! Bookmark not defined.
SCHEMA.....	v
ANNEXES.....	vi
AVANT-PROPOS.....	vii
RESUMÉ.....	viii
1 INTRODUCTION	1
2 LE LIEN SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT	2
3 SYSTEME NATIONAL DE SANTÉ	3
4 OBJECTIFS.....	4
4.1 Objectif général.....	4
4.2 Objectifs spécifiques.....	4
5 MÉTHODOLOGIE / PROCESSUS D'ÉLABORATION DE L'ANALYSE COUT-BENEFICE	5
5.1 Revue documentaire	5
5.2 L'enquête de terrain.....	5
5.3 Approche par axes principaux.....	7
5.3.1 Analyse de la situation des systèmes de santé et des soins de santé primaires (identification des faiblesses du système et les goulots d'étranglement prioritaires entravant l'offre et l'utilisation adéquat de soins de santé primaires et proposition des actions correctrices adaptées pour lever ces goulots)	7
5.3.2 Identification du paquet d'intervention de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au Cameroun.....	7
5.3.3 Estimation des coûts de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires efficace et efficace sur la base des paquets d'interventions définis par le pays	7
5.3.4 Estimation de l'impact et les bénéfices attendus d'ici 2026 des investissements opérés dans les Soins de Santé Primaires au niveau sanitaire (en termes de vies sauvées, réduction de la mortalité, etc.) et sur le plan multisectoriel.....	8
5.3.5 Synthèse du processus d'élaboration de l'Analyse couts-bénéfices.....	8
6 SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE	9
6.1 Situation démographique.....	9
6.2 Situation socio-économique.....	9
7 L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION AU CAMEROUN.....	10
7.1 Mortalité maternelle	10
7.2 Situation de certaines interventions clés chez les mères.....	11
7.2.1 Planification familiale	11
7.2.2 Les consultations prénatales (CPN4+) et accouchement assisté	11
7.2.3 Continuum de soins au Cameroun	12

7.3	Mortalité infanto-juvénile	13
7.3.1	Niveau de la mortalité infanto-juvénile	13
7.3.2	Causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans.....	15
7.4	La couverture vaccinale.....	15
7.5	Le paludisme.....	16
7.6	Les maladies transmissibles	16
7.7	Maladie tropicales Négligées (MTN)	16
7.8	Les maladies non transmissibles	17
8	ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE/ SOINS DE SANTE PRIMAIRES	18
8.1	Financement de la santé	18
8.2	Comparaison entre l'allocation budgétaire et les cas traités par niveau de la pyramide sanitaire.....	19
8.3	Ressources humaines en santé	20
8.4	Infrastructures et Equipements	22
8.5	Médicaments, Vaccins et autres intrants stratégiques.....	24
8.6	Paquet de service de santé essentiels des SSP.....	24
8.7	Système d'information sanitaire	25
8.8	Gouvernance et leadership	25
9	ANALYSE DES FAIBLESSES DU SYSTÈME DANS LA MISE EN ŒUVRE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES.....	26
10	IDENTIFICATION DES SCENARII DE MISE EN ŒUVRE DES SSP.....	28
11	INVESTISSEMENTS FINANCIERS NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EFFICACE ET EFFICIENTE.....	28
12	Nombre de services fournis.....	28
12.1	Coûts totaux et coûts par catégories majeures.....	29
12.2	Coûts totaux par niveau de prestation ou catégories de structures.....	32
12.3	Coûts moyens par habitant et par niveau ou structure des SSP	33
13	IMPACTS ET BENEFICES ATTENDUS DE L'INVESTISSEMENT DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES.....	34
14	COÛT-EFFICACITÉ PAR SCÉNARIO	38
15	IMPACTS & AVANTAGES AU PLAN MULTISECTORIEL ET LE RETOUR SUR INVESTISSEMENT.....	38
16	CONCLUSION ET IMPLICATION DE POLITIQUES	40
17	REFERENCES BILIOGRAPHIQUES.....	42
18	ANNEXES.....	45

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACB	Analyse Coûts-bénéfices
AS	Aire de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CENAME	Centrale Nationale d'Achat des Médicaments Essentiels
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPN	Consultation prénatale
CSI	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DCOOP	Division de la Coopération du Ministère de la Santé Publique
DHIS ₂	District Health Information System 2
DOSTS	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DS	District Sanitaire
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional pour la Promotion de la Santé
GHED	Global Health Expenditure Database
GIP	Groupement d'Interêt Public
GIZ	Coopération Allemande
GTN	Groupe Technique National de coordination des ISDC au Cameroun
HD	Hôpital de District
HTA	Hypertension artérielle
IDHI	Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographique
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISDC	Interventions Sous Directives Communautaires
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JHPIEGO Obstetrics	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et Aménorrhée
ME	Médicaments Essentiels
MFH	Medicine For Humanity
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey / Enquête à indicateurs multiples
MIJ	Mortalité infanto-juvénile
MIILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique du Cameroun
MNT	Maladies Non Transmissibles

MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs du Développement Durable
OHT	One Health Tool
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSCD	Organisation de la Société Civile de District
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLO	Programme National de Lutte Contre l'Onchocercose
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSNLP	Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme de Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSS	Renforcement du Système de Santé
SDSSP	Sous Direction des Soins de Santé Primaires
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SMIG	Salaire Minimum Garanti
SND30	Stratégie Nationale de Développement 2030
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
SSD	Service de Santé de District
SSP	Soins de Santé Primaires
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
TB	Tuberculose
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humain
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Eau, Assainissement et Hygiène)

LISTE FIGURES

<i>Figure 1: Place des soins de santé primaires dans l'offre de santé</i>	3
<i>Figure 2: Prise en charge par niveau de la pyramide sanitaire 2021</i>	19

GRAPHIQUES

<i>Graphique 1: Tendances de la mortalité maternelle vers les ODD (2030)</i>	10
<i>Graphique 2: tendance évolutive des consultations prénatales au Cameroun</i>	12
<i>Graphique 3: Naissances vivantes au cours des 5 dernières années</i>	12
<i>Graphique 4: Continuum de soins au Cameroun (graphique muet, bien vouloir préciser la légende)</i>	13
<i>Graphique 5: Niveau de mortalité de la mortalité infanto-juvénile</i>	14
<i>Graphique 6: Décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes et nombre absolu par région au Cameroun</i>	14
<i>Graphique 7: Principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans au Cameroun</i>	15
<i>Graphique 8: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à n'importe quel moment avant l'enquête</i>	16
<i>Graphique 9: Catégories de dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales de santé au Cameroun de 2012 à 2016</i>	18
<i>Graphique 10: Budget alloué à la santé en pourcentage du budget total du Gouvernement au Cameroun de 2005 à 2020</i>	19
<i>Graphique 11: Densité des formations sanitaires par région</i>	23
<i>Graphique 12: Nombre total de services par programme et par scénario</i>	29
<i>Graphique 13: Proportion du nombre moyen de services par domaine des SSP</i>	29
<i>Graphique 14: Financement l'offre de services des SSP</i>	30
<i>Graphique 15: Estimation des coûts de base des SSP en 2021 (réel VS normatif)</i>	30
<i>Graphique 16: Répartition des coûts annuels par catégories majeures pour le scénario minimal</i> ...	31
<i>Graphique 17: Répartition des coûts annuels par catégories majeures pour le scénario moyen</i>	32
<i>Graphique 18: Répartition des coûts annuels par catégories majeures pour le scénario ambitieux</i>	32
<i>Graphique 19: Répartition des coûts totaux par type de structures ou par niveau des SSP</i>	33
<i>Graphique 20: le niveau de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la diminution du ratio de mortalité maternelle par scénario</i>	35
<i>Graphique 21: ratio de mortalité maternelle- décès pour 100 000 naissances vivantes</i>	36
<i>Graphique 22: Vies additionnelles sauvées par année d'impact et par scénario</i>	37
<i>Graphique 23: Comparaison des rapports coût-efficacité par scénario en millier de US \$</i>	
<i>Tableau 1: Echantillon des zones, des structures et du nombre d'agents interviewés</i>	6
<i>Tableau 2: Effectif du personnel médical par région</i>	21
<i>Tableau 3: Répartition des formations sanitaires du niveau district par catégorie et par région au Cameroun en 2020</i>	23
<i>Tableau 4: Coûts totaux et coûts annuels moyens par scénario de couverture des SSP</i>	31
<i>Tableau 5: Tableau 5: les coûts totaux par type de structures ou par niveau des SSP en million de F CFA</i>	33
<i>Tableau 6: Coût total moyen par habitant par scénario</i>	34
<i>Tableau 7: Coût total moyen par niveau ou catégorie de structure et par scénario</i>	34
<i>Tableau 8: Taux de réduction du TMIJ (2026) et contribution à l'atteinte des ODD (2030)</i>	35
<i>Tableau 9: Les impacts sanitaires correspondant aux scénarii de couverture</i>	36
<i>Tableau 10: Résultats d'effets (nombre de morbidités évitées) par scénario</i>	37
<i>Tableau 11: Nombre d'emplois générés par les secteurs socio-économiques</i>	39

SCHEMA

<i>Schéma 1: Pyramide sanitaire du Cameroun</i>	4
---	---

<i>Schéma 2: Processus d'élaboration du DI</i>	9
<i>Schéma 3: principaux goulots</i>	27

ANNEXES

<i>Annexe 1: : Liste de l'équipe de t'étude</i>	45
<i>Annexe 2: Liste des paquets et sous paquets de services des SSP</i>	48
<i>Annexe 3: Coût totaux d'un échantillon d' interventions à haut impact du paquet de services des SSP</i>	50

AVANT-PROPOS

Le Ministère de la Santé Publique a entrepris ces dernières années, d'importants efforts pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire, en vue d'assurer un bien-être à la population camerounaise. Ces efforts entrent dans le cadre de l'engagement du Département ministériel pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (engagement 3) et ceux définis dans le Document de Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND 30).

La Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2020-2030 du Cameroun a pour but de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable d'apporter une croissance forte, inclusive et durable avec les Soins de Santé Primaires (SSP) comme locomotive. Afin de savoir combien coûterait le fait d'investir dans les SSP au Cameroun d'ici à 2026, le pays a entrepris de conduire une analyse des coûts et bénéfices desdits soins pour la période 2022-2026.

Le présent rapport va servir de référence au Ministère de la Santé Publique et aux autres Administrations, aux donateurs, aux partenaires ainsi qu'aux communautaires, pour mener le plaidoyer dans le cadre des efforts de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au Cameroun.

Je voudrais saluer les contributions des experts du Ministère de la Santé Publique à la réalisation de cette étude. Ainsi, je demande à tous les intervenants du système de santé camerounais, d'utiliser les standards et les hypothèses issus de ce document pour les activités de planification, de budgétisation, de mise en œuvre et de suivi-évaluation afin de permettre au pays de contribuer à l'atteinte des ODD.

Le Ministre de la Santé Publique

Dr MANAOUDA Malachie

RESUMÉ

Selon l'OMS, près de la moitié de la population mondiale, soit environ 3,6 milliards d'habitants de la terre, n'a toujours pas accès à des services de santé de base. Si cela perdure, ce sont près d'un milliard de personnes qui risquent de passer sous le seuil de pauvreté à cause de dépenses de santé à leur charge. Les Soins primaires sont un processus et un maillon clé dans le système de santé qui soutient le premier contact avec des soins accessibles, continus, complets, coordonnés et abordables axés sur le patient. Grâce au déploiement des interventions de soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, toujours selon l'OMS 60 millions de vies pourraient être sauvées et l'espérance de vie moyenne pourrait augmenter de 3,7 ans d'ici à 2030.

Ces dernières années, bien que des progrès remarquables aient été accomplis dans le secteur de la santé en général grâce aux efforts du Gouvernement camerounais, certains indicateurs demeurent préoccupants dont ceux de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ayant mis en péril l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ces différents niveaux de mortalité restent encore élevés par rapport aux cibles fixées pour 2030. Sur la base des réalisations actuelles, les efforts doivent être doublés si les ODD 2030 doivent être atteints.

Les épidémies sont toujours récurrentes avec la rougeole dans 8 régions et le choléra dans 4 régions sur 10 en 2020. Le paludisme, la diarrhée, la pneumonie sont les principales causes directes de décès chez les moins de 5 ans avec comme lit la malnutrition. On note une recrudescence des maladies transmissibles et non transmissibles et une persistance des maladies tropicales négligées. L'accès à des services de santé de qualité reste un défi à tous les niveaux de soins, les barrières à la demande de soins telles que les inégalités géographiques, financières, économiques et agroécologiques perdurent. Les ménages supportent 70% des dépenses budgétaires de santé dans le pays. En conséquence, les couvertures des interventions de santé à haut impact sont encore faibles et de portée limitée. Plusieurs occasions manquées dans le continuum des soins demeurent. Remédier aux goulots d'étranglement pour améliorer les couvertures des services de santé s'avère une nécessité et une priorité pour le Gouvernement camerounais. Face à cette situation, les « Soins de Santé Primaires » sont une alternative louable pour l'atteinte de ces objectifs, car ils visent à garantir un niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible avec une répartition équitable et fortement basée sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et sur le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, tout en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien.

Le Cameroun a adopté la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30), déclinaison de la Vision 2035 qui s'aligne sur les Objectifs du Développement Durable 2030 (ODD) et l'Agenda 2063 de l'Union Africaine. La Stratégie Sectorielle de la Santé 2020-2030, alignée sur la SND30, est ancrée dans le deuxième pilier qui vise à développer son capital humain en mettant l'accent sur l'éducation, la santé, la nutrition, l'accès aux équipements sociaux de base et la protection sociale, comme condition préalable essentielle à la croissance économique. Par ailleurs, le Cameroun a souscrit à un nombre d'engagements internationaux relatifs aux Soins de Santé Primaires à savoir : i) la Déclaration de Alma-Ata en 1978 sur les Soins de Santé Primaires et qui demande à tous les Gouvernements et à la communauté internationale de protéger et de promouvoir la santé de tous les peuples du monde ; ii) la conférence de Bamako en 1987, avec « l'INITIATIVE de BAMAKO », qui recommandent la participation de la communauté dans le système de santé et un partenariat avec celle-ci ; iii) la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires en Afrique

en 2008 relative à l'intégration de l'approche des SSP dans les stratégies et politiques sectorielles pour renforcer les systèmes de santé afin d'atteindre les OMD ; iv) la Conférence Internationale d'octobre 2018 à Astana au Kazakhstan sur les Soins de Santé Primaires pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle(CSU) et les Objectifs de Développement Durable (ODD).

Tous ces engagements internationaux en faveur de la Santé et la nécessité pour le Cameroun d'atteindre les Objectifs de Développement Durable d'ici 2030 soulignent l'importance d'accorder aux soins de santé primaires une place unique et prépondérante dans le système national de la santé. Il convient de noter que certains efforts ont été faits au niveau stratégique et politique pour réaliser cet état de fait, mais des défis importants doivent encore être relevés pour la mise en œuvre complète des soins de santé primaires. Un plan stratégique de la santé communautaire national de première génération ainsi qu'un dossier d'investissement ont été élaborés pour la période 2021-2025. Cette « analyse du coût et des bénéfices des soins primaires au Cameroun 2022-2026 » complète et fournit des preuves supplémentaires sur la nécessité et la meilleure façon d'investir dans le secteur des soins de santé afin de maximiser les avantages et le retour sur investissement.

A travers cette action stratégique, les autorités sanitaires souhaitent renforcer la visibilité et atteindre un meilleur positionnement des Soins de Santé Primaires et en particulier la Santé Communautaire prise comme l'un des piliers clés de l'Agenda de Transformation du Système de Santé cher au Ministre de la Santé Publique. Il s'agira donc de renforcer le plaidoyer auprès du Gouvernement et les principales parties prenantes aux niveaux national et international afin de mobiliser des ressources en faveur des Soins de Santé Primaires.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration de l'analyse coût-bénéfice des SSP au Cameroun a suivi 7 grandes étapes principales dans un ordre chronologique afin d'aboutir à la phase d'adoption par le MINSANTE et les autres parties prenantes ainsi que le forum national sur les SSP pour la mobilisation des ressources et des acteurs. Ce processus qui a été participatif a inclus: i) les activités de préparation (TDR, réunions de cadrage, mise en place du GTN, revue de la littérature), ii) l'élaboration de la note méthodologique et sa validation, iii) la phase de terrain caractérisée par une collecte des données dans les 10 régions et couvrant un échantillon de 100 FOSA du niveau district ainsi que les structures de coordination et de gouvernance (ministère de la santé/DOSTS/SSP, la délégation régionale de la santé et le district de santé), iv) l'atelier de consolidation et de validation des données, v) la phase d'analyse des données, vi) la phase d'élaboration et restitution des résultats préliminaires et enfin vii) la présentation et la validation du rapport final au cours d'un atelier national sous la présidence du secrétaire général du ministère de la santé.

Du point de vue technique, après la revue documentaire, l'analyse des goulots s'est appuyée sur une méthode héritée de l'utilisation de l'outil EQUIST en application au cours de l'atelier national de complétude et de consolidation des données. Le paquet de services des SSP à modélisé a été défini par le pays au cours d'une rencontre et découle de l'arrêté N°2040 /MINSANTE du 25 mai 2021 fixant le paquet d'activité dans certaines structures sanitaires au Cameroun. Les estimations des coûts ont été réalisées à l'aide d'un outil monté sur Excel et de l'outil OneHealth¹. Grâce à la combinaison des deux outils et des différents modules d'impacts dans OHT les différents champs de l'analyse coût-bénéfice à savoir les estimations des investissements, les coûts totaux et annuels, les coûts par catégories majeures, les coûts par niveaux et catégories de structure des SSP, ainsi que l'analyse de l'impact sur le plan

¹ OneHealth est un outil de planification et d'estimation des coûts du système de santé. Il a été mis au point par un groupe d'agences des Nations Unies sous l'égide de l'OMS, accompagné par l'UNICEF, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUSIDA et la Banque mondiale en réponse à une demande des Pays destinée à améliorer l'analyse des systèmes de santé, le calcul des coûts et les scénarii de financement au niveau des pays.

sanitaire ont été couverts. Au-delà de l'impact au plan sanitaire, il a été estimé les bénéfices attendus de la mise en œuvre adéquate des SSP au plan économique, et de développement. Ces résultats ont permis de calculer, dans le cadre d'une évaluation économique, le rapport coût-bénéfice des SSP et d'estimer le retour sur investissement. Enfin, l'analyse s'est reposée sur trois (3) scénarii de mise à l'échelle, alignés aux composantes des SSP mais présentant différents degrés d'intensification des efforts ou de couverture, à savoir le scénario minimal ou pessimiste, moyen et ambitieux/optimiste. Ces scénarios ont été définis de concert avec le ministère de la santé publique et couvre la période de planification (2022-2026).

L'analyse des goulots et des faiblesses du système de soins de santé primaires au Cameroun a montré qu'ils sont divers et touchent les différents niveaux. Ils concernent le niveau de l'offre, la demande et l'utilisation des services liés à plusieurs obstacles immédiats, techniques et structurels, etc. Au niveau du renforcement du système de santé, des niveaux de défaillances importantes ont été relevés et concernent les ressources humaines, les infrastructures, l'approvisionnement en médicaments, le financement, la gouvernance et coordination.

Selon le modèle d'analyse, et quelque soit la composante le nombre de services délivrés augmentera de la première année jusqu'en 2026 pour atteindre plus de 1 milliards pour le scénario de couverture optimiste. Dans les différents scénarios le nombre de services est dominé par les interventions liées à la Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction (16%) suivi par l'eau et l'assainissement (14%), la santé infantile (13%), les maladies tropicales négligées et enfin la nutrition et la vaccination pour 10%. En se référant aux ressources réelles engagées pour l'offre de services des SSP en année de base 2021, ce sont 180 milliards de F CFA soit 321 millions de dollars qui ont été utilisés pour le fonctionnement des SSP alors qu'il devrait coûter 321 milliards de F CFA (572 millions de US). On en déduit que les SSP sont sous financés et couvrent seulement 56% de ce qu'ils devraient normalement coûter. Cette situation s'explique par une insuffisance de capacités et de moyens nécessaires à la réalisation des services et des activités SSP selon les normes. L'analyse par catégorie de coût montre que les écarts entre les coûts réels et les coûts normatifs touchent toutes les catégories, mais sont plus accentués en ce qui concerne les coûts des médicaments et de la logistique, les coûts en capital/d'investissement et de coût de personnel.

Sans inflation, le coût total nécessaire en CFA pour la mise en œuvre des SSP sur cinq ans s'élèverait à 1190 milliards FCFA pour le scénario de couverture minimale ; 1340 milliards FCFA pour le scénario de couverture moyenne et à 1506 milliards FCFA pour le scénario de couverture ambitieuse. De 2022 à 2026, ce coût s'élèverait pour atteindre une moyenne annuelle de 238 milliards de FCFA pour le scénario de couverture minimale ; 268 milliards FCFA pour le scénario de couverture moyenne et 301 milliards FCFA pour le scénario de couverture ambitieuse. La répartition des coûts totaux des SSP par catégories montre que ce sont les coûts du personnel qui sont les plus importants, suivis des coûts des médicaments, des consommables et outils de diagnostics et enfin des coûts de capital ou d'investissement. Sur la période 2022-2026, le coût total annuel par habitant (population totale) dans le scénario de couverture minimale serait de 8 277 FCFA (15 US), de 9 311 FCFA (17 US) pour le scénario moyen et 10 463 (19 US) pour le scénario optimiste, alors qu'il est de 12 US en année de base en 2021. Il faut rappeler que ces coûts augmentent progressivement au fil des années pour atteindre ces niveaux présentés. Le coût total par habitant est calculé en divisant les coûts totaux de chaque année par scénario par la population totale du Cameroun, par suite une moyenne pour les 5 années est estimée.

Les résultats montrent que le financement total nécessaire pour les SSP est occupé à hauteur de 12% par le niveau communautaire, 34% par les CSI, 26% par les CMA, 26% pour les HD et 0,4% pour la gouvernance et la coordination des SSP. En ce qui concerne le coût total unitaire par structure ou niveau de prestation des SSP, on obtient des coûts annuels moyens qui reflètent le niveau de la FOSA dans la pyramide sanitaire et reste uniforme en fonction du scénario. En effet, le coût unitaire par ASCP (1 720 861 F CFA) est bien inférieur à celui d'un CSI (26 613 195 F CFA) qui est lui-même inférieur à celui d'un CMA (190 047 757 F CFA) et d'un HD (297 957 416 F CFA).

Cette analyse présente également l'impact estimé de la mise en œuvre des SSP 2022-2026 selon le niveau d'efficacité pour les différents scénarii de couverture. Sur la base des augmentations projetées de la couverture des différents scénarii, la modélisation dans l'outil OHT/LiST indique que les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et le ratio de mortalité maternelle diminueraient considérablement d'ici 2026. Ainsi la mise en œuvre des interventions de soins de santé primaires réduirait le taux de mortalité infanto juvénile de 28%, 33% et 45% respectivement pour les scénarios minimal, moyen et ambitieux, des résultats qui permettraient au pays d'emboîter le pas vers l'atteinte des ODD à hauteur de 41%, 49% et 65%. Concernant la santé maternelle, l'impact attendu se traduirait par une réduction du ratio de mortalité maternelle de 21%, 27% et 39% respectivement pour les scénarii minimal, moyen et ambitieux. Une couverture optimale des services de santé primaire, jusqu'en 2026, permettrait de sauver de manière cumulative 96734 vies au total dans le scénario ambitieux nettement supérieur aux scénarii moyen et minimal qui sauveraient respectivement 74733 vies et 62752 vies par rapport à la situation de base.

En plus des avantages en termes de réduction de mortalité et de vies sauvées, les bénéfices procurés par l'offre de services de santé primaires s'appréhendent également en termes de morbidités évitées. Ainsi grâce aux SSP, le taux de l'allaitement maternel exclusif va augmenter de 36,9% à plus de 41%, 47% et 52% pour les scénarii minimal, moyen et ambitieux. En plus le nombre de femmes enceintes avec anémie attendu va baisser de 36% (scénario optimiste), de 14% (scénario moyen) et 3% (scénario pessimiste). Le nombre de cas de retard de croissance qui seraient évités se verra quasiment multiplié par 10 en 2026 par rapport à la donnée de base pour le scénario ambitieux avec un résultat tout aussi important pour les deux autres scénarii. En ce qui concerne la lutte contre les MNT, ce sont 12 fois plus de vies avec une meilleure qualité qui seraient gagnées pour les patients.

Selon la modélisation par scénario, le rapport entre les coûts et les résultats en termes de vies sauvées montre que tous les scénarios promettent un rapport coût-efficacité attendu significatif. Mais le scénario qui s'appuie sur une couverture ambitieuse au plan national se distingue des autres par son niveau de rentabilité avec un coût moyen par vie sauvée nettement inférieur aux autres. Ce scénario ambitieux bien qu'il nécessite un besoin de financement et d'investissement assez important, produirait des résultats d'impact spectaculaires qui prendront le dessus en l'emportant sur le niveau de ressources nécessaire.

Au-delà de l'impact sanitaire, l'intensification des financements au profit des SSP peut produire des résultats considérables au niveau des autres secteurs tel que l'éducation, l'économique, le développement, etc. Ces bénéfices peuvent être directes et indirectes, cette analyse a permis de présenter quelques résultats, principalement au plan économique pour le scénario ambitieux. En effet, vu le nombre massif de patients qui fréquenteront les FOSA de premier contact au niveau district, le développement de ce secteur va nécessiter des financements importants en termes de ressources humaines supplémentaires, générant ainsi

au moins 73 657 nouveaux emplois dans les secteurs de la santé, les infrastructures et les équipements ainsi que le secteur pharmaceutique.

Une intensification des interventions de SSP à l'endroit des populations camerounaises serait donc un investissement porteur pour le secteur économique du pays et son avenir, tout en contribuant à la réduction du taux de chômage. Sur la base des résultats en termes de création d'emplois et prenant en compte d'autres estimations basées sur les vies potentiellement sauvées et les années de vies en bonne santé gagnées, les SSP pourraient engendrer une augmentation de plus 10 milliards de dollars sur la productivité économique nationale. Ces estimations de gains économiques nous permettent d'arriver à des approximations du retour sur investissement et de ratio coût-bénéfice de 3,7 d'ici 2026. Cela signifie que pour chaque dollars investi le pays pourrait gagner 3,7 \$ US. Ce qui peut atteindre 7 \$ us d'ici 2030.

Cette analyse a montré qu'au vu des bénéfices importants attendus dans la mise en œuvre des SSP, les coûts produits devraient être finançables par l'état camerounais et les autres sources de financement mobilisables pour le secteur. Il est également important de notifier que des implications de politiques et des réformes nécessaires devraient être mise en œuvre afin de lever les goulots d'étranglement identifiés et accompagner de manière efficace le repositionnement des SS

1 INTRODUCTION



Le Cameroun a adopté la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30), déclinaison de la Vision 2035 qui s'aligne sur les Objectifs du Développement Durable 2030 (ODD) et l'Agenda 2065 de l'Union Africaine. La Stratégie Sectorielle de la Santé 2020-2030, alignée sur la SND30, est ancrée dans le deuxième pilier qui vise à développer son capital humain en mettant l'accent sur l'éducation, la santé, la nutrition, l'accès aux équipements sociaux de base et la protection sociale, comme condition préalable essentielle à la croissance économique.

L'appui des partenaires techniques et financiers s'inscrit dans ce deuxième pilier qui vise à réduire le nombre de décès, notamment chez les filles et garçons et les femmes, les mères et les enfants défavorisés, en particulier dans les zones les plus vulnérables et les plus reculées. La Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2020-2030 a pour objectif de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable d'apporter une croissance forte, inclusive et durable avec les Soins de Santé Primaires (SSP) comme locomotive.

Bien que des progrès remarquables aient été accomplis dans l'amélioration des résultats de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, grâce aux efforts du Gouvernement, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) n'ont pas été atteints. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 782 à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, de 122 à 80 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2011 et 2018. La mortalité néonatale est restée élevée, passant de 31 à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2011 et 2018. Les cibles fixées pour 2030 sont pour le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000, le taux de mortalité infantile de 25 pour 1 000 et le taux de mortalité néonatale de 12 pour 1 000. Sur la base des réalisations actuelles, les efforts doivent être doublés si les objectifs des ODD 2030 doivent être atteints. Les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans continuent de mourir de causes de décès évitables et traitables au Cameroun. Les épidémies sont toujours récurrentes avec la rougeole présente dans 8 régions et le choléra dans 4 régions sur 10 en 2020. Le paludisme, la diarrhée, la pneumonie sont les principales causes directes de décès chez les moins de 5 ans avec comme lit la malnutrition. L'accès à des services de santé de qualité reste un défi à tous les niveaux de soins et les barrières à la demande telles que les inégalités géographiques, financières, économiques et agroécologiques persistent. Les ménages supportent 70% des dépenses budgétaires de santé dans le pays. En conséquence, les couvertures des interventions de santé à haut impact sont encore faibles et de portée limitée. Plusieurs occasions manquées dans le continuum des soins persistent. Remédier aux goulots d'étranglement pour améliorer les couvertures des services de santé s'avère une nécessité et une priorité pour le Gouvernement camerounais.

Par ailleurs, le Cameroun a souscrit à un nombre d'engagements internationaux relatifs aux Soins de Santé Primaires à savoir : i) la Déclaration de Alma-Ata en 1978 qui demande à tous les Gouvernements et à la communauté internationale de protéger et de promouvoir la santé de tous les peuples du monde ; ii) la conférence de Bamako en 1987, avec « l'INITIATIVE de BAMAKO », qui recommandent la participation de la communauté dans le système de santé et un partenariat avec celle-ci ; iii) la Déclaration de Ouagadougou en 2008 relative à l'intégration de l'approche des SSP dans les stratégies et politiques sectorielles pour renforcer

les systèmes de santé afin d'atteindre les OMD ; iv) la Conférence Internationale d'octobre 2018 à Astana au Kazakhstan qui réaffirme l'approche des Soins de Santé Primaires pour la réalisation de la Couverture Santé Universelle (CSU) et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Tous ces engagements internationaux sur les Soins de Santé Primaires et la nécessité pour le Cameroun d'atteindre les ODD d'ici à 2030 relèvent l'importance d'accorder aux Soins de Santé Primaire une place de choix dans le système de santé du pays.

Il faut noter que des efforts ont été réalisés sur les plans politique, technique et stratégique pour matérialiser cet état de fait ; mais des défis importants restent à relever pour une mise en œuvre adéquate des Soins de Santé Primaires.

Une première génération de plan stratégique national de la santé communautaire ainsi qu'un dossier d'investissement sur la santé communautaire ont été élaborés en 2020-2021. Le présent document sur la « Budgétisation et l'analyse coût-bénéfice des Soins de Santé Primaires au Cameroun 2022-2026 » vient compléter pour renforcer et procurer davantage des évidences sur la meilleure façon d'investir dans les Soins de Santé Primaires et donc de maximiser le retour sur investissement.

A travers cette action stratégique, les autorités sanitaires souhaitent renforcer la visibilité et atteindre un meilleur positionnement des Soins de Santé Primaires dans le secteur de la santé et en particulier la Santé Communautaire prise comme l'un des piliers clés de l'Agenda de Transformation du Système de Santé cher au Ministre de la Santé Publique. Il s'agira de renforcer le plaidoyer auprès du Gouvernement et les principales parties prenantes aux niveaux national et international afin de mobiliser des ressources en faveur des Soins de Santé Primaires.

2 LE LIEN SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

Depuis des décennies, la santé est jugée comme un levier important de la croissance et du bonheur. Elle représente d'une part un bien de consommation permettant aux individus d'augmenter leur bien-être et leur donner la liberté de poursuivre leurs intérêts et d'autre part, un capital permettant à chacun de générer des revenus. Du point de vue économique, la santé est un facteur de capital humain, donc moteur du développement économique.

En effet, l'état de santé est de plus en plus intégré dans la théorie de la croissance économique comme facteur de vitalité. En 2010, dans une étude publiée en France, les économistes Philippe Aghion, Peter Howitt et Fabrice Murtin estimaient que l'amélioration de la santé avait un « effet positif et significatif » sur la croissance du PIB par habitant. Ils expliquent cela par différents éléments, comme le fait que les personnes en bonne santé soient "plus productives et mieux à même de s'adapter aux nouvelles technologies et, plus généralement, aux mutations". Autrement dit, la bonne santé de la population exerce une influence positive sur la santé économique du pays.

Ainsi, au Cameroun le taux de prévalence des maladies comme la tuberculose, le VIH et le paludisme limitent la capacité des individus à générer des revenus suffisamment, et entraînent les dépenses catastrophiques et appauvrissantes, entretenant l'enfilade maladie-pauvreté. Pourtant, la majorité de ces maladies peuvent être facilement prise en charge par les Soins de Santé Primaires (SSP), comme le montre la figure ci-dessous :

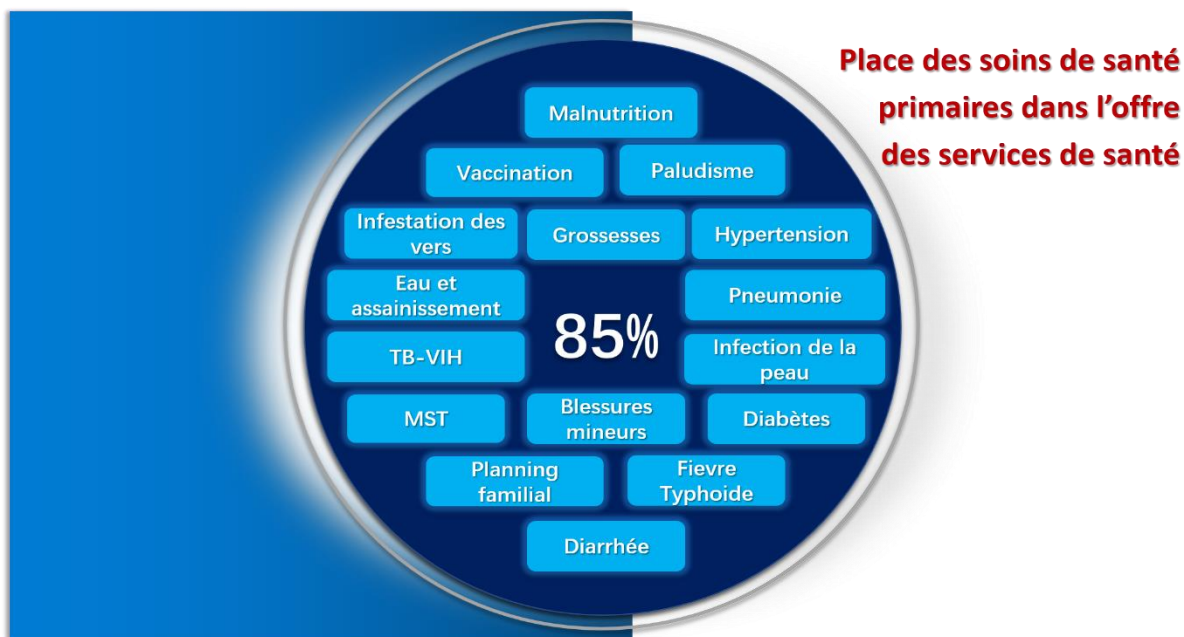


Figure 1: Place des soins de santé primaires dans l'offre de santé

En outre, sur le plan social, il est évident qu'une population active en bonne santé peut suivre une bonne étude et une bonne formation par conséquent contribuer à la capacité du pays à produire et donc dégager des moyens financiers afin de promouvoir les programmes de prévention, organiser l'assurance maladie et payer les soins.

De tout ce qui précède, pour emprunter le train de la croissance soutenue et émergente, le Cameroun se doit de mettre en place les conditions nécessaires pour le démarrage de la croissance économique car l'objectif de la santé, en plus d'être social, est aussi économique. D'où la nécessité de positionner les Soins de Santé Primaires dans la politique d'investissement du pays.

3 SYSTEME NATIONAL DE SANTÉ

Au Cameroun, le système national de santé s'articule autour de trois sous-secteurs : public, privé et celui de la médecine traditionnelle. Concernant ce dernier, l'État s'est engagé dans un processus d'encadrement et de valorisation de ce sous-secteur dont le cadre juridique est en cours d'adoption.

Ce système répond au scénario africain, sous forme pyramidale, avec trois niveaux (central – intermédiaire – périphérique) dont chacun dispose d'éléments qui concourent à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé. Dans ce système, une part importante de l'offre de service est orientée vers les populations pour un renforcement des Soins de Santé Primaires. En 2016, le Cameroun comptait : 12 hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie, 15 Hôpitaux Régionaux et Assimilés, 189 Districts de Santé, 218 Hôpitaux de District et Assimilés, 3 786 Centres Médicaux d'Arrondissement et Centres de Santé Intégrés. Il faut noter que le niveau de références qui part du niveau communautaire vers les centres de santé et les hôpitaux de district doit être renforcé et rendu fonctionnel. L'offre physique des structures de santé semble globalement satisfaisante à l'échelle nationale. Toutefois, des disparités sont notées entre les régions au regard de la population à la période de référence. Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'apprécier l'adéquation entre les formations sanitaires fonctionnelles et la demande de soins et de services.

Le graphique suivant présente les structures de dialogue, les structures administratives, leur rôle et les structures opérationnelles de soins par niveau de la pyramide sanitaire.

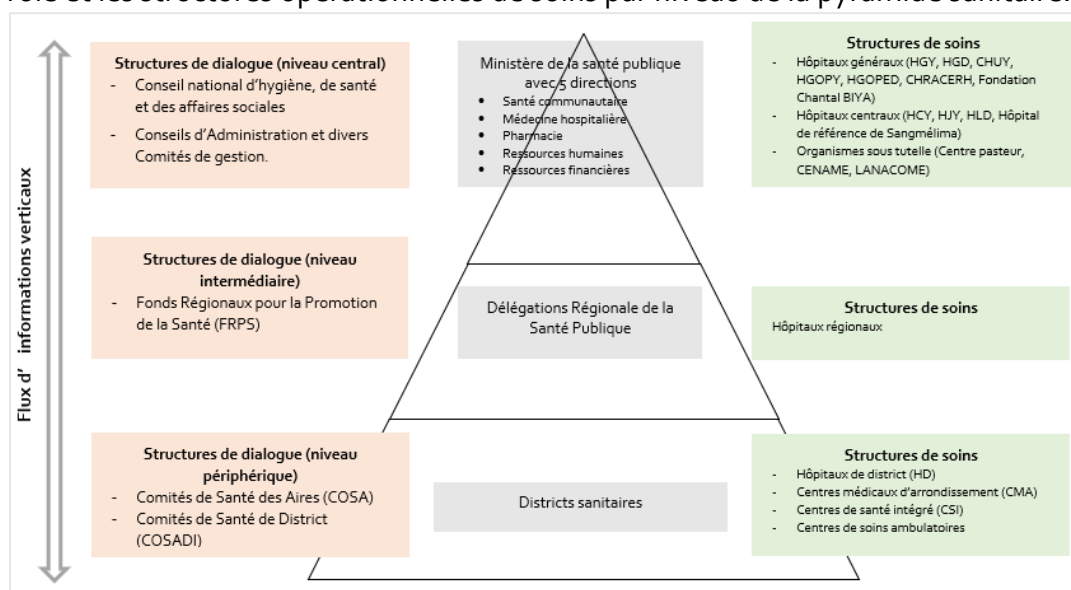


Schéma 1: Pyramide sanitaire du Cameroun

4 OBJECTIFS

4.1 Objectif général

Réaliser une analyse coût-bénéfice des Soins de Santé Primaires (SSP) au Cameroun 2022-2026 afin de soutenir une stratégie de plaidoyer de haut niveau fondée sur des évidences avec la participation des différentes parties prenantes pour le repositionnement des SSP.

4.2 Objectifs spécifiques

Il s'agira, avec l'implication des différents acteurs, de mettre en place un processus devant permettre de :

1. identifier à l'aide d'une analyse de la situation, les faiblesses du système et les goulots d'étranglement prioritaires entravant l'offre et l'utilisation adéquat de Soins de Santé Primaires et proposer des actions correctrices adaptées pour lever ces goulots.
2. Définir sur la base de la revue documentaire et d'autres actions, les paquets d'interventions et des scénarii de couverture alternatifs (minimum, moyen et élargie) de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires en faveur des femmes, des nouveau-nés et des enfants, à mettre en œuvre au Cameroun d'ici 2026.
3. Modéliser les coûts de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires sur la base des paquets d'interventions définis par le pays à l'aide d'un outil de planification et d'estimation des coûts adapté.
4. Estimer l'impact et les bénéfices attendus d'ici 2026 et jusqu'en 2030 des investissements opérés dans les Soins de Santé Primaires au niveau sanitaire (en termes de vies sauvées, réduction de la mortalité, etc.) et sur le plan multisectoriel.
5. Formuler des recommandations pour la dissémination du document et soutenir la stratégie de plaidoyer à mettre en œuvre pour la mobilisation des financements adéquats pour l'offre de Soins de Santé Primaires au Cameroun.

5 MÉTHODOLOGIE / PROCESSUS D'ÉLABORATION DE L'ANALYSE COUT-BENEFICE

L'analyse coût-bénéfice des Soins de Santé Primaires permet au Cameroun de disposer d'un document consensuel facilitant une mobilisation et/ou une réorientation des ressources. Cette initiative permettra d'orienter des actions plus efficaces en faveur des populations en général et plus particulièrement des groupes vulnérables à savoir les mères, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans.

La démarche méthodologique a suivi plusieurs étapes principales de manière chronologique, qui se sont déroulées de façon simultanée pour certaines activités.

La première étape a consisté à la revue documentaire suivie d'une phase d'enquête sur le terrain avant de procéder à l'analyse selon une approche spécifique par axes principaux conformément aux objectifs poursuivis.

5.1 Revue documentaire

Une revue systématique de la littérature sur la politique de santé du pays et sur les Soins de Santé Primaires ainsi que leur financement, aussi bien sur le plan international que national a été réalisée. Des recherches ont également été réalisées sur les stratégies actuelles dans le pays pour faciliter l'accès aux soins des populations camerounaises. Cela inclut des actions pour atteindre la Couverture Santé Universelle dans le pays, afin de ressortir le lien et la place des SSP et l'atteinte des objectifs visés. La revue a également porté sur les documents et les études similaires sur l'analyse de coûts, de bénéfices et d'impacts réalisées dans d'autres pays. Elle a également couvert d'autres documents stratégiques et plans nationaux ainsi que des rapports d'enquêtes : le PNDS, les enquêtes SARA, MICS, les rapports budgétaires et financiers existant, les plans et programmes ainsi que l'utilisation des publications de la Banque Mondiale, de l'UNICEF et de l'OMS. A cette étape, les données d'ordres sanitaires, épidémiologiques, macroéconomiques et financières collectées, ont permis d'appréhender les niveaux de mortalité, de couverture des interventions et de performance des Soins de Santé Primaires.

5.2 L'enquête de terrain

Une enquête de terrain basée sur un échantillon de formations sanitaires a permis d'avoir une meilleure idée de la réalité des SSP et de confirmer la validité de certaines hypothèses dans le processus d'analyse et d'estimation des coûts. Cette importante phase qui a permis l'estimation des coûts réels de base des SSP, a été l'occasion de recueillir entre autres les informations sur :

- les coûts unitaires ou opérationnels des activités réalisées par les FOSA dans le cadre des SSP ;
- les goulots d'étranglement rencontrés par les structures dans l'offre des SSP ;
- leur niveau de réalisation des activités clés (gestion, suivi-supervision, stratégies avancées, formations, etc) ;
- la réalisation ou pas des interventions du paquet selon la note ministérielle ;
- leurs équipements et le personnel selon les normes, etc.

Cette phase de terrain a couvert tous les niveaux :

- les structures de soins de santé primaire (Hôpitaux de district, centres médicaux d'arrondissement et le centre de santé intégré) ;

- les structures de coordinations et de gouvernance (ministère de santé/DOSTS/SDSSP, la délégation régionale de la santé et le district de santé).

Le niveau communautaire n'a pas fait l'objet d'investigation car le dossier d'investissement de la santé communautaire avait déjà couvert cet aspect.

En plus du niveau central ou national, les 10 régions ont été visitées pour la collecte des données sur le terrain. Ce choix tient compte du désir d'alignement avec les autres études précédentes et ayant portées sur les Districts de Santé.

Par ailleurs, pour tenir compte de la logique des moyens, un échantillonnage de commodité a permis de cibler un total de 20 Districts de Santé, à raison de 02 par région. Le choix des sites de l'enquête a quant à lui tenu compte de l'accessibilité des zones et/ou des problèmes d'insécurité, une combinaison de zones urbaines, semi rurales et rurales représentées dans les districts sélectionnés ainsi que le type de structure (publique ou privée).

Tableau 1: Echantillon des zones , des structures et du nombre d'agents interviewés

Niveau Central	Niveau Régional	District de santé	Nombre des hôpitaux de districts	Nombre de centre de santé et d'agents à interviewer
Nombre de personne à interviewer 20	Extrême Nord	Yagoua Maroua	2	8
	Nord	Garoua 1 Bibemie	2	8
	Adamaoua	Ngaoundéré urbain Djohong	2	8
	Sud- Ouest	Limbe Nguti	2	8
	Littoral	Bonassama Pouma	2	8
	Ouest	MIFI Bafang	2	8
	Nord-Ouest	Bamenda 1 Nkambe	2	8
	Centre	Ntui Djoungolo	2	8
	Est	Bertoua Doumé	2	8
	Sud	Ebolowa Zoetele	2	8
20	10	20	20	80

A la fin du processus de collecte, suivi de la phase de saisie, un atelier de consolidation et de complétude des données a été organisé du 24 au 25 avril 2022 à Ebolowa avec la participation de toutes les parties prenantes dont les membres du Groupe Technique National chargé du suivi et l'équipe en charge de la collecte.

5.3 Approche par axes principaux

5.3.1 Analyse de la situation des systèmes de santé et des soins de santé primaires (identification des faiblesses du système et les goulots d'étranglement prioritaires entravant l'offre et l'utilisation adéquat de soins de santé primaires et proposition des actions correctrices adaptées pour lever ces goulots)

La première source d'information sur l'analyse des goulots a été la revue documentaire ainsi que l'enquête de terrain. En plus de ces phases, la réalisation de cette analyse a été facilitée par une méthodologie héritée de l'utilisation de l'outil EQUIST ou de la méthode de Tana Hachi en application au cours de l'atelier national de complétude et de consolidation des données. Il a été question de faire un diagnostic détaillé du secteur en partant des niveaux des 8 déterminants de couverture d'une liste d'interventions à haut impact. A travers cette analyse, l'identification des goulots d'étranglement liés à l'offre et l'utilisation des SSP a été réalisée ainsi que les choix des stratégies nécessaires pour lever les goulots pour l'atteinte des objectifs souhaités. Au-delà des 8 déterminants de couvertures que sont : (i) disponibilité des intrants et des ressources humaines, (ii) accessibilité géographique, (iii) accessibilité financière, (iv) acceptabilité socio-culturelle, (v) couverture adéquate.

L'analyse a également couvert les aspects liés à l'environnement favorable pour les SSP au Cameroun à travers 4 autres déterminants : (i) financement/dépenses, (ii) gestion et coordination, (iii) normes sociales, (iv) politique et législation.

5.3.2 Identification du paquet d'intervention de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au Cameroun

Pour réaliser la modélisation des coûts et de l'impact de cette analyse, il était nécessaire de définir le paquet des services des SSP mis en œuvre. Le paquet des interventions a été défini par le pays au cours d'une rencontre et découle de l'arrêté N°2040 /MINSANTE du 25 mai 2021 fixant le paquet d'activité dans certaines structures sanitaires au Cameroun. Dans ce paquet, chaque service a été classé en fonction de sous paquet (par exemple : santé infantile, VIH SIDA ; MTN, etc.) et par catégorie de structure CSI, CMA, et HD. Le document en annexe 2 présente la liste des sous paquets d'interventions soumis à l'analyse.

5.3.3 Estimation des coûts de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires efficace et efficiente sur la base des paquets d'interventions définis par le pays

La modélisation des coûts a été réalisée à l'aide d'un outil monté sur Excel et de l'outil OneHealth², un outil de planification et d'estimation des coûts du système de santé. Les 2 outils combinés ont permis de couvrir les champs de l'analyse coût bénéfice à savoir les investissements nécessaires et les coûts totaux et annuels des SSP, les coûts par catégories majeures, les coûts par catégories de structure, etc. ainsi que l'analyse de l'impact sur le plan sanitaire. Sur la base du paquet définit et des protocoles de soins compris dans l'outil OHT, une estimation des coûts de prise en charge des interventions a été réalisée. Le document en

² L'outil OneHealth a été mis au point par un groupe d'agences des Nations Unies sous l'égide de l'OMS, accompagné par l'UNICEF, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUSIDA et la Banque mondiale en réponse à une demande des Pays destinée à améliorer l'analyse des systèmes de santé, le calcul des coûts et les scénarii de financement au niveau des pays

annexe 3 présente un échantillon des coûts des interventions à haut impact compris dans les SSP.

Les coûts totaux de chaque intervention, de programme et des stratégies définies seront ensuite agrégés afin de fournir le coût total des SSP. Sur cette base les coûts par scénario de couverture seront estimés et projetés sur la période d'analyse (2022-2026).

Certains coûts ne seront pas à priori inclus dans cette analyse. Il s'agit des coûts en capital notamment les bâtiments, les coûts de gestion et d'activités réalisés par les programmes de lutte contre la maladie, les coûts supportés par les patients (par exemple, les coûts de transport et les frais occasionnels) pour accéder aux services ont été exclus.

5.3.4 Estimation de l'impact et les bénéfices attendus d'ici 2026 des investissements opérés dans les Soins de Santé Primaires au niveau sanitaire (en termes de vies sauvées, réduction de la mortalité, etc.) et sur le plan multisectoriel

L'impact potentiel sur le plan sanitaire de la mise en œuvre des soins de santé primaires du Cameroun a été évalué à l'aide de OneHealth à travers ses modules d'impact. OHT est un logiciel qui fournit aux décideurs un outil analytique pour appuyer la prise de décision et les actions de plaidoyer pour la mobilisation de plus de ressources. L'outil/module d'impact Lives Saved Tool (LiST) a été par exemple utilisé pour modéliser l'impact de l'augmentation de la couverture des SSP sur les taux de mortalité infantile et maternelle au cours de la période d'analyse d'ici 2026. Cela se fait à partir d'un transfert des données de couverture vers les modules d'impacts dans l'outil OHT. Pour chaque scénario modélisé, le nombre de vies sauvées a été estimé par changement de couverture par rapport à la situation de base. D'autres résultats et effets résultant de la mise en œuvre des interventions de soins de santé primaires au Cameroun ont également été présentés : l'augmentation du taux la réduction de l'anémie chez la femme, l'augmentation de la prévalence de l'allaitement, le nombre de cas de malnutrition chronique évités, etc.

Au-delà de l'impact sur le plan sanitaire, il a été estimé les bénéfices attendus de la mise en œuvre adéquate des SSP au niveau des autres secteurs (éducation, économique, développement, etc.). Ces résultats ont permis de calculer, dans le cadre d'une évaluation économique, le rapport coût-bénéfice des SSP et d'estimer le retour sur investissement.

5.3.5 Synthèse du processus d'élaboration de l'Analyse coûts-bénéfices

Pour son élaboration, l'analyse coûts-bénéfices a suivi une feuille de route adoptée et composée de 7 grandes étapes afin d'aboutir à sa phase d'adoption par le MINSANTE et les autres parties prenantes ainsi que le forum national sur les SSP pour la mobilisation des ressources et des acteurs. Ces étapes sont présentées dans la figure ci-dessous :

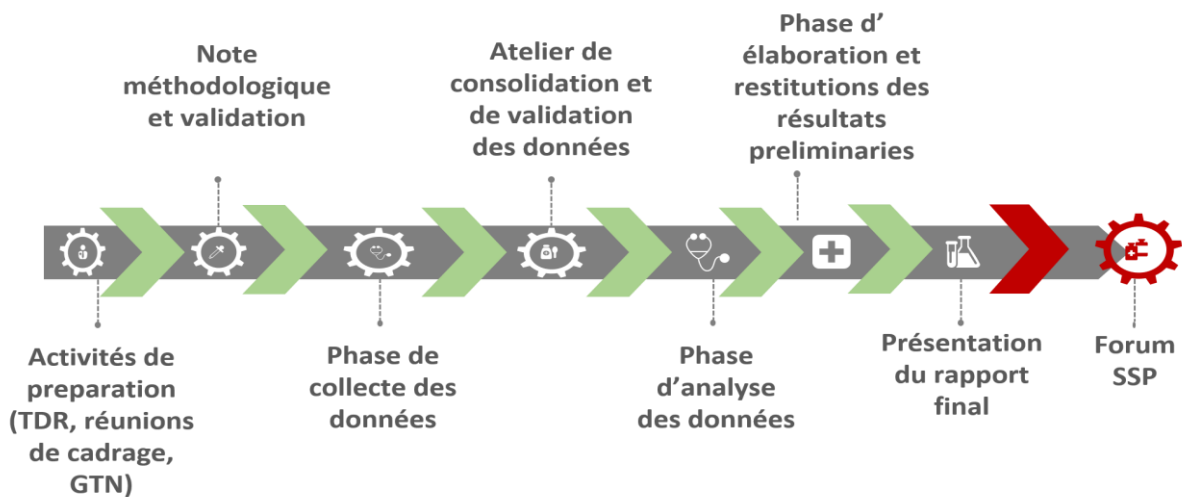


Schéma 2: Processus d'élaboration de l'ACB

6 SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

6.1 Situation démographique

En 2020, la population camerounaise était estimée à environ 26 millions d'habitants (MINSANTE, Juin 2016) avec une proportion de femmes de 50,6% et un taux d'accroissement annuel estimé à 2,6%. A ce rythme, cette population devrait atteindre environ 36 millions d'habitants en 2035 inégalement répartie sur le territoire national. Les deux métropoles que sont Yaoundé et Douala abritent à elles seules près de 20% de la population générale. Les régions les plus peuplées sont le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,1%) et le Nord (11,0%) (INS, 2010). Selon le 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 52% de la population totale vivait en milieu urbain, 43,6% avait moins de 15 ans et seulement 5,5% de personnes avaient 60 ans ou plus.

6.2 Situation socio-économique

Le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC). En effet, son produit intérieur brut (PIB) était estimé en 2019 à 22 846 milliards de francs CFA (Banque mondiale), avec un taux de croissance annuel de 3,7% et un taux d'inflation de 2,5% (INS, 2020).

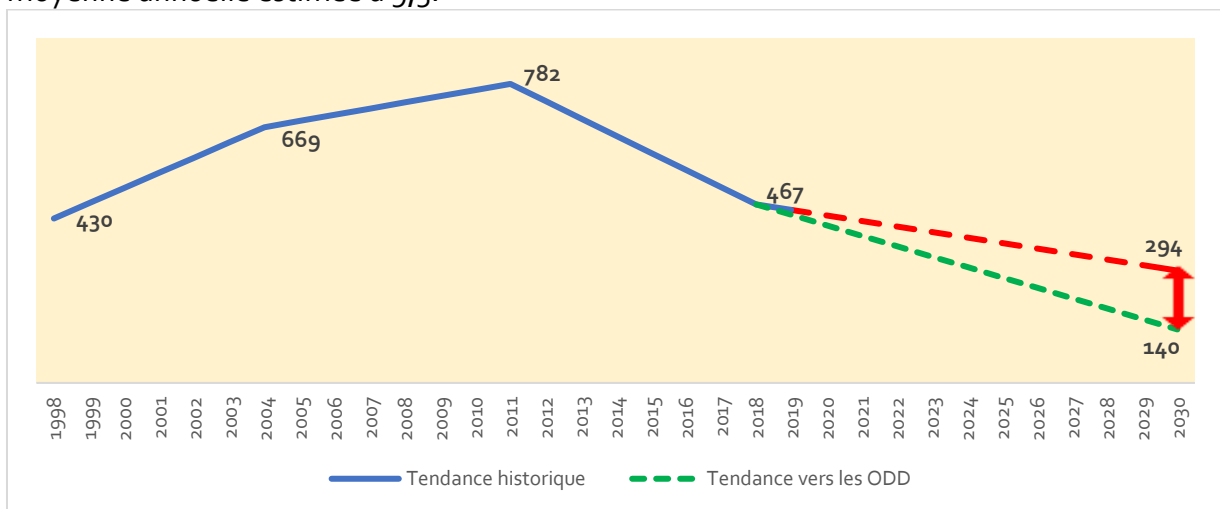
Les projections actuelles situent le taux de croissance annuel moyen à 6,3% entre 2015 et 2017 (Circulaire No01/CAB/PR du 02 Aout 2014). Néanmoins, près de deux personnes sur cinq soit (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) dans les régions septentrionales (plus de 52%). En 2010, 70% de la population était en situation de sous-emploi globale ou gagnait moins que le SMIG horaire. Par ailleurs, le Cameroun s'est doté du DSRP et du DSCE qui sont entrain de produire des résultats chancelants. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a connu une évolution à la hausse, passant de 0,33 en 2013 à 0,375 en 2019 (PNUD, 2020).

7 L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION AU CAMEROUN

Au Cameroun, de nombreuses interventions et stratégies sont mises en œuvre pour renforcer le système de santé et promouvoir des comportements sains afin d'améliorer les indicateurs de santé de la population. Cependant les taux de ces indicateurs restent encore élevés. Le rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun de 2019 relève que « depuis plus d'une décennie, le Cameroun a fortement évolué dans la réduction du fardeau de la maladie parmi ses populations ». Son profil épidémiologique était particulièrement marqué en 2015 par les Maladies Transmissibles et Infectieuses (VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose), suivi des Maladies Tropicales Négligées (SSS, 2020-2030), et en 2011 par des épidémies de choléra (23.452 cas), la méningite bactérienne, la grippe, la rougeole, la fièvre jaune (EDS, 2018). Par ailleurs, le pays n'a pas enregistré de cas de poliomyélite en 2015, il a d'ailleurs été déclaré pays exempt de cette maladie en 2020 par l'OMS. S'agissant de la santé de la mère et de l'enfant, les taux de mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile en baisse restent encore élevés selon (EDS 2018).

7.1 Mortalité maternelle

Au Cameroun, le ratio de mortalité maternelle est de 467 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2018 alors qu'il était de 529 en 2014 et de 782 en 2011 selon l'INS. Même si des efforts restent à réaliser, on constate généralement des réductions non négligeables permettant au Cameroun d'avoisiner le taux moyen observé en Afrique subsaharienne qui est de 546 pour 100 000 naissances vivantes. La cible des ODD d'ici à 2030 est d'arriver à un niveau inférieur à 140 décès pour 100 000 naissances vivantes. En tenant compte des objectifs fixés dans le Plan National de Développement Sanitaire du Cameroun (PNDS) 2021-2025 qui prévoyait 5% de réduction annuelle et suivant la tendance historique des données ; le graphique ci-dessous montre que des efforts doivent être maintenus et renforcés pour que le pays atteigne la cible des ODD, laquelle requiert une réduction moyenne annuelle estimée à 9,5.



Graphique 1: Tendence de la mortalité maternelle vers les ODD (2030)

En ce qui concerne les causes des décès maternels : selon le rapport du MINSANTÉ 2014, les causes directes des décès maternels sont les hémorragies (46%), la dystocie (22%), l'éclampsie/pré-éclampsie (11%) et les infections de la période postpartum (9%), tandis que

les causes indirectes incluent le paludisme, les anémies sévères, les affections liées au VIH/Sida et les maladies cardio-pulmonaires.

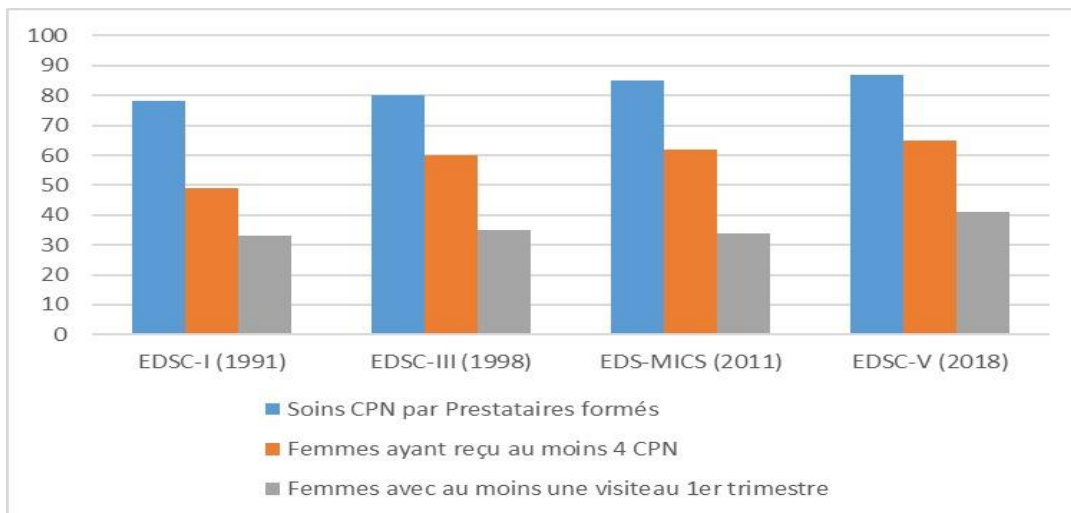
7.2 Situation de certaines interventions clés chez les mères

7.2.1 Planification familiale

Au Cameroun, selon EDS 2018, 19 % des femmes de 15-49 ans en union utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive, principalement une méthode moderne, y compris la Méthode de l'Allaitement Maternel et Aménorrhée (MAMA), soit (15 %). La prévalence de la contraception est nettement plus élevée parmi les femmes non en union et sexuellement actives (47 % pour toutes les méthodes et 43 % pour les méthodes modernes). Chez les femmes de 15-49 ans en union, on note une augmentation régulière de la prévalence contraceptive moderne au détriment des méthodes traditionnelles. En effet, la prévalence de la contraception moderne est passée de 4 % en 1991 à 13 % en 2004 et à 15 % en 2018 tandis que la prévalence de la contraception traditionnelle qui était demeurée quasiment stable entre 1991 et 2004 a commencé à diminuer à partir de 2001 pour se situer à 4 % en 2018. Même en excluant la MAMA, on constate que les niveaux et la tendance de la prévalence contraceptive moderne restent inchangés. En outre, les résultats de l'EDS (2018) montrent, que 24 % des adolescentes au Cameroun, ont commencé leur vie procréative, dont 5% sont enceintes d'un premier enfant et 19 % ont eu, au moins, un enfant. Le pourcentage des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 4 % à 15 ans à 23 % à 17 ans puis à 49 % parmi celles de 19 ans. L'utilisation de la contraception moderne chez 15-19 ans est de 9,2% et 17,7% chez les 20-24 ans avec les besoins non satisfaits en PF élevé dans cette tranche âge qui est de 26,4% chez les 15-19ans et 21,1 % chez les 20-24 ans.

7.2.2 Les consultations prénatales (CPN4+) et accouchement assisté

Selon EDS 2018, au Cameroun, la couverture en soins prénatals par le personnel formé a augmenté de façon régulière passant de 78 % en 1991 à 87 % en 2018. Par ailleurs, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre visites prénatales a augmenté de 16 points sur la même période passant de 48% à 65%. Il faut aussi relever que la proportion des femmes qui ont effectué une visite prénatale au premier trimestre, c'est-à-dire entre 1 et 16 semaines d'aménorrhée selon les recommandations de l'OMS, après avoir stagné autour de 34 % entre 2004 et 2011, a augmenté pour atteindre 41 % des femmes en 2018.



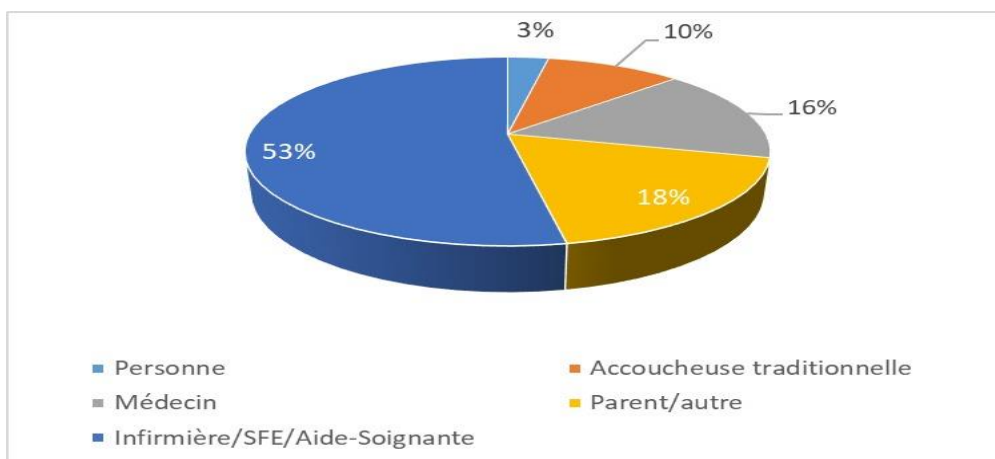
Graphique 2: tendance évolutive des consultations prénatales au Cameroun

Source EDS-V 2018

La proportion de femmes enceintes qui ont eu au moins quatre visites prénatales est de 65 % en 2018. Celle-ci est plus élevée en milieu urbain (79 %) qu'en milieu rural (52 %). Des niveaux beaucoup plus élevés sont observés à Yaoundé/Douala (88 %). Toutefois, en milieu rural, une femme sur cinq n'avait pas effectué de consultations prénatales durant la grossesse (20 %) (Voir graphique 2).

Concernant les accouchements assistés, au cours de la période 1991-2018, le pourcentage de naissances assistées par le personnel formé a légèrement augmenté, passant de 64 % à 69 % (EDS 2018).

Le graphique suivant montre qu'en 2018 parmi les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, 69 % ont été assistées par un prestataire de santé formé : 16 % par un médecin et 53 % par un infirmier, une sage-femme ou un aide-soignant. Une naissance sur dix (10 %) a été assistée par une accoucheuse traditionnelle et 3 % des naissances n'ont bénéficié d'aucune assistance voir graphique ci-dessous.



Graphique 3: Naissances vivantes au cours des 5 dernière années

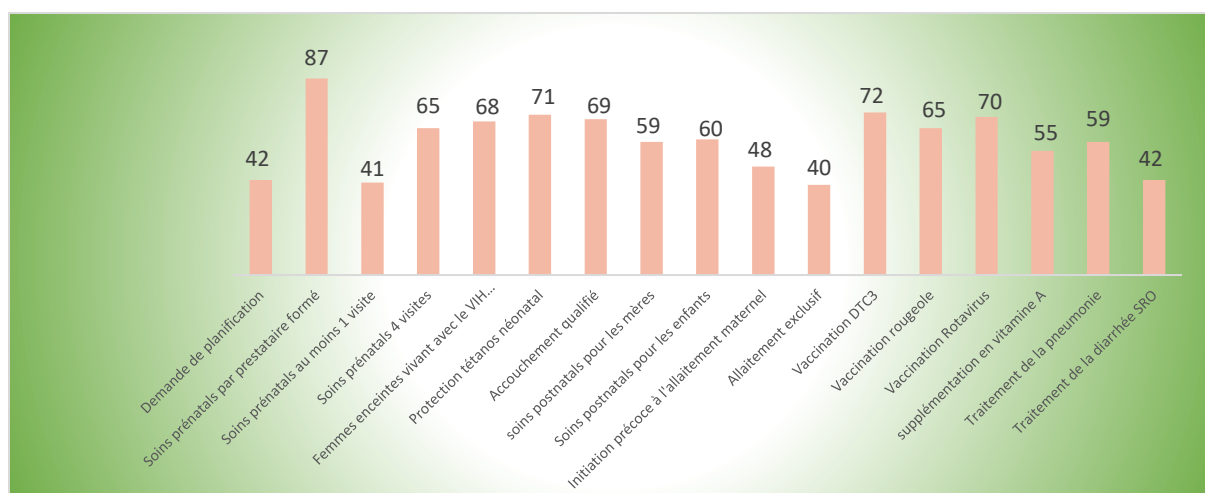
Source : EDS-V 2018

7.2.3 Continuum de soins au Cameroun

Au Cameroun, la proportion la plus élevée (70%) des dépenses totales de santé provient des contributions des ménages par paiements directs. En conséquence, les tendances des

couvertures sanitaires à fort impact sont encore faibles mais aussi des disparités géographique, économique et financière quant à l'accès aux services de soins de qualité persistent. Ce qui impacte le continuum de soins dont les tendances se présentent comme suit :

87% des femmes enceintes ont eu accès au moins à une consultation prénatale ; 65% d'entre elles ont suivi les CPN selon les normes à savoir au moins 4 visites ; 71% ont bénéficié d'une protection contre le tétanos néonatal ; seulement 60% des mères ont reçu des soins postnatals ; l'initiation précoce à l'allaitement maternel s'élève à 48% tandis que l'allaitement maternel exclusif est de 40%. Le traitement contre les infections respiratoires pulmonaires aiguës (IRA) est encore à 59%. Par ailleurs, 42% des moins de cinq ans reçoivent un traitement de la diarrhée avec des SRO. Les couvertures vaccinales de DTC3, rougeole et rotavirus sont respectivement de 72%, 65% et 70%.



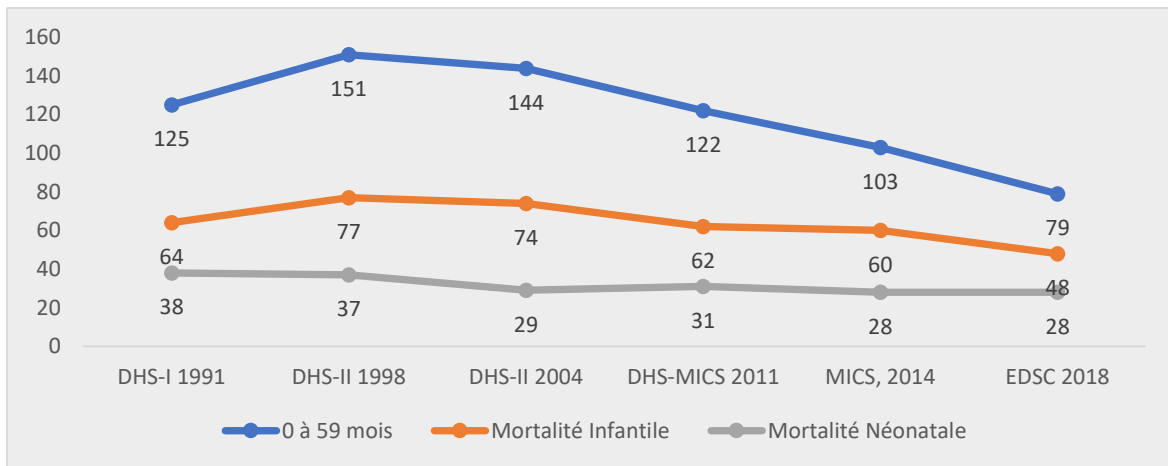
Graphique 4: Continuum de soins au Cameroun

7.3 Mortalité infanto-juvénile

7.3.1 Niveau de la mortalité infanto-juvénile

Selon les enquêtes EDS-MICS, le taux de mortalité néonatale est passé de 31 à 28 et s'est maintenu à 28 ‰ respectivement entre 2011, 2014 et 2018 ; quant au taux de mortalité infanto-juvénile, il a également baissé de 122 à 103‰ puis à 79 ‰ au cours de la même période.

Le graphique 6 ci-dessous montre que le taux de mortalité néonatal représente près de la moitié de la mortalité infantile, et est passé de près du quart en 2014 au tiers de celui des enfants de moins de cinq ans en 2018. Le niveau de décès des nouveau-nés est resté relativement stagnant dans les 10 dernières années. En d'autres termes, tandis que des progrès ont été accomplis au niveau de la mortalité post-néonatale, ce n'est pas le cas pour la mortalité néonatale, au moins dans la période entre 2004 et 2018, indiquant ainsi que les décès des nouveau-nés constituent une proportion de plus en plus importante des décès des enfants de moins de 5 ans.

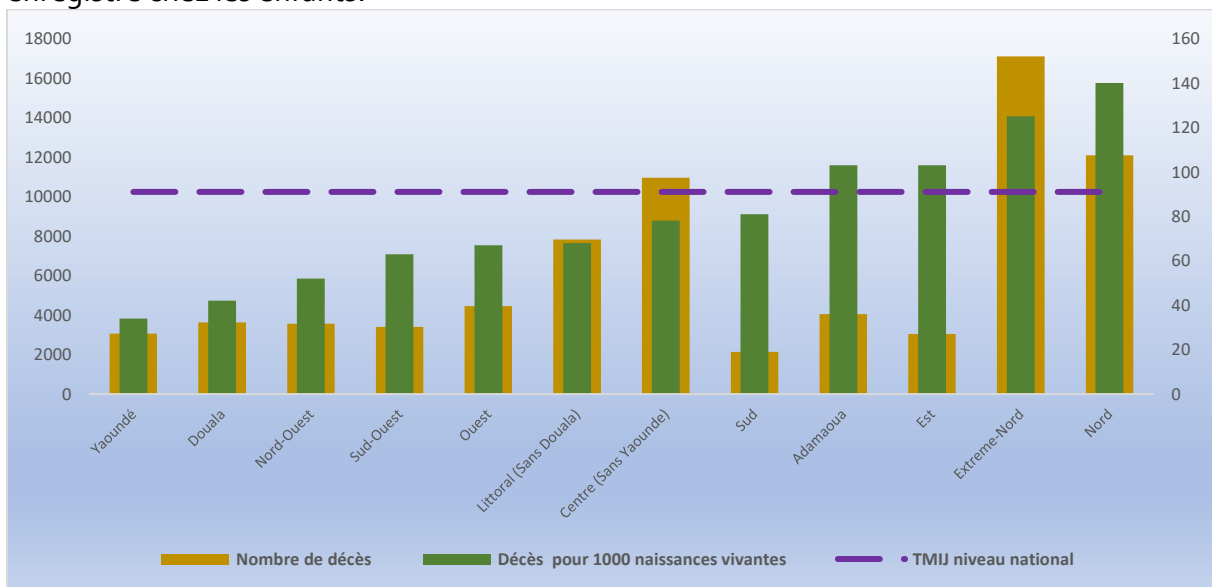


Graphique 5: Niveau de mortalité de la mortalité infanto-juvénile

Source : DHS-II

D'importantes variations existent entre les régions en matière de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Cameroun. Mais nous notons des similitudes dans la répartition géographique entre les différents niveaux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, notamment la mortalité néonatale et infanto-juvénile. Pour ces deux indicateurs, les régions du Nord et Est du pays restent les plus touchées.

L'analyse de la mortalité suivant le poids démographique des régions permet de comprendre que les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, ont des taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés si l'on tient compte de la moyenne nationale. Mais un regard sur le nombre absolu des décès montre qu'une attention particulière devrait aussi être accordée aux régions du Littoral (sans Douala) et du Centre (sans Yaoundé). En effet, ces régions en plus du Nord et de l'Extrême-Nord totalisent plus de 65% du nombre total de décès enregistré chez les enfants.



Graphique 6: Décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes et nombre absolu par région au Cameroun

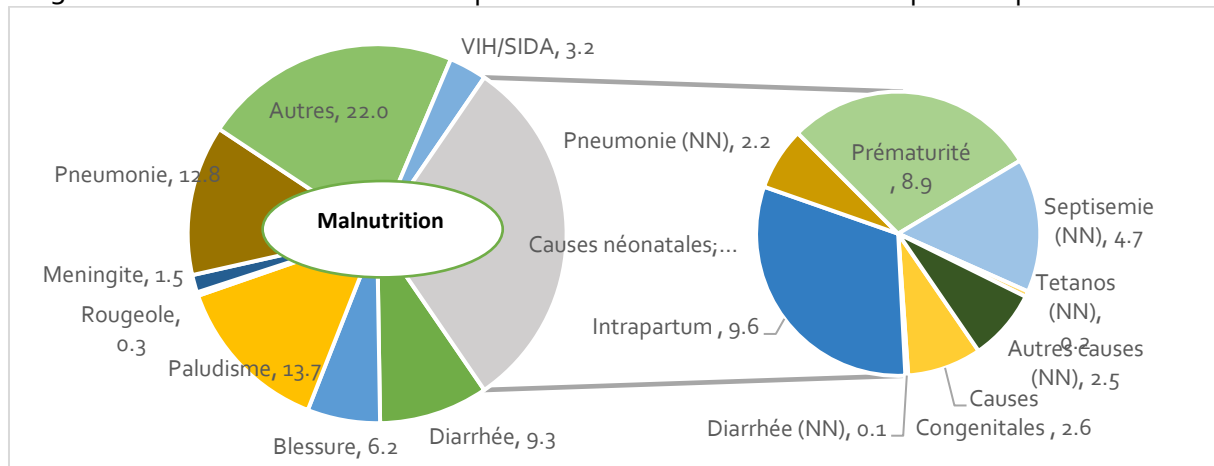
Source : Analyse EQUIST 2020

Au Cameroun, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la mortalité infanto-juvénile est beaucoup moins élevée en milieu urbain (60% naissances vivantes) qu'en milieu

rural (113%). De plus, ce sont les pauvres qui restent les plus touchés par les décès des enfants de moins de 5 ans.

7.3.2 Causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans

Sur la base des estimations des SNU/UNICEF 2019, et comme le présente le graphique ci-dessous les principales causes de décès chez les moins de 5 ans sont : Les causes néonatales (30,8%), le paludisme (13,7%), la pneumonie (12,8%) et la diarrhée (9,3%). L'on retrouve ainsi, les 3 maladies tueuses des enfants qui demeurent un fardeau encore préoccupant.

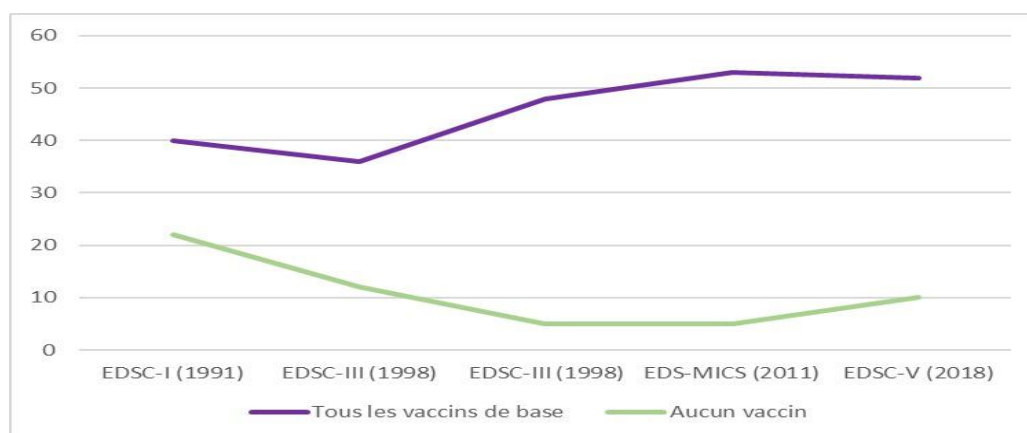


Graphique 7: Principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans au Cameroun
 Source : SNU/UNICEF 2019

La malnutrition demeure une cause sous-jacente très importante, car selon le rapport de suivi des 100 indicateurs clés de la santé, le pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est passé de 28% en 2011 à 28,9 en 2018. Ce taux qui n'a pas évolué reste préoccupant, car la cible des ODD étant de mettre fin à toutes formes de malnutrition d'ici à 2030. Nous retenons que les enfants continuent de mourir de causes évitables dans les zones rurales et chez les populations moins nanties ; avec une acuité dans des régions particulières du pays. Selon UNICEF les "1000 premiers jours", allant de la conception à 2 ans, sont la période clé pour le développement de l'enfant et sa santé future. Si la nutrition, comme l'environnement peuvent exercer une influence en période pré-conceptionnelle ; depuis 2014 l'amélioration de l'alimentation après 24 mois reste une fenêtre d'opportunité à prioriser pour la santé de l'enfant au Cameroun.

7.4 La couverture vaccinale

Selon l'EDS 2018, au Cameroun, un peu plus de la moitié (52 %) des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les 8 doses de vaccins de base. Seulement 42 % ont reçu tous les vaccins recommandés pour ce groupe d'âges, c'est-à-dire en respectant le calendrier vaccinal. Le graphique suivant montre que : la couverture vaccinale d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base a augmenté : elle est passée de 40% en 1991 à 53% en 2011. Contrairement à 2011 où le pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base était de 53 %, on ne note pas de progrès de la couverture vaccinale de base en 2018 (52 %).



Graphique 8: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à n'importe quel moment avant l'enquête (Source : EDS 2018)

7.5 Le paludisme

Le paludisme représentait en 2019 la première cause de consultation avec 28% contre 24,3% en 2017 4,6% d'hospitalisation et 18,3% des décès. Dans l'EDS 2018, on note que la prévalence parasitaire est de 24% chez les enfants de 0 à 5 ans et de 45% chez les femmes enceintes. La séroprévalence de l'Hépatite virale B était quant à elle située à 12%.

7.6 Les maladies transmissibles

VIH/SIDA : Depuis des décennies, l'état du Cameroun a montré son engagement dans la lutte pour la réduction du taux de VIH dans ses communautés. Des stratégies et des interventions ont été élaborées afin d'informer et de sensibiliser la population sur les voies de transmission et les conséquences de cette maladie. Malgré ses efforts, la prévalence du VIH qui est en baisse, reste encore élevé avec des disparités entre les régions, suivant l'âge et le sexe. Selon les résultats de l'EDS 2018, 2,7 % des adultes de 15-49 ans et 3,5 % de ceux du groupe d'âges 50-64 ans sont séropositifs au VIH. Ce pourcentage est de 2,8 % parmi les personnes de 15-64 ans. La prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans (3,4 %) est près de deux fois plus élevée que celle des hommes de la même tranche d'âges (1,9 %). Aussi selon EDS 2018 la séroprévalence du VIH chez les adolescents et jeunes (15-19 ans) est de 0,8% et de 2% chez les 20-24 ans. Le principal mode de transmission du VIH est la voie sexuelle pour 90% des nouvelles infections au Cameroun.

7.7 Maladie tropicales Négligées (MTN)

S'agissant des maladies tropicales négligées, la stratégie sectorielle de santé 2020-2030 et le PNDS souligne des avancées considérables, même si l'heure n'est pas encore aux réjouissances. Les principales Maladies Tropicales Négligées (MTN) font l'objet de programmes de santé prioritaires. D'après les enquêtes de cartographie initiales effectuées en 2020, la prévalence de l'onchocercose est estimée à 40% au Cameroun. Cette maladie reste endémique dans les dix régions du pays, avec plus de dix-huit millions de personnes exposées (62 % de la population totale) et cinq millions de personnes infectées (64% de la population à risque).

La prévalence de la filariose lymphatique reste élevée et varie de 6% au Nord-Ouest à 1,1% à l'Ouest. En 2020, après 6 ans de traitements de masse à l'Ivermectine et à l'Albendazole, la

plupart des DS, à l'exception du DS d'AKWAYA, ont atteints le critère d'arrêt de traitement et sont en phase de surveillance. (Source : Rapport enquête 2018,2019,2020)

La schistosomiase touche actuellement plus de 2 millions de camerounais. Les enfants en âge scolaire (5-14 ans) constituent le groupe le plus vulnérable et le plus atteint par cette parasitose et représentent 50% des personnes infectées. Un tiers de la population générale est du reste exposé aux facteurs de risques de cette maladie. Les trois régions septentrionales du Cameroun sont les plus touchées, de même que certains districts de santé dans les régions du, Sud-Ouest, Nord-Ouest, Littoral, Est, Ouest et du Centre.

Pour ce qui concerne, les helminthiases, elles touchent actuellement plus de 10 millions de camerounais. Les enfants en âge scolaire (5-14 ans) constituent le groupe le plus vulnérable et le plus atteint par cette parasitose. Toutes les 10 régions du Cameroun sont touchées par les vers intestinaux et presque toute la population est à risque d'infection par cette maladie. La lutte contre les géo helminthiases est intégrée avec celle contre la schistosomiase. Ce qui a permis d'administrer 122 millions de traitements cumulés pour ces deux maladies entre 2006 et 2019.

L'ulcère de Buruli sévit principalement dans la vallée du Nyong (Centre), dans la cuvette de Bankim (Adamaoua) et dans la zone de Mbonge (Sud-Ouest). Le nombre de districts de santé endémiques est passé de 5 en 2005 à près de 30 en 2015, malgré la gratuité du traitement. Cependant, le nombre de Centres de Traitement de l'ulcère de Buruli (CDT-UB) stagne. Des études ont montré que les coûts indirects inhérents à sa prise en charge constituent un fardeau important pour les malades et leurs familles.

7.8 Les maladies non transmissibles

De manière globale, la situation épidémiologique des Maladies Non Transmissibles (MNT) est encore peu élucidée, tout comme la prévalence de leurs facteurs de risque. Les faiblesses dans la gestion des MNT sont perceptibles, notamment la faible prise en compte des variables des MNT dans le système de collecte des données de routine et l'absence de plan stratégique de lutte contre les MNT. L'on pourrait néanmoins remarquer que les principales MNT enregistrées au Cameroun sont : les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'hypertension artérielle, les accidents de la voie publique...

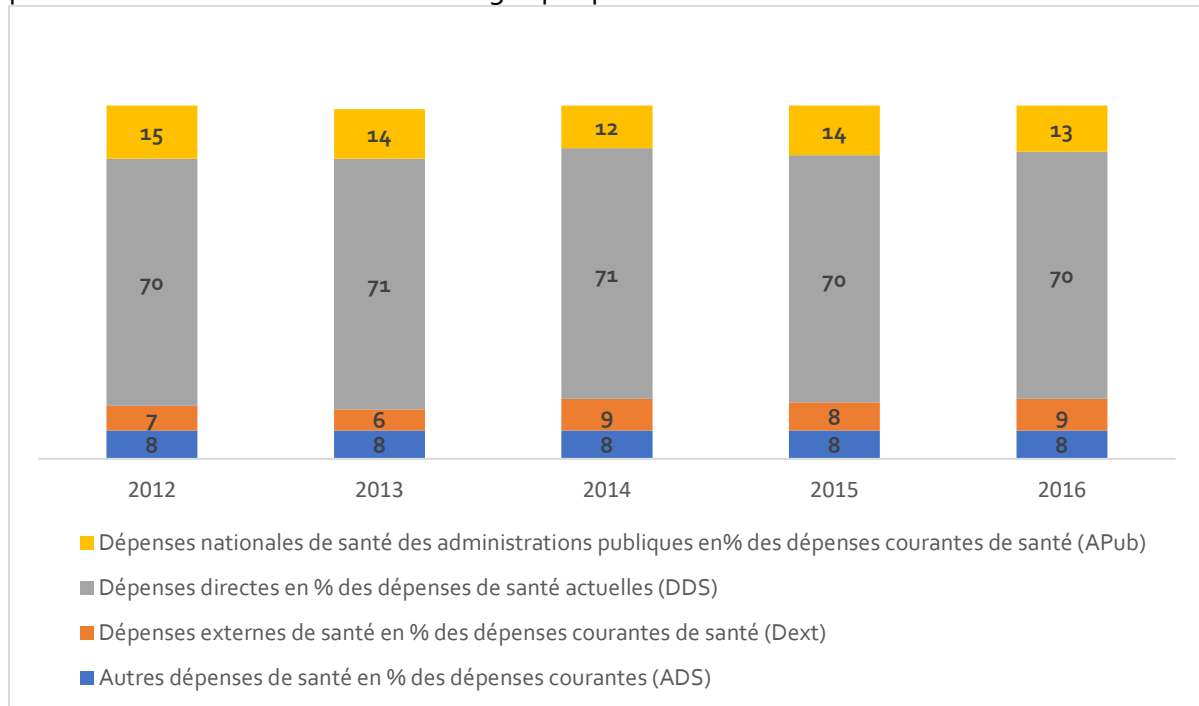
L'hypertension artérielle (HTA) augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de troubles cognitifs. En 2018, environ deux femmes de 15-49 ans sur trois (68 %) ont déclaré avoir déjà eu leur tension artérielle mesurée. 6% ont été informées qu'elles souffraient d'hypertension artérielle et parmi elles, 55 % l'ont été au cours des 12 mois précédant l'enquête EDS 2018. Chez les hommes de 15-49 ans, 41 % avaient déjà eu leur tension artérielle mesurée et 4 % avaient été informés qu'ils avaient de l'hypertension. Parmi ces derniers, 67 % avaient été informés de leur état de santé au cours des 12 derniers mois.

En ce qui concerne le diabète plus d'une femme de 15-49 ans sur trois (35 %) a effectué un test de la glycémie auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé et 1 % d'entre elles ont été informées par le prestataire qu'elles souffraient d'hyperglycémie. Chez les hommes de 15-49 ans, le pourcentage de ceux qui ont effectué un test de glycémie est deux fois plus faible (17 %). Environ 1 % ont été informés qu'ils souffraient d'hyperglycémie.

8 ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE/ SOINS DE SANTE PRIMAIRES

8.1 Financement de la santé

En 2012, la dépense totale de santé s'est établie à 728,1 milliards de FCFA avec une dépense totale de santé par habitant de 36 850 FCFA environ 67 USD (CNS, 2012). Cet indicateur est relativement élevé (3^{ème} en Afrique subsaharienne) et relativement proche de la norme de 86 USD pour la mise en œuvre de la CSU comparé aux autres pays d'Afrique subsaharienne. Cependant, le Cameroun n'obtient pas de bons résultats en ce qui concerne la répartition des dépenses de santé, car la proportion la plus élevée (70%) des dépenses totales de santé provient des contributions des ménages par paiements directs.

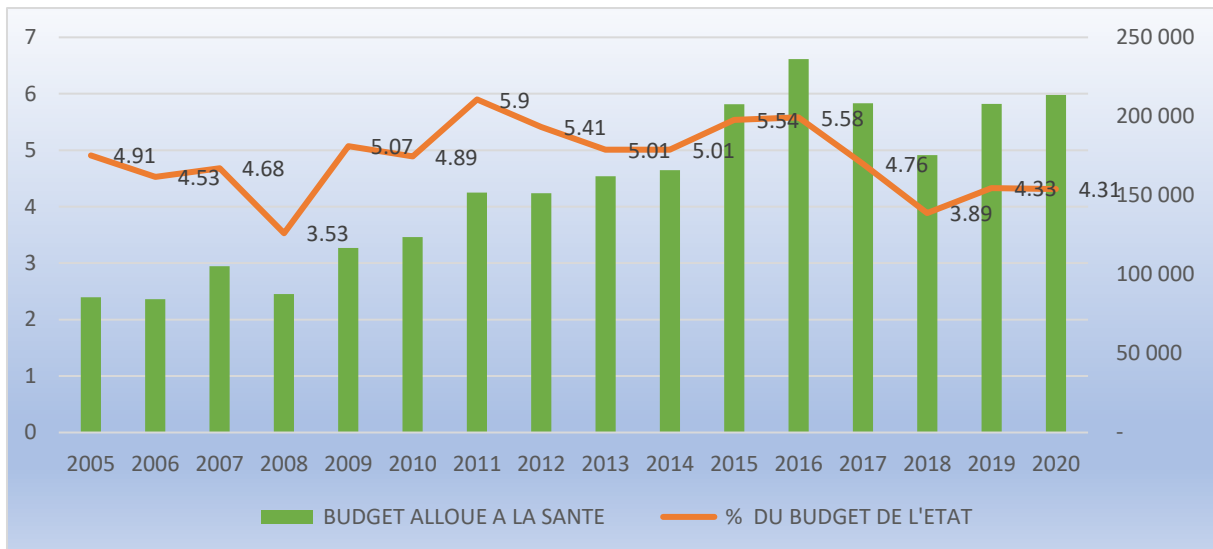


Graphique 9: Catégories de dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales de santé au Cameroun de 2012 à 2016

Source : OMS, GHED ; 2019

De plus, le budget de l'Etat camerounais alloué au secteur santé oscille entre 3,3 et 5,9% depuis 2005. (CNS, 2020) Cette proportion est en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en Avril 2001 qui préconisait d'allouer 15% du budget national au domaine de la santé. Extrait de la déclaration :

NOUS NOUS ENGAGEONS à prendre toutes mesures nécessaires à la mobilisation des ressources nécessaires auprès de toutes les sources et pour qu'elles soient utilisées de manière judicieuse et efficace. En outre, NOUS, NOUS ENGAGEONS à fixer un objectif de 15% au moins de notre budget annuel à allouer à l'amélioration du secteur de la santé.



Graphique 10: Budget alloué à la santé en pourcentage du budget total du Gouvernement au Cameroun de 2005 à 2020 (Source : CNS 2020)

8.2 Comparaison entre l'allocation budgétaire et les cas traités par niveau de la pyramide sanitaire

En s'appuyant sur les données fournies par le ministère de la santé, le financement des dépenses publiques de fonctionnement par niveau de la pyramide sanitaire est présenté dans la figure ci-dessous. En comparant ces données avec l'offre de soins assurée par niveau, il apparaît clairement que :

- le niveau tertiaire qui assure la prise en charge de seulement 2,3% des cas de maladies, utilise 52 % du budget de fonctionnement hors salaire du Ministère de la santé.
- le niveau primaire prend en charge 82% des cas de maladies ne reçoit que 28% des ressources de fonctionnement hors salaire.

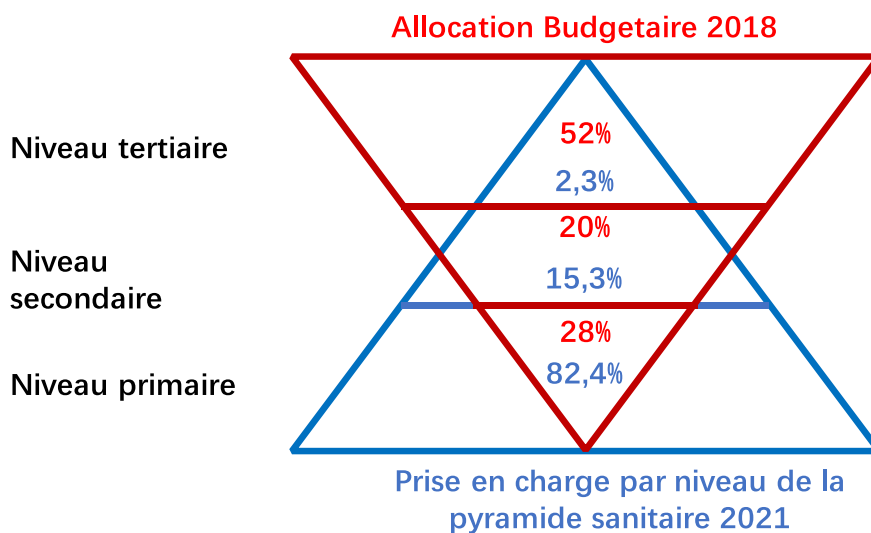


Figure 2: Prise en charge par niveau de la pyramide sanitaire 2021

8.3 Ressources humaines en santé

Les normes en ressources humaines de la santé au Cameroun définies dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 pour les Etablissements de Santé de Premier contact, montrent que le fonctionnement des CSI et CMA ne garantit pas une offre continue des services et Soins de Santé Primaires aux populations.

En 2018, un total de 1013 personnels de santé et 97 personnels d'appui ont été recrutés par le Gouvernement du Cameroun pour être au service de la santé des populations. Malgré ce recrutement important au cours des dix dernières années, le besoin en ressources humaines qualifiées reste assez élevé au regard de la dynamique démographique.

On note entre autres :

- un nombre insuffisant de personnels qualifiés dans les FOSA et la plupart de ces personnels sont en situation précaire et ne sont pas contractualisés ;
- une mauvaise répartition du personnel de santé sur l'ensemble du territoire national ;
- un non-respect du profil-poste de travail
- une absence d'informations sur le personnel actif dans le secteur privé et même dans les administrations partenaires du secteur santé, etc.

En plus, la gestion actuelle du personnel présente des limites dans la réponse formulée à la demande de service de santé (insuffisance du personnel tant en quantité qu'en qualité). A ce déficit de personnel qualifié au niveau des Etablissements de Santé de Premier Contact, s'ajoutent non seulement l'insuffisance des Agents de Santé Communautaires Polyvalents mais aussi l'absence de leur statut réglementaire. Par conséquent, ils ne sont pas intégrés dans la pyramide sanitaire, en dépit du fait qu'ils sont reconnus comme des acteurs indispensables pour une offre de soins et services communautaires efficace.

Selon les études récentes, dont celle de Chinbua et coll. 2012, la mise à échelle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (iCCM) par les Agents de Santé Communautaires peut entraîner des réductions de la mortalité infantile jusqu'à 40%. Ainsi, ces agents permettent d'accroître les taux de couverture des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infantile à travers la promotion des pratiques familiales essentielles.

Au niveau opérationnel, les CTD s'impliquent très peu dans la résolution de ce problème, tandis que le nombre de personnels recrutés par la fonction publique n'est pas en adéquation avec les chiffres de départ à la retraite. Par conséquent, le gap entre les besoins et les personnels affectés continue de s'agrandir au fil du temps. L'effectif du personnel médical exerçant au MINSANTE était estimé à 38 207 en 2018 (tableau 2). Sur la base de ces données et de celles du 3^{ème} Recensement Général et Physique des ressources Humaines (RGPH), le ratio personnel/population au Cameroun reste largement inférieur à la norme de l'OMS qui est de 2,3 pour 1000 habitants. En effet, comme le montre le tableau, les ratios personnels de santé par rapport à la population sont de 0,85 pour 10 000 habitants pour les médecins et 0,05 pour 5000 habitants pour les sage-femmes. Ces chiffres sont inférieurs aux normes de ratio qui sont de 1 médecin pour 10 000 et 1 sage-femme pour 3000. Sauf pour les infirmiers ; 1,78 pour 5000 habitants qui est nettement supérieur à 1 infirmier pour 5000 habitants. Ce qui montre de manière globale l'insuffisance du personnel de santé au Cameroun.

Tableau 2; Effectif du personnel médical par région

QUALIFICATION	SERVICES	CE	SUD	OUEST	AD	EST	NO	S-O	E-N	LIT	N-O	TOTAL	Ratio Population générale
	CENTRAUX												
MEDECINS	5%	29%	5%	8%	4%	5%	3%	7%	4%	25%	5%	2156	0,85
TECHNIQUE MEDICO-SANITAIRE	1%	30%	6%	9%	5%	6%	4%	9%	6%	18%	8%	1842	0,73
PHARMACIENS	9%	21%	7%	8%	6%	6%	5%	9%	6%	21%	5%	376	0,15
INFIRMIERS	1%	23%	5%	11%	5%	5%	8%	8%	9%	18%	7%	8981	1,78
CHIRUGIEN-DENTISTES	1%	23%	10%	9%	6%	6%	4%	6%	8%	20%	7%	166	0,07
SAGE-FEMME/MAÏEUTICIEN	14%	14%	5%	8%	5%	7%	7%	8%	13%	12%	7%	421	0,05
GENIE-SANITAIRE	17%	17%	4%	8%	8%	5%	4%	9%	9%	10%	8%	158	?
ADMINISTRATION HOSPITALIERE	37%	14%	6%	4%	6%	4%	4%	5%	3%	11%	4%	188	?
TECHNIQUE BIOMEDICALE	15%	15%	5%	3%	13%	5%	2%	17%	2%	15%	8%	60	?
AUTRES	13%	6%	1%	3%	50%	3%	4%	4%	2%	10%	4%	4042	?

Source : MINSANTE

8.4 Infrastructures et Equipements

En 2020, la situation de l'offre sanitaire au Cameroun révélait 5 966 formations sanitaires publiques et privées dont 2 788 publiques (soit 46,73%), 2 438 privé-laïques (soit 40,86%) et 740 privées confessionnelles (soit 12,4% (DHIS-2).

Dans certaines régions comme le Centre, le Littoral et l'Ouest, c'est le sous-secteur privé qui constitue l'essentiel de l'offre de soins et services de santé. Cette situation pourrait en partie s'expliquer par une prolifération anarchique des formations sanitaires privées dans les districts urbains de ces régions. En effet, plusieurs d'entre elles ne disposent d'autorisation ni de création ni d'ouverture du MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle.

En outre, on relève dans certains cas que les demandes ne sont pas traitées dans les délais requis au MINSANTE tandis que le contrôle des autorisations de création ou d'ouverture octroyées n'est pas toujours effectif.

Cependant, les normes relatives aux équipements des formations sanitaires du niveau opérationnel ont été élaborées en 2009 mais ne sont pour la plupart pas respectées. En effet, selon l'analyse de la situation présentée dans le PNDS on note une absence de boîte d'accouchement (24,5%) ; de système de stérilisation à sec (39,5%) ; de boîte de césarienne (67,5%) ; de microscopes fonctionnels (11,6%), de kits d'accouchement (38%) dans les formations sanitaires enquêtées. En outre, les plateaux techniques sont pour la plupart en état de dégradation faute de maintenance. Selon l'enquête de terrain réalisée dans le cadre de l'ACB, 20% des équipements sont vétustes dans les CSI, 17% dans les CMA et 16% pour les hôpitaux de district. Cette situation a un impact sur le niveau de fonctionnalité de la plupart des établissements existants. La stratégie de maintenance préventive et curative nécessite d'être actualisée et mise en œuvre. La diversité des marques d'équipements médicaux, la fluctuation de l'énergie électrique et l'état de vétusté desdits équipements ne facilitent pas le suivi de leur maintenance.

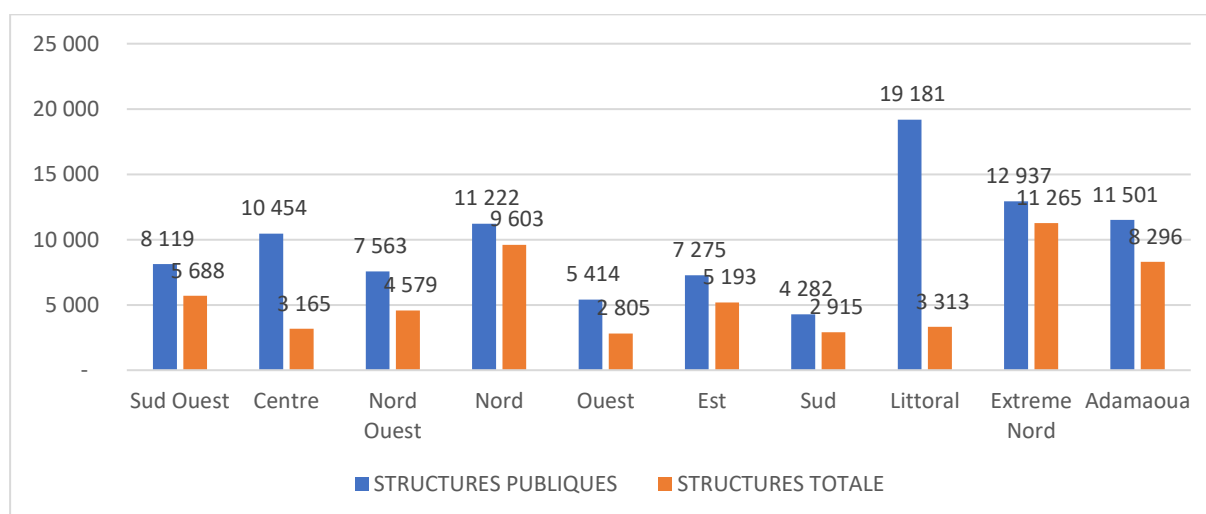
La répartition géographique des formations sanitaires au niveau opérationnel dans le pays n'est pas équitable. On note une concentration des FOSA dans les régions du Centre et du Littoral respectivement 1 569 et 1 291 tandis que les régions de l'Adamaoua et de l'Est ne comptent que 183 et 262 respectivement. La situation de l'Extrême Nord est particulièrement grave avec 441 FOSA pour 30 Districts de Santé, 86% d'entre elles étant des Centres de Santé Intégrés.

De façon générale, le nombre de formations sanitaires au niveau opérationnel est satisfaisant, mais leur répartition géographique dans le pays est inéquitable.

Tableau 3: Répartition des formations sanitaires du niveau district par catégorie et par région au Cameroun en 2020 (Source : DHIS-2)

Région	Population 2020	CSI	CMA	HD & Assimilés	Total général
Sud-Ouest	1 899 941	276	26	32	334
Centre	4 965 861	1 425	95	49	1 569
Nord-Ouest	1 868 031	346	32	30	408
Nord	2 996 271	287	9	16	312
Ouest	2 327 807	727	68	35	830
Est	1 360 451	220	21	21	262
Sud	894 878	260	34	13	307
Littoral	4 277 464	1 159	79	53	1 291
Extrême Nord	4 967 788	384	27	30	441
Adamaoua	1 518 189	154	17	12	183
Total général	27 076 681	5 328	408	291	5 937

L'analyse portant essentiellement sur les formations sanitaires du secteur public montre que sur le plan national, la densité de ces dernières est d'une pour 9 712 habitants. C'est la Région du Littoral qui se présente comme la moins lotie avec une formation sanitaire pour 19 181 habitants, suivi de celle de l'Extrême-Nord (une FOSA pour 12 937 habitants) et du Nord (une FOSA pour 11 501 habitants). Les régions ayant une densité acceptable sont le Sud (soit une FOSA pour 4 282 habitants) et l'Ouest (soit une FOSA pour 5 414 habitants).



Graphique 11: Densité des formations sanitaires par région (Source : DHIS-2)

8.5 Médicaments, Vaccins et autres intrants stratégiques

Malgré le dispositif légal mis en place par le gouvernement afin d'améliorer l'accès des populations aux médicaments de qualité, on constate que le besoin des populations en médicament n'est pas satisfait.

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

La présente analyse situationnelle concerne les structures pharmaceutiques du sous-secteur public (la CENAME et les pharmacies des formations sanitaires) et les Groupement d'Intérêt Public / Fonds Régional pour la Promotion de la Santé (GIP-FRPS.)

L'approvisionnement en médicaments est organisé autour de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME), principal fournisseur des FRPS. Toutefois, en cas de rupture de stock au niveau de la CENAME, ces derniers sont autorisés à s'approvisionner chez un autre fournisseur agréé. En 2020, tous les 10 CAPR (Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional) étaient déjà transformés en GIP dénommés Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé en application de la loi N° 2010/023 du 21 décembre 2010 fixant le statut du groupement d'intérêt public.

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

8.6 Paquet de service de santé essentiels des SSP

Conformément à l'orientation stratégique validée par les Chefs d'Etat africains au cours de la Conférence de Bamako, les Soins de Santé Primaires constituent la stratégie préconisée pour la satisfaction des besoins de santé de la majorité de la population. Les principes retenus à cet effet sont :

- une participation communautaire renforcée,
- une action intersectorielle plus efficace,
- une disponibilité des technologies appropriées,
- une équité et une justice sociale.

A l'analyse, le niveau de couverture de certaines interventions est acceptable mais les populations ne bénéficient pas encore de l'ensemble des prestations. En effet, elles éprouvent toujours des difficultés d'accès à l'ensemble des interventions du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et des SSP délivrés par les formations sanitaires de premier échelon. Cette situation pourrait expliquer le niveau de perception des patients sur la qualité des soins et services de santé qui n'est pas satisfaisante. Les principaux motifs d'insatisfaction cités par ces derniers sont le mauvais accueil notamment, les délais d'attente, le triage, la disponibilité de l'information sur l'offre de services et des soins ainsi que les coûts y relatifs.

Les prestations des services et soins au niveau communautaire quant à elles se sont améliorées afin de renforcer les interventions sous directives communautaires (ISDC). En

effet, le pays vient de se doter d'un Plan Stratégique National pour la Santé Communautaire (PNSC) 2021-2025 assortis d'un Dossier d'Investissement et a développé le Rapport Mensuel d'Activités Communautaires (RMAC) qui va désormais être sur la plateforme District Health Information System 2 (DHIS2) du MINSANTE. Leur dissémination et le renforcement des capacités des acteurs à leur utilisation sont en cours. Cependant, tel que relevé plus haut, le nombre d'ASC polyvalents par aire de santé est encore insuffisant.

Pour assurer une couverture plus grande des interventions, la majorité des CSI et CMA planifient régulièrement des stratégies avancées. Mais leur mise en œuvre reste faible à cause du découpage des aires de santé qui ne tient pas compte des distances et du relief et aussi à cause de l'insuffisance des ressources (humaines et financières) et de la faible organisation des ASC au niveau de l'aire de santé.

8.7 Système d'information sanitaire

Un plan stratégique de renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) pour la période 2009-2015 a été élaboré en 2008. Toutefois, il a été faiblement mis en œuvre. Jusqu'en 2015, le SNIS du Cameroun était caractérisé par une multitude de sous-systèmes d'information dépendant des différents programmes en fonction des bailleurs de fonds. Ensuite, il a connu une mue avec l'harmonisation des différents outils de collecte des données et s'est doté du logiciel DHIS2, pour le suivi intégré des activités du secteur santé (Lettre circulaire N°D36-59/L/MINSANTE/SG/CIS du Ministre de la Santé Publique du 22 Novembre 2017).

Du fait du déploiement de cette plateforme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les données validées au niveau des districts de santé et des régions sont disponibles. Ainsi, le taux de complétude des Rapports Mensuels d'Activités (RMA) est passé de 11,4% en 2017 à 80,1% en 2020. La disponibilité des données désagrégées par région et même par district de santé facilite l'identification des zones d'Interventions prioritaires.

Cependant, l'on peut déplorer le fait que ces RMA ne soient pas suffisamment utilisés par les structures qui les élaborent afin de prendre des décisions localement. Certaines structures de santé n'analysent pas les données qu'elles collectent. Généralement, les données collectées par les formations sanitaires sont systématiquement envoyées aux niveaux supérieurs à travers le DHIS 2 afin de pallier le problème de promptitude.

Les Equipes Cadres de District (ECD) ont pour la plupart été formées sur l'élaboration des rapports trimestriels et des canevas y relatifs ont été mis à leur disposition. Cependant, ces dernières peinent encore à les produire à cause de la surcharge de travail et du chevauchement entre les activités planifiées qui empêchent un suivi et une reddition des comptes appropriée. A cela, l'on peut ajouter le fait que les rapports fournis par les niveaux inférieurs soient rarement suivis de feedback.

8.8 Gouvernance et leadership

L'amélioration de la gestion du système de santé s'est faite par la mise en place d'un cadre de coordination des partenaires du secteur de la santé en vue d'une synergie des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le Cameroun a élaboré en 2021 la SND30 qui rassemble le Gouvernement et ses partenaires autour de la mise en œuvre de cette stratégie. Ce document d'engagement permet d'harmoniser les appuis et accroître les ressources du pays en vue d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD).

En termes de transparence budgétaire, l'analyse des données recueillies sur la disponibilité de l'information budgétaire, montre que les données financières du budget national ne sont pas disponibles dans l'ensemble des établissements sanitaires dont les premiers responsables ne sont pas des administrateurs de crédit délégués. Il ressort également une insuffisance d'implication des responsables des FOSA dans l'élaboration et la gestion du budget alloué à leurs structures du fait d'une absence d'harmonisation dans les procédures de gestion budgétaire.

Malgré les efforts consentis par le Gouvernement du Cameroun, des problèmes persistent, notamment :

- l'insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'utilisation inappropriée et peu transparente des ressources et une insuffisance de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Au niveau déconcentré, on note :

- une insuffisance de la fonctionnalité des organes de gestion des établissements sanitaires, des ECD et des FRPS due à la méconnaissance des textes les régissant ;
- une insuffisance de coordination et de collaboration des acteurs et des interventions de santé par l'absence de traçabilité des appuis extérieurs et le non-respect des procédures et textes réglementaires en vigueur ;
- une insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées et inadéquation de certaines interventions des collectivités avec les priorités de santé ;
- une insuffisance des feedbacks systématiquement des structures des niveaux supérieurs lorsqu'ils reçoivent des rapports.
- une faible initiation spontanée des rapports par les niveaux inférieurs

9 ANALYSE DES FAIBLESSES DU SYSTÈME DANS LA MISE EN ŒUVRE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Comme énoncé dans l'analyse de la situation, les faiblesses et goulots d'étranglement du système de santé et dans la mise en œuvre des soins de santé primaires sont importants et variés. Le schéma 3 suivant synthétise les principaux goulots d'étranglement observés :

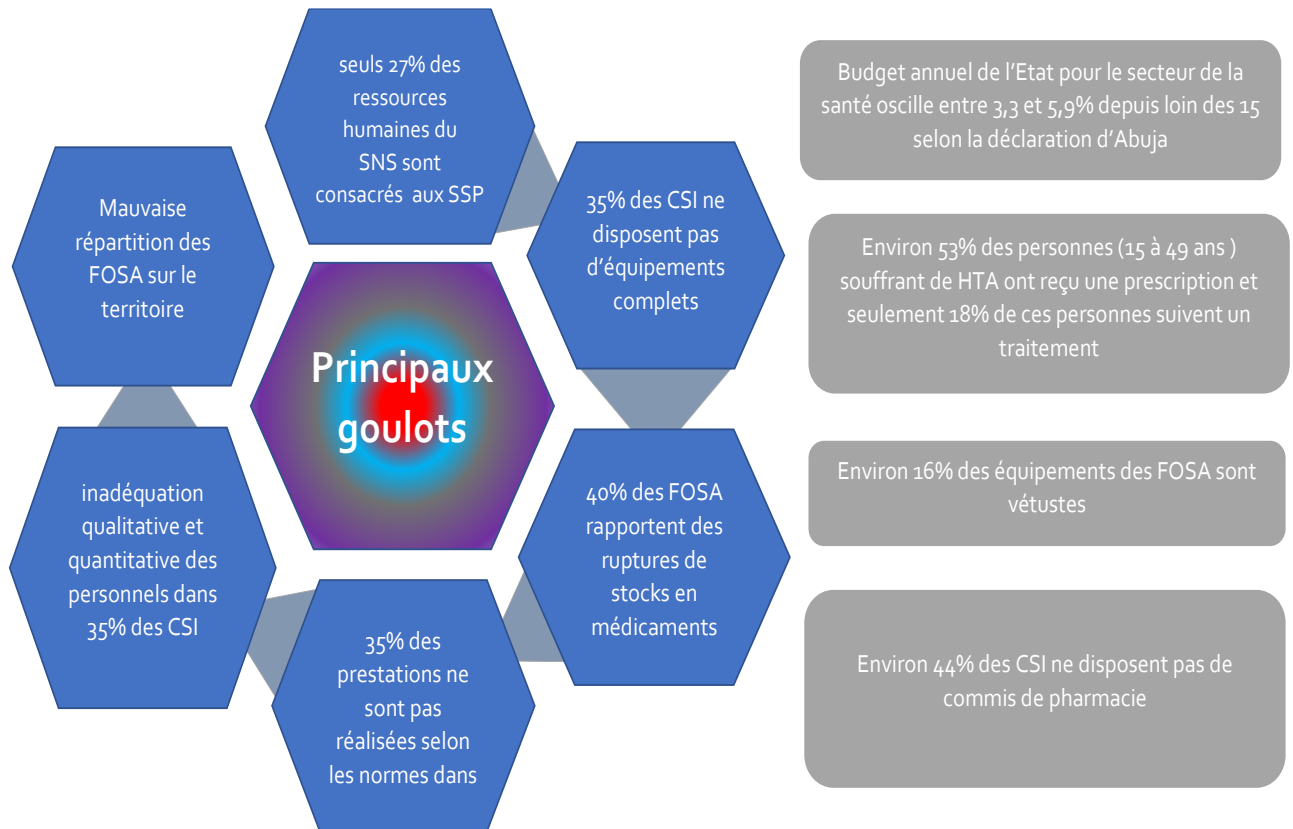


Schéma 3: principaux goulots

10 IDENTIFICATION DES SCENARII DE MISE EN ŒUVRE DES SSP

Sur la base du paquet de services défini, la modélisation a été réalisée pour la période 2022-2026 pour trois niveaux de couverture (utilisation) différents : minimale, moyenne et ambitieuse.

Le scénario minimal ou conservateur suppose que certains goulots d'étranglement identifiés resteront non résolus. En effet, il s'agira du maintien du paquet de services mis en œuvre et de l'augmentation de la couverture des services de santé primaires. Cette progression sera modeste et se situera en moyenne entre 2 et 3 points chaque année en fonction des interventions. Il prévoit également une réduction à 50% du gap en ressources manquantes (équipements, ressources humaines, activités de renforcement du système de santé, etc.)

Le scénario moyen suppose quant à lui que les goulots d'étranglement sont résolus dans leur grande majorité mais avec un niveau d'effort progressif et jugé soutenable. Ce scénario s'appuie sur le scénario de référence et prévoit une progression moyenne entre 3 et 4 points chaque année en fonction des interventions des SSP et réduction jusqu'à 60% du gap en ressources manquantes (équipements, ressources humaines, activité de renforcement du Système de santé, etc.).

Quant au scénario ambitieux, il vise également que tous les goulots d'étranglement identifiés sont résolus pour une mise en œuvre effective des SSP. Il prévoit une mise à l'échelle de tout le paquet des services et interventions de soins de santé primaires, ce qui permettra de générer des niveaux de couverture des services ou interventions en 2026 assez importants. Et cela à la suite d'une progression moyenne entre 4 à 7 points chaque année pour afin d'atteindre au moins 80% de couverture en 2026. La réduction prévue du GAP en ressources est au moins de 80% (équipements, ressources humaines, activité de renforcement du Système de santé, etc.).

Ces scénarii sont illustratifs et modélisés pour démontrer le coût et l'impact attendu de différents niveaux de couverture. Il est supposé, que certains goulots d'étranglement de la demande et de l'offre réduisent l'utilisation des services. Par exemple, des ruptures de stocks de médicaments réduiraient l'utilisation des SSP. Si les populations perçoivent la disponibilité et la qualité des services comme étant faibles, la demande et l'utilisation des services seront également faibles. C'est sur la base de ce lien théorique que les taux de couverture des services des SSP sont donnés à titre indicatif en se basant sur l'utilisation potentielle estimée du service.

11 INVESTISSEMENTS FINANCIERS NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EFFICACE ET EFFICIENTE

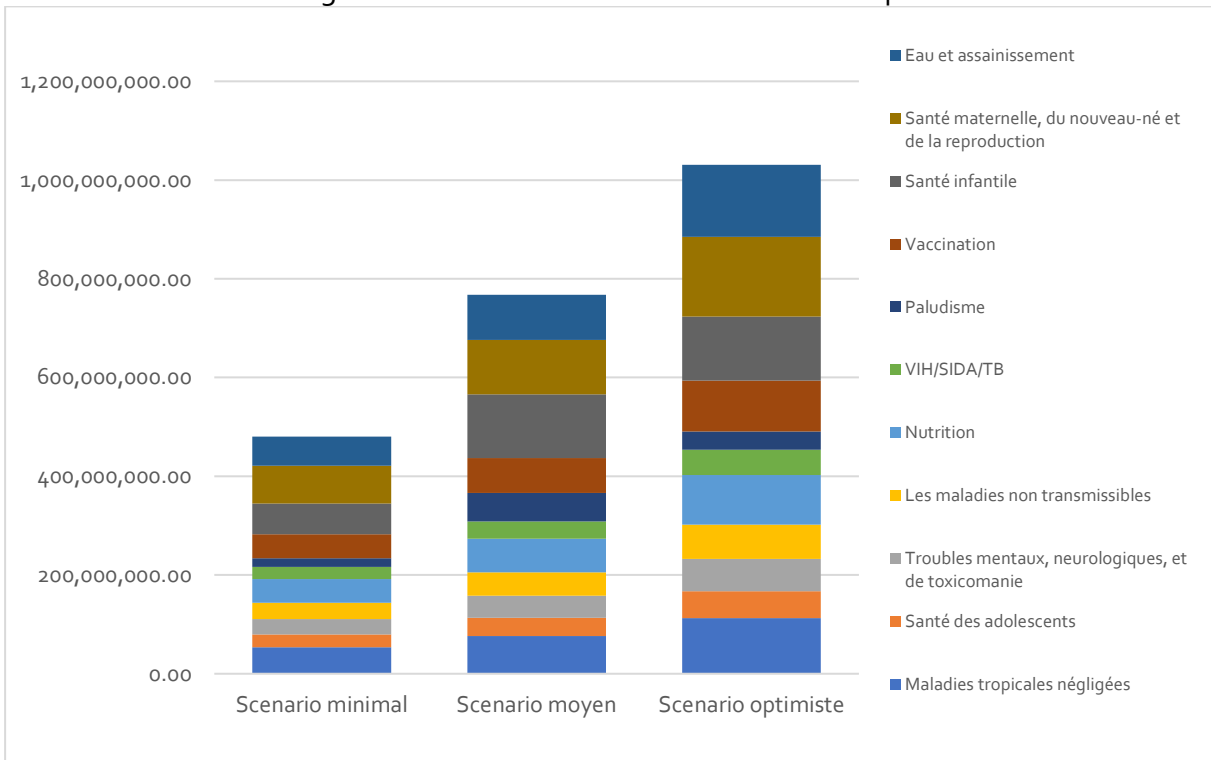
12 Nombre de services fournis

Selon le modèle d'analyse, et quelle que soit la composante le nombre de services délivrés augmentera de la première année 2022 jusqu'en 2026. Comme le montre le graphique ci-dessous, le nombre total de services peut atteindre plus de 1 milliard (scénario optimiste), 766 millions (scénario moyen) et 480 millions (scénario de référence).

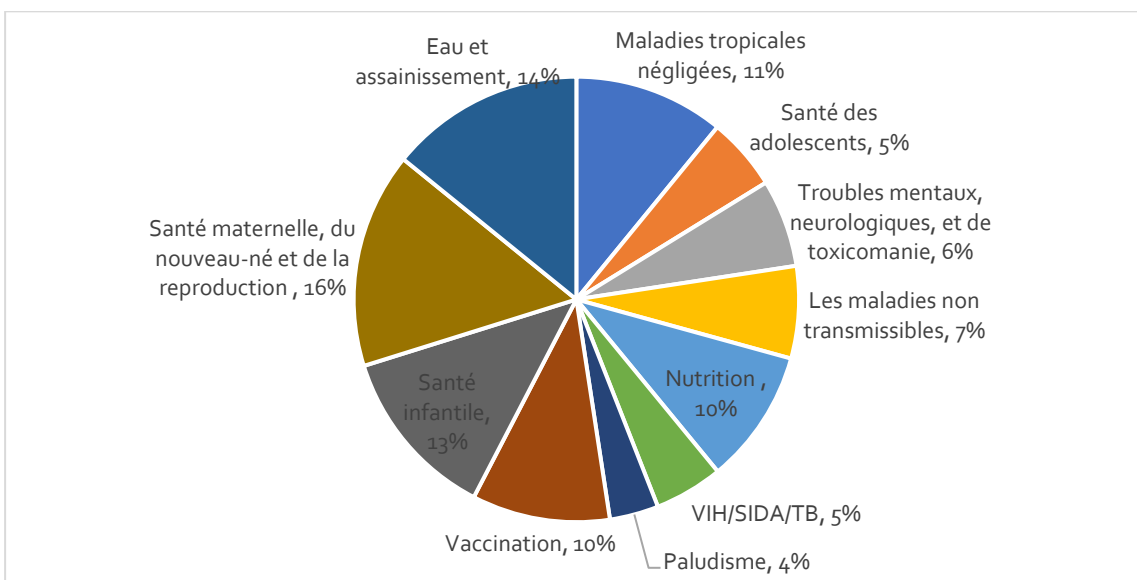
Il est important de noter que les unités de chaque service rendu sont différentes. Par exemple, les services de santé pour enfants, les mères et la population prennent en compte la notion de contacts individuels au niveau des différentes structures de soins de santé primaires. Il en est de même pour les services de prévention et de promotion au niveau communautaire.

Comme le montre le graphique 13, dans les différents scénarii le nombre de services est dominé par les interventions liées à la Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction

(16%) suivi par l'eau et l'assainissement (14%), la santé infantile (13%), la nutrition et la vaccination pour 10%. Comme annoncé au fil des années, tous les programmes verront leur niveau de couverture augmenté avec un nombre de services conséquents.



Graphique 12: Nombre total de services par programme et par scénario

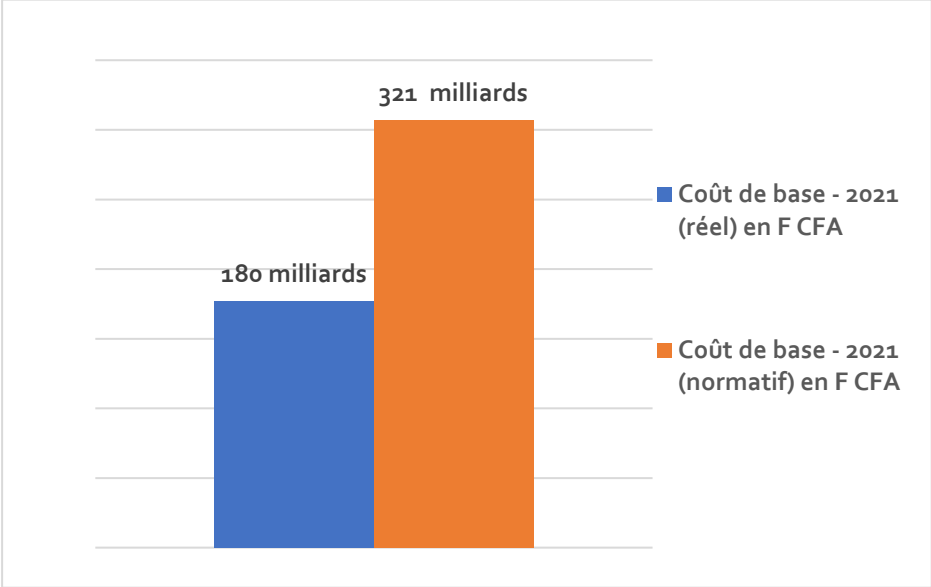


Graphique 13: Proportion du nombre moyen de services par domaine des SSP

12.1 Coûts totaux et coûts par catégories majeures

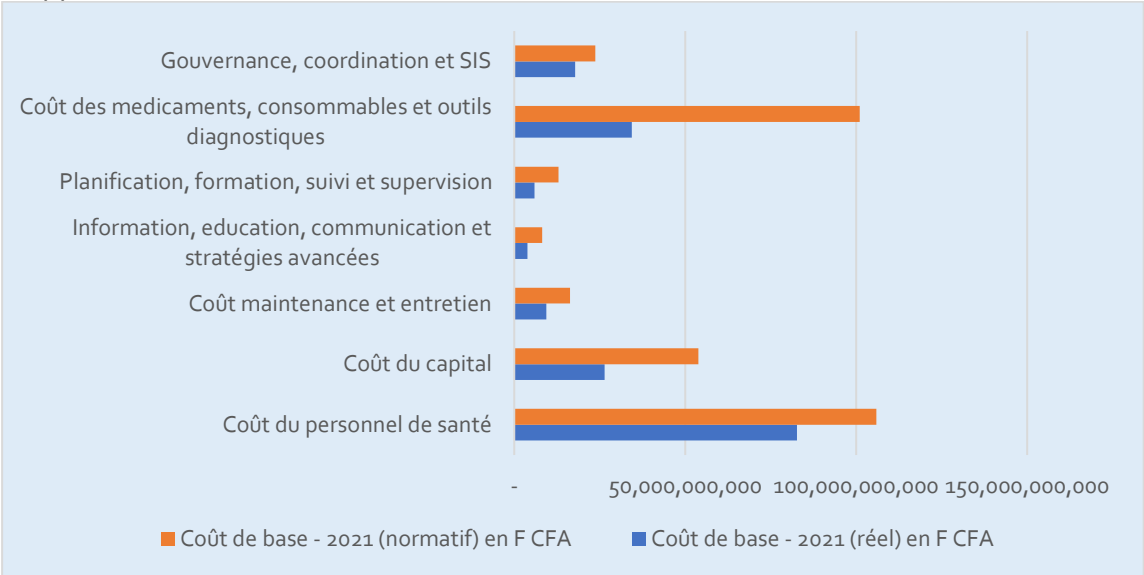
En se référant aux ressources réelles engagées pour l'offre de services des SSP en année de base 2021, en comparaison au coût normatif estimé pour la même année, on démontre ainsi que les SSP sont sous financés par rapport au besoin réel de financement et de ressources au

niveau des structures ou plateforme de soins. Comme le montre le graphique ci-dessous, ce sont 180 milliards de F CFA soit 321 millions de dollars US qui ont été utilisés pour le fonctionnement des SSP alors qu'ils devraient coûter 321 milliards de F CFA (572 millions de dollars US). On en déduit que les SSP coutent seulement 56% de ce qu'ils devraient normalement coûter. Cette situation s'explique par une insuffisance de capacités et de moyens nécessaires à la réalisation des services et des activités SSP selon les normes.



Graphique 14: Financement l'offre de services des SSP

L'analyse par catégorie de coût montre que les clivages entre les coûts réels et les coûts normatifs touchent toutes les catégories, mais sont plus accentués en ce qui concerne les coûts des médicaments et de la logistique, les coûts en capital/d'investissement et de coût de personnel (voir graphique ci-dessous). La différence très importante entre coût réel et coût standard concernant la catégorie médicaments s'explique par la différence entre les pratiques réelles et protocoles de soins au niveau des structures d'une part, et par la différence de couverture d'autre part, et enfin par la différence des charges en matière d'approvisionnement.



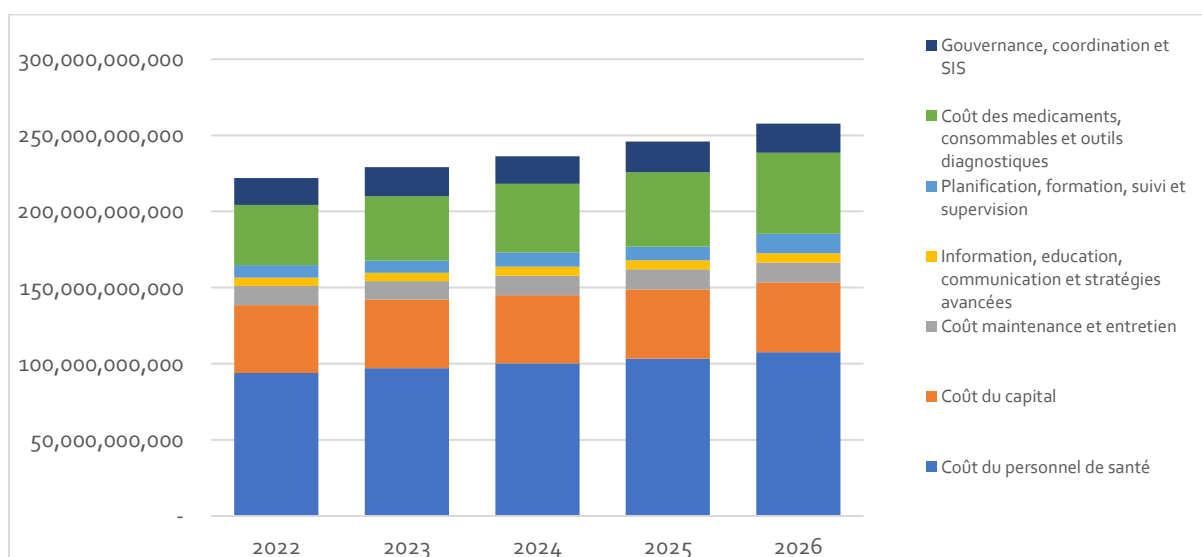
Graphique 15: Estimation des coûts de base des SSP en 2021 (réel VS normatif)

Selon les estimations dans le tableau 4, le coût total nécessaire pour la mise en œuvre des SSP sur cinq ans (2022-2026) s'élèverait à 1190 milliards FCFA (2,1 milliards USD) pour le scénario de couverture minimale ; 1340 milliards FCFA (2,3 milliards USD) pour le scénario de couverture moyenne et à 1506 milliards FCFA (2,68 milliards USD) pour le scénario de couverture ambitieuse. Tous les coûts sont exprimés en FCFA et sans l'inflation. De 2022 à 2026, ce coût s'élèverait pour atteindre une moyenne annuelle de 238 milliards de FCFA pour le scénario de couverture minimale ; 268 milliards FCFA pour le scénario de couverture moyenne et 301 milliards FCFA pour le scénario de couverture ambitieuse.

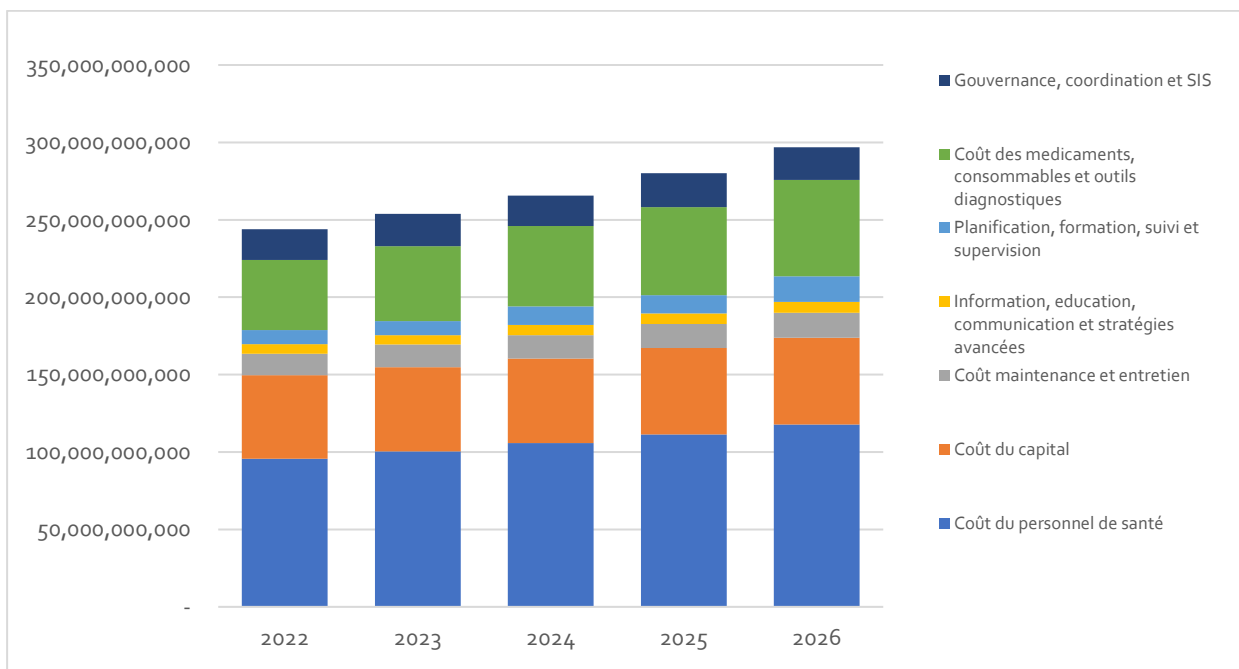
Tableau 4: Coûts totaux et coûts annuels moyens par scénario de couverture des SSP (Source : Application de l'outil CHPCT)

	Coût de base (2021)	Coût scénario minimal	Coût scénario moyen	Coût scénario ambitieux
COÛT TOTAL (2022-2026) (en milliards de FCFA)	-	1 190,7	1 340,2	1 506,5
COÛT TOTAL (2022-2026) (en milliards de US)	-	2,1	2,3	2,6
COÛT TOTAL ANNUEL MOYEN (milliards FCFA)	180	238	268	301
COÛT TOTAL ANNUEL MOYEN (millions US)	321	423	476	536

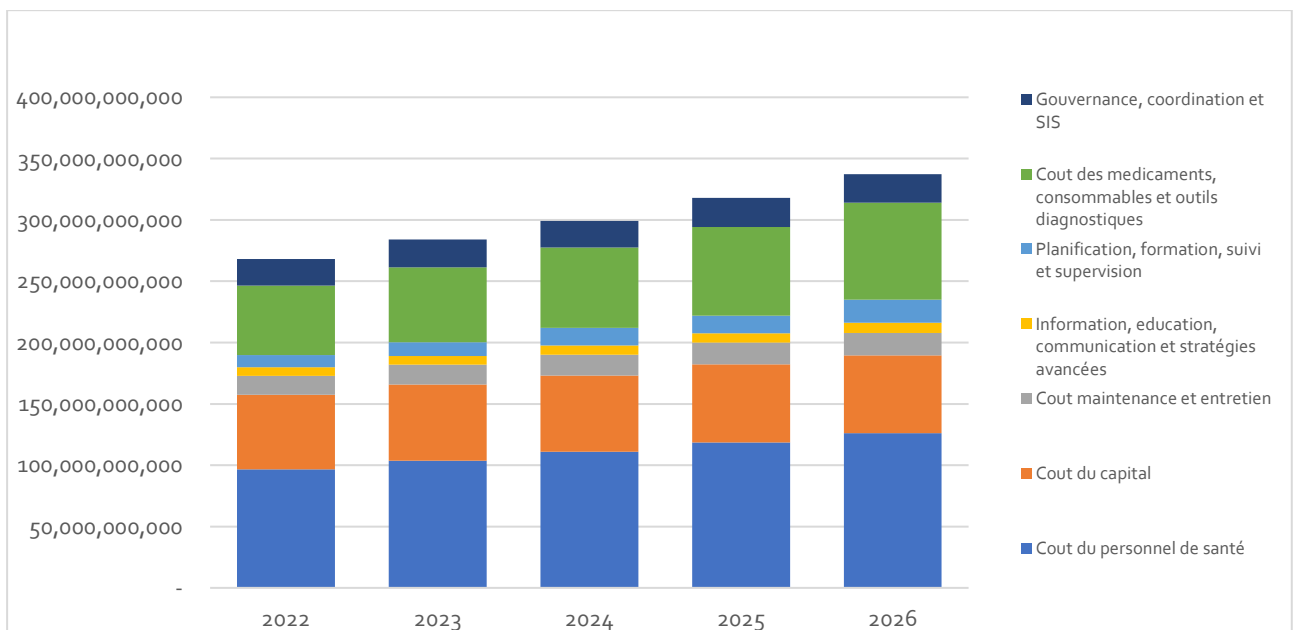
Comme le montrent les graphiques 17, 18, et 19 ; quel que soit le scénario, la catégorie de coût la plus élevée depuis la première année jusqu'en 2026 reste les coûts du personnel, suivis des coûts des médicaments, consommables et outils de diagnostics et des coûts d'investissement, etc.



Graphique 16: Répartition des coûts annuels par catégories majeures pour le scénario minimal (Source : Application de l'outil CHPCT)



Graphique 17: Répartition des coûts annuels par catégories majeures pour le scénario moyen
 Source : Application de l'outil CHPCT

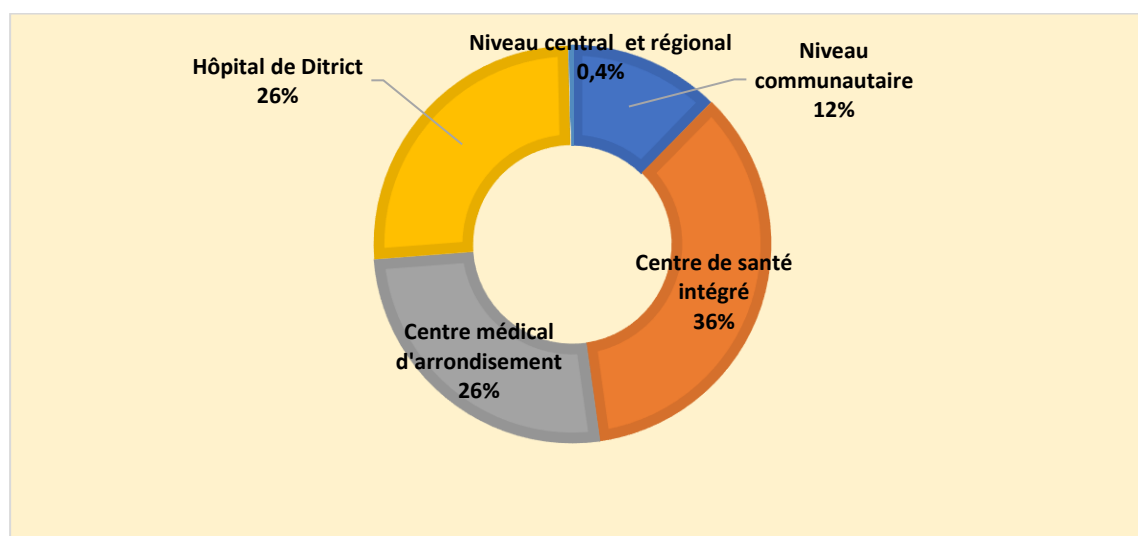


Graphique 18: Répartition des coûts annuels par catégories majeures pour le scénario ambitieux
 Source : Application de l'outil CHPCT

12.2 Coûts totaux par niveau de prestation ou catégories de structures

Selon le graphique ci-dessous, les 4 plateformes de prise en charge des populations dans le cadre des SSP (niveau communautaire, CSI, CMA & HD) affichent des coûts différents au cours de la période de planification. Les coûts de coordination et de la gouvernance comprenant le Ministère de la santé/DOSTS/SSP, le niveau régional et le niveau district ont

également été estimés. La proportion de coût la plus élevée concerne les CSI qui occupent 36% du coût total, suivi des CMA (26%) et des HD (25,8%), le volet communautaire quant à lui est estimé à 12% du financement total. Les coûts nécessaires à la gouvernance et la coordination des SSP occupent 0,4% du coût total.



Graphique 19: Répartition des coûts totaux par type de structures ou par niveau des SSP

Tableau 5: Tableau 5: les coûts totaux par type de structures ou par niveau des SSP en million de F CFA

	Coût total scenario minimal	Coût total scenario moyen	Coût total scenario optimiste
Niveau communautaire	114,5	148,2	185,06
Centre de santé intégré	450,3	486,6	531,7
Centre médical d'arrondissement	302,5	343,5	387,6
Hôpital de District	313,2	350,5	390,1
Niveau central et régional	10,01	11,2	11,8
Total en f CFA	1 190,71	1 340,23	1 506,57

12.3 Coûts moyens par habitant et par niveau ou structure des SSP

Sur la période 2022-2026, le coût total annuel par habitant (population totale) dans le scénario de couverture minimale serait de 8 277 FCFA (15 USD), de 9 311 FCFA (17 USD) et 10 463 (19 USD) respectivement pour le scénario moyen et le scénario optimiste, alors qu'il est de 12 USD en année de base c'est à dire 2021. Il faut rappeler que ces coûts augmentent progressivement au fil des années pour atteindre ces niveaux présentés. Le coût total moyen par habitant est calculé en divisant les coûts totaux de chaque année par scénario par la population totale du Cameroun et une moyenne sur la période des 5 années est par la suite estimée.

Tableau 6: Coût total moyen par habitant par scénario

	Coût année de base (2021)	Coût moyen annuel scénario minimal	Coût moyen annuel scénario moyen	Coût moyen annuel scénario ambitieux
Coût total par habitant (population totale) (en F CFA)	6 778	8 277	9 311	10 463
Coût total par habitant (population couverte) (en US)	12	15	17	19

En ce qui concerne le coût total par structure ou niveau de prestation des SSP, on obtient des coûts annuels moyens qui reflètent le niveau de la FOSA dans la pyramide sanitaire et reste uniforme en fonction du scénario. En effet, le coût unitaire par ASCP (1 720 861 F CFA) est bien inférieur à celui d'un CSI (26 613 195 F CFA) qui est lui-même inférieur à celui d'un CMA (190 047 757 F CFA) et d'un HD (297 957 416 F CFA)

Tableau 7: Coût total moyen par niveau ou catégorie de structure et par scénario

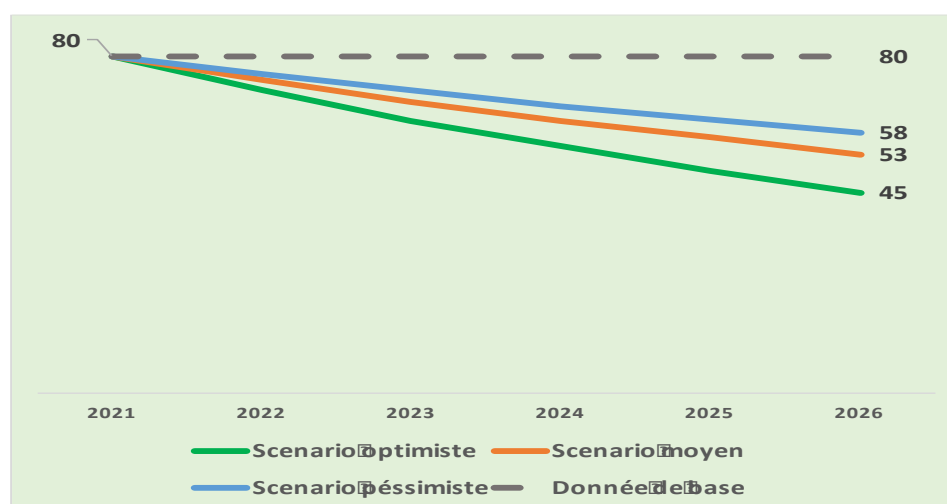
		Coût moyen annuel scénario minimal	Coût moyen annuel scénario moyen	Coût moyen annuel scénario ambitieux
Niveau communautaire / coût par ASCP	<i>en F CFA</i>	1 850 238	1 727 503	1 720 861
	<i>en US</i>	3 074	3 292	3 062
Coût par CSI	<i>en F CFA</i>	22 539 917	24 356 441	26 613 195
	<i>en US</i>	40 107	43 339	47 354
Coût par CMA	<i>en F CFA</i>	148 318 725	168 418 984	190 047 757
	<i>en US</i>	263 912	299 678	338 163
Coût par HD	<i>en F CFA</i>	239 181 502	267 696 450	297 957 416
	<i>en US</i>	425 590	476 328	530 173

13 IMPACTS ET BENEFICES ATTENDUS DE L'INVESTISSEMENT DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Cette analyse présente l'impact estimé de la mise en œuvre des SSP 2022-2026 selon le niveau d'efficacité pour les différents scénarii de couverture. Les chiffres d'impact obtenus ont été estimés en supposant que les chiffres de 2021 ne changeront pas jusqu'en 2026 par rapport aux estimations de l'augmentation de la couverture au cours des cinq prochaines années.

Sur le plan sanitaire, les hypothèses de base pour ces estimations sont que les interventions en matière de santé et les scénarii de couverture ont produit des résultats ou des changements d'impacts fondés sur leurs contributions supposées et planifiées jusqu'en 2026. Ces impacts présentés sont illustratifs de la situation attendue mais peuvent être sous estimés car par exemple ne prenant pas suffisamment en compte les impacts issus des interventions de promotion pour lesquels les évidences scientifiques ne sont pas généralement encore établies. C'est donc la modélisation des interventions à haut impacts démontrée dans l'outil Onehealth/List, partant des taux de couverture de base nationaux en 2021, qui a produit les résultats en termes d'impact (nombre de vies sauvées, réduction attendue des taux de mortalités) et d'effet (nombres de cas de maladies évitées par exemple). Sur la base des augmentations projetées de la couverture des différents scénarii, les résultats indiquent que les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et le ratio de mortalité maternelle diminueraient considérablement d'ici 2026.

Les graphiques 21 présentent le niveau de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la diminution du ratio de mortalité maternelle par scénario. Ainsi la mise en œuvre des interventions de soins de santé primaires réduirait le taux de mortalité infanto juvénile de 28%, 33% et 45% respectivement pour les scénarii minimal, moyen et ambitieux. Ces résultats engendrés par les SSP permettraient au Cameroun d'emboîter le pas sur l'atteinte des ODD à hauteur de 41%, 49% et 65%.



Graphique 20: le niveau de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la diminution du ratio de mortalité maternelle par scénario

Tableau 8: Taux de réduction du TMIJ (2026) et contribution à l'atteinte des ODD (2030)

Scénario	Taux de réduction du TMIJ (2026)	Contribution à l'atteinte des ODD (2030)
Scénario minimal	28%	41%
Scénario moyen	33%	49%
Scénario ambitieux	45%	65%

En ce qui concerne la santé maternelle, l'impact attendu se traduirait par une réduction du ratio de mortalité maternelle de 21%, 27% et 39% respectivement pour les scénarii minimal,

moyen et ambitieux. Le graphique ci-dessous présente la réduction du taux de mortalité maternelle de 2022 à 2026 pour les différents scénarii.



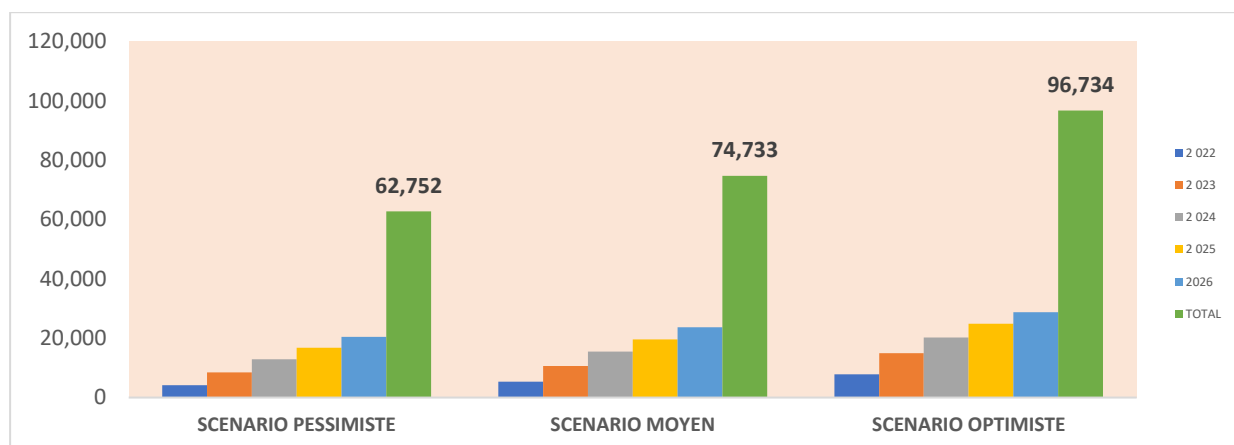
Graphique 21: ratio de mortalité maternelle- décès pour 100 000 naissances vivantes

Une couverture optimale des services de santé primaires, jusqu'en 2026, permettrait de sauver de manière cumulative 96734 vies au total dans le scénario ambitieux par rapport à la situation de base. Le scénario moyen permettrait quant à lui de sauver 74 733 vies au total et le scénario pessimiste 62 752 vies. Les impacts sanitaires correspondant aux scénarii de couverture minimale et moyenne sont relativement inférieurs au scénario de couverture ambitieuse en raison de la couverture plus faible des interventions à haut impact.

Tableau 9: Les impacts sanitaires correspondant aux scénarii de couverture

Résultats d'effets	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Scénario pessimiste						
<1 mois	2 219	4 468	6 747	8 479	9 989	31 902
1-59 mois	1 640	3 428	5 286	7 207	9 187	26 748
Maternelles	294	572	835	1 084	1 317	4102
Nombre de vies sauvées	4 153	8 468	12 868	16 770	20 493	62 752
Scénario moyen						
<1 mois	2 500	4 919	6 793	8 076	9 311	31 599
1-59 mois	2 520	5 166	7 804	10 396	12 929	38 815
Maternelles	292	581	867	1 150	1 430	4320
Nombre de vies sauvées	5 312	10 666	15 464	19 622	23 669	74 733
Scénario optimiste						
<1 mois	3 567	6 592	8 145	9 443	10 500	38 247
1-59 mois	3 809	7 544	10 968	13 999	16 609	52 929

Maternelles	467	856	1 176	1 432	1 629	5 560
Nombre de vies sauvées	7 843	14 992	20 288	24 874	28 737	96 734



Graphique 22: Vies additionnelles sauvées par année d'impact et par scénario

Les avantages et bénéfices de l'offre de services de santé communautaires au Cameroun sur le plan sanitaire sont considérables et s'appréhendent également du point de vue des morbidités évitées dont quelques-unes sont présentées ci-dessous en fonction des différents scénarii.

Tableau 10: Résultats d'effets (nombre de morbidités évitées) par scénario

Résultats d'effets	Données de base	Scénario pessimiste		Scénario moyen		Scénario optimiste	
		Niveau en 2026	Gain	Niveau en 2026	Gain	Niveau en 2026	Gain
Nombre de femmes enceintes avec anémie	451 372	436 711	3%	386 154	14%	288 008	36%
Nombre de cas de malnutrition chronique évités (Total (0-59 mois))	15 922	59617	X 4	95 553	X 6	146 064	X 10
Années d'années de vie vécus en bonne santé (MNT)	11 367	32 897	X2,8	98 734	X8	140 073	X 12
Augmentation du taux d'allaitement maternel exclusif par rapport à l'année de base (36,9%)	36,9%	41%	11%	47%	27%	52%	40%

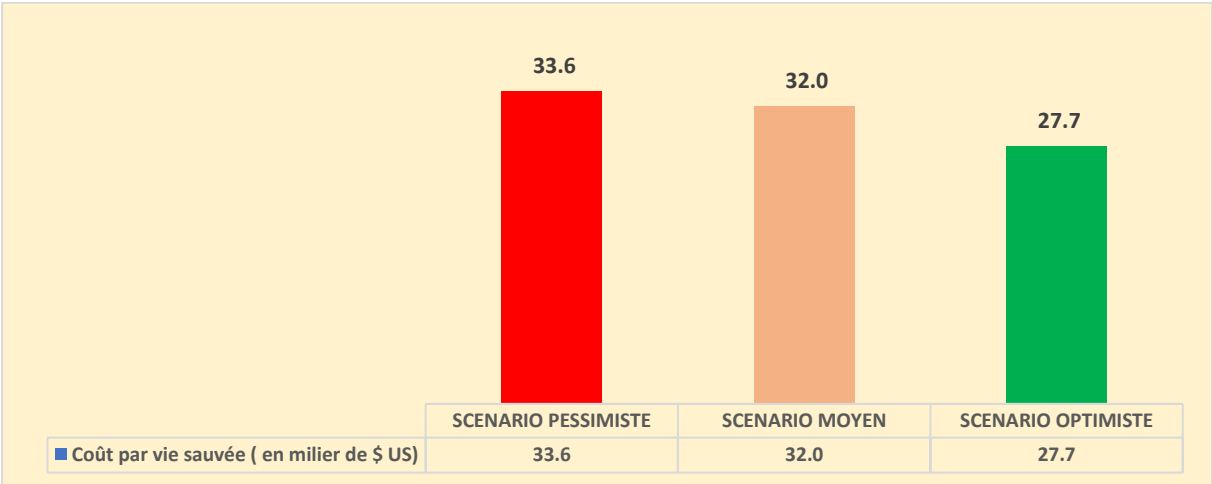
Comme le montre le tableau ci-dessus, le nombre de cas de maladies évitées évolue avec le niveau de couverture par scénario. Ainsi, le scénario ambitieux éviterait bien plus de cas de maladies que le scénario pessimiste, ce qui peut atteindre dans certains cas au tour de 5 fois plus de gains. Le nombre de femmes enceintes avec anémie attendu va baisser de 451 372 en année de base à 288008 en 2026 avec le scénario optimiste soit un gain de plus de 36%. Ces taux sont estimés à 3% et 14% respectivement pour les scénarii pessimistes et moyen. Le nombre de cas de retard de croissance qui seraient évités va quasiment être multiplié par 10 en passant de la donnée de base au niveau attendu en 2026 pour le scénario ambitieux. Cela représente également un résultat important pour les 2 autres scénarii. Également en ce qui concerne la lutte contre les maladies non transmissibles, ce sont plus de 12 fois plus de vies avec une meilleure qualité (en bonne santé) qui seraient gagnées par les patients. Enfin l’offre de services des SSP va contribuer à l’augmentation du taux d’allaitement maternel exclusif qui pourrait passer de 36,9% à plus de 41%,47% et 52% respectivement pour les scénarii minimal, moyen et ambitieux.

Il faut rappeler que le degré d'atteinte de ces résultats dépendra de nombreux facteurs, notamment la capacité à lever les goulots d'étranglement potentiels et directs liés au système de santé mais également à d'autres actions et facteurs au plan multisectoriel. Il est impératif de lever ces goulots d'étranglement afin que les investissements consentis pour les soins de santé primaires aient l'impact attendu.

14 COÛT-EFFICACITÉ PAR SCÉNARIO

Le repositionnement des SSP au Cameroun nécessite une mobilisation de ressources conséquentes pour la période 2022-2026, mais comme nous venons de le démontrer les impacts au plan sanitaire seront très considérables. Selon la modélisation par scénario, le rapport entre les coûts et les résultats en termes de vies sauvées montre que tous les scénarii promettent un rapport coût-efficacité attendu significatif. Le tableau XX présente une comparaison des rapports coût-efficacité des scénarii pessimistes, moyen et ambitieux.

On constate que le scénario qui s’appuie sur une couverture ambitieuse au plan national se distingue par son niveau de rentabilité avec un coût moyen par vie sauvée de 27 712 US \$ contrairement aux deux autres (pessimiste 32 004 US \$) et (moyen 33 415 US \$). Le scénario ambitieux, bien qu’il nécessite un financement et un investissement plus importants contrairement aux deux autres scénarii, produirait des résultats d’impact spectaculaires qui prendront le dessus sur le niveau de ressources nécessaires.



Graphique 23: Comparaison des rapports coût-efficacité par scénario en millier de US \$.

15 IMPACTS & AVANTAGES AU PLAN MULTISECTORIEL ET LE RETOUR SUR INVESTISSEMENT

Au-delà de l'impact au plan sanitaire, l'intensification des financements au profit des SSP est susceptible de produire des bénéfices directs et indirects considérables au niveau des autres secteurs (éducation, économie, développement, etc.). Ces bénéfices peuvent être directes et indirectes, cette analyse a permis de présenter quelques résultats et principalement au plan économique pour le scénario ambitieux.

Au regard du nombre important de patients qui fréquentent les FOSA de premier contact, le développement du niveau primaire nécessite le recrutement de ressource humaine additionnelle au niveau des FOSA estimé à plus de 24 000. Par ailleurs, cela va induire le développement des infrastructures et équipements, d'une ressource humaine qualifiée pour la maintenance, le développement du secteur pharmaceutique :

- Le domaine des infrastructures et équipements sanitaires avec les constructions, les réhabilitations et les équipements que cela va nécessiter, devrait constituer une source de création d'au moins 10 000 emplois.
- Un volet aussi important reste l'entretien et la maintenance de tous ces investissements occasionnés par la mise à niveau des soins de santé primaire. Cette composante qui est souvent négligée devrait être assurée avec un niveau de main d'œuvre qualifiée estimé à 20 600 nouveaux emplois.
- L'approvisionnement en médicament pour assurer un accès aux médicaments à toute la population nécessite des ressources financières annuelles évaluées à \$ 595 708 242. Ces investissements devraient générer des chiffres d'affaires qui connaîtront rapidement des augmentations par rapport aux besoins nationaux occasionnés par l'augmentation de couverture des SSP. L'impact sur l'économie nationale se traduirait par une création d'environ 18 730 emplois.

En termes d'emplois créés pour ces domaines analysés, ce sont au moins 73 657 emplois qui contribueraient ainsi à la réduction du taux de chômage. Le tableau 11 ci-dessous présente la synthèse des retombées en termes de création d'emploi pour soutenir la croissance économique.

Tableau 11: Nombre d'emplois générés par les secteurs socio-économiques

Secteurs socio-économiques	Nombre d'emplois
Ressources humaines du secteur de la santé	24327
Construction, maintenance des équipements médicaux et de l'entretien des infrastructures	30 600
Secteur pharmaceutique	18730
TOTAL	73 657

Une intensification des interventions des SSP à l'endroit des populations camerounaises serait donc un investissement porteur pour l'économie du pays et son avenir. Sur la base des résultats en terme de création d'emplois présentés ci-haut et prenant en compte d'autres estimations basées sur les vies potentiellement sauvées et les années de vies en bonne santé gagnées, les SSP pourraient contribuer à engendrer une augmentation de plus de 10 milliards de dollars sur la productivité économique nationale (2022-2026). Ces estimations des

avantages économiques reposent sur une méthodologie conservatrice qui ne reflète pas nécessairement tous les avantages potentiels associés à l'intensification des SSP.

L'analyse coût-bénéfice est un outil d'évaluation économique couramment utilisé par les décideurs, les techniciens et les chercheurs pour évaluer la valeur monétaire des avantages des interventions par rapport à leurs coûts. Les taux élevés de mortalité et de morbidité ont un impact négatif sur le capital humain d'une nation. À l'inverse, la réduction desdits taux augmente significativement la productivité économique globale, mesurée par le PIB par habitant qui peut varier de 4 à 11% en Afrique et en Asie (Horton et Steckel 2013).

Les estimations de gains économiques nous permettent d'arriver à des approximations du retour sur investissement attribuable à une mise en œuvre espérée des SSP. Le ratio coût-bénéfice est calculé en divisant le total des avantages actualisés par le total des coûts actualisés. C'est la mesure la plus appropriée pour ce type d'analyse. Un ratio coût-bénéfice supérieur à 1 signifie que les avantages du programme l'emportent sur ses coûts. Dans ce cas de figure, le scénario ambitieux, serait un bon investissement économique, car l'investissement fournirait un ratio coût-bénéfice de 3,7³ d'ici 2026, et pourrait atteindre 7 \$ us en 2030.

16 CONCLUSION ET IMPLICATION DE POLITIQUES



L'approche analytique utilisée pour évaluer les avantages coût-bénéfice des SSP, permet au gouvernement et à ses partenaires au développement d'estimer les besoins de financement sur une base rationnelle et justifiable, afin d'allouer les dépenses en conséquence dans un environnement où le financement et les capacités sont limités. Le niveau actuel de l'état de santé de la population camerounaise, bien qu'il soit moins dégradé que les autres pays de la région nécessitent des efforts pour le réduire significativement avec les SSP comme la solution dans la mesure où, nous l'avons montré, plus de 82% des patients sont pris en charge à ce niveau. Comme ailleurs, l'étude a montré que le renforcement et le repositionnement des SSP au Cameroun

pourrait générer un retour sur investissement élevé avec des avantages économiques et sociaux considérables et réduire considérablement la mortalité et la morbidité évitable chez les populations, faisant progresser les objectifs nationaux de réalisation de la couverture sanitaire universelle. Les SSP constituent ainsi l'un des meilleurs placements que le pays puisse réaliser pour contribuer à son émergence et son développement. En outre, les SSP qui incluent le volet communautaire pourraient réduire considérablement les coûts supportés par les populations dans l'accès aux services du fait de la proximité de l'offre. De ce fait, les hôpitaux seront moins engorgés pour des problèmes de soins de santé primaires avec une réduction significative des difficultés de fonctionnement, et surtout une optimisation de l'utilisation des ressources financières nécessaires. La qualité des prestations sera aussi améliorée avec une satisfaction plus accrue de la clientèle. D'autres actions autour des médicaments permettraient de limiter le recours massif à l'importation des médicaments en luttant efficacement contre le trafic des faux médicaments.

Quel que soit le scénario de couverture envisagé pour les SSP au Cameroun, les résultats sont importants et prometteurs. On estime que le nombre de services de santé délivrés va

³ Le ratio coût-bénéfice a été estimé avec un taux d'actualisation de 5%

augmenter progressivement avec le niveau d'investissement pour atteindre un coût total de 1 190,7 milliards FCFA (2,1 milliards USD) pour le scénario de couverture pessimiste; 1 340,2 milliards FCFA (2,3 milliards USD) pour le scénario de couverture moyenne et 1 506,5 milliards FCFA (2,6 milliards USD) pour le scénario de couverture ambitieuse. Bien que ces niveaux d'investissement semblent onéreux, notamment pour le scénario ambitieux, ces ambitions assureraient des résultats inespérés pour le Cameroun dans plusieurs domaines. En effet, jusqu'en 2026 et sur la base des efforts projetés pour la couverture des SSP, le scénario ambitieux, le plus productif, contribuerait entre autres à l'atteinte des résultats suivants :

- Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans serait réduit de **45%** passant de **80/1 000** naissances vivantes à **45/1 000** naissances vivantes garantissant déjà 50% l'atteinte des ODD en la matière.
- Le taux de mortalité maternelle serait réduit de **39%** passant de **406/100 000** naissances vivantes à **248/100 000** naissances vivantes ;
- Plus de **96 734** vies supplémentaires cumulées d'enfants de moins de cinq ans et de mères seraient épargnées pendant la période 2022-2026
- Le nombre annuel de cas de retard de croissance évités chez les enfants de 0 à 59 mois va augmenter chaque année pour atteindre plus de 146 064 cas supplémentaires évités en 2026.
- Un gain de 36% sur la réduction des cas d'anémie ferriprive sera enregistré passant de 451 372 cas en année de base à 288 008 en 2026.
- Une augmentation pour atteindre 52% en 2026 du taux d'allaitement maternel exclusif par rapport à l'année de base (36,9%).
- Un gain substantiel de 140 073 années de vie vécues en bonne santé seraient enregistré grâce à la mise à l'échelle des interventions de SSP en ce qui concerne la lutte contre les maladies non transmissibles.
- L'accès universel aux services d'un paquet de base sur tout le territoire, à tous les niveaux et dans le cadre des SSP pour toute la population particulière les mères et les et enfants serait atteint.

En outre, l'opérationnalisation de mesures de renforcement des SSP devrait permettre de générer un retour au plan économique en termes d'emplois directs évalués à 72 657 comprenant les RH pour la santé et issus des secteurs de la pharmacie, de la construction et de la maintenance. L'estimation des bénéfices économiques sous forme d'une augmentation de productivité et de rémunération génère un retour sur investissement de 3,7 \$ US sur la période de 2022 à 2026, en ce sens que pour chaque dollar investi, le pays pourrait retirer plus de 3,7 dollars mais qui devrait atteindre plus de 7\$ US en 2030. Il convient de noter que les conclusions tirées quant à l'ampleur des avantages présentés par cette analyse sont sous-estimés et ne tiennent pas compte d'autres gains importants qui n'ont pas été quantifiés.

Cette analyse a montré qu'au vu des bénéfices importants enregistrés dans la mise en œuvre des SSP, les coûts générés devraient être finançables par l'état camerounais et les autres sources de financement mobilisables pour le secteur. Il est important de notifier des implications de politiques et des réformes nécessaires pour accompagner de manière efficace le repositionnement des SSP. Ce sont entre autres :

- Les déficits observés en ressources aussi bien au niveau des infrastructures, des équipements et des ressources humaines en ce qui concerne les structures de SSP à l'échelle nationale devraient combler de façon progressive en commençant prioritairement par les régions les plus défavorisées et ceci sur la période des 5 ans.

- Développer et renforcer le secteur pharmaceutique pour améliorer la disponibilité de médicaments et produits de qualité à des coûts abordables pour couvrir de façon durable au moins 80% des besoins nationaux. Ces actions devraient inclure la lutte efficace contre le trafic et la vente des faux médicaments.
- Afin de pouvoir assurer une fonctionnalité optimale avec des durées de vie adéquates pour les équipements médicaux chèrement acquis, un plan de maintenance essentiellement préventive à tous les niveaux devrait conçu et mis en œuvre.
- Avec un nombre très élevé de structures de soins privés (ce qui entraîne une atteinte des normes : 1CSI pour 4 274 habitants), le développement des SSP passe par une bonne implication et un partenariat avec le secteur privé et cela dans les différents domaines d'intervention (offre de soins, pharmacie/ médicament, maintenance, etc.). L'Etat devrait veiller à renforcer ce l'encadrement et le contrôle incluant des mesures d'accréditations du secteur privé afin de garantir un niveau de qualité selon des normes de leurs interventions.
- Assurer le financement des coûts de mise à l'échelle estimés, passent par le renforcement dès la mobilisation des ressources domestiques: Etat, les collectivités territoriales et décentralisées dans leur rôle de soutien à l'offre des services de santé, le secteur privé et les populations. Les mécanismes innovants de mobilisation des ressources internes devraient être identifiés et mise en application, ainsi qu'un plan de plaidoyer de haut niveau à développer à partir de ce document et les autres précédents permettant une mobilisation de l'état et des bailleurs extérieurs

17 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arora S. Health, human productivity and longer-term economic growth. *Journal of Economic History*, 2001, 63:699–749.
2. Arora S. Health, human productivity and longer-term economic growth. *Journal of Economic History*, 2001, 63:699–749.
3. Barro RJ. Health, human capital and economic growth. Washington DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1996.
4. Bhargava A, et al. Modeling the effects of health on economic growth. *Journal of Health Economics*, 2001, 20:423–40.
5. Bloom DE, Canning D, Jamison DT. Health, wealth and welfare. *Finance and Development*, 2004, 41:10–15.
6. Carte sanitaire de la Côte d'Ivoire, Abidjan, bnetd- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2015
7. Country profil Côte d'Ivoire CHERG WHO UNICEF 2014
8. Dahn B, Woldemariam A, Perry H, Maeda A, von Glahn D PR et al., 2015. Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment Case and Financing Recommendations. À consulter sur : <https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf>
9. <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=CJ>
10. http://www.tresor.economie.gouv.fr/13094_budget-cote-divoire-2016
11. Le Ministère de la Santé Publique du Cameroun, document de politique nationale de santé communautaire, 14 octobre 2016
12. Le Ministère de la Santé Publique du Cameroun, Guide National d'Intégration des interventions sous directives communautaires au Cameroun, Septembre 2016
13. Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
14. Mayer D et al. Health, growth and income distribution in Latin American and the Caribbean: a study of determinants and regional and local behaviour. Washington DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2000.
15. Ministère de la santé publique, cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant en république démocratique du Congo, 21 Mai 2013
16. Ministère de la Santé, Burkina Faso, Dossier d'investissement en santé communautaire au Burkina Faso (2019 - 2023), Janvier 2019.
17. Organisation mondiale de la santé. "Analysing Health Sector Financing and Expenditure." Disponible sur https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/module_06/en/index10.html
18. Organisation mondiale de la santé. Identifying implementation bottlenecks for maternal and newborn health interventions in rural districts of the United Republic of Tanzania [Internet]. OMS. Disponible sur : <https://www.who.int/bulletin/volumes/93/6/14-141879/en/>
19. Perry H, Christian M, Friberg I. How Many Lives of Mothers and Children Could Be Averted by Strengthening Community-based Primary Health Care? An Analysis Using the Lives Saved (LiST) Tool. Manuscript under review, 2015. Assume 90% population coverage of interventions.
20. Rapport Annuel sur la Situation sanitaire, Abidjan, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2015.
21. Rapport de la cartographie des SONU 2010.
22. Rapport sur la Situation des enfants en Côte d'Ivoire, Abidjan, UNICEF, 2014.

23. Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status, *Journal of Economic Perspectives*, 1999, 13:145–166.
24. Tanahashi T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295–303. Available at : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
25. UNICEF, 2016. UNICEF Health Systems Strengthening Approach. Available at : <https://www.unicef.org/media/60296/file>
26. World Food Programme and UNICEF, 2014. The Case for Investment in Nutrition in Sudan. À consulter sur : https://www.avenirhealth.org/download/OHTCountryApplications/PDF/150619%20P893_UNICEF_Investment_Case_Collated_v3.Pdf
27. World Health Organization, 2018. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Available at : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1&ua=1>

18 ANNEXES

Annexe 1 : Liste de l'équipe de t'étude

	MEMBRES DU GROUPE TECHNIQUE NATIONAL DE SUIVI DES ISDC AU CAMEROUN
1	Pr Njock Louis Richard SG/MINSANTE
2	Pr Sobngwi Eugene DOSTS/MINSANTE
3	Dr Hassan Ben Bachir/ DCOOP
4	Dr Achu Dorothy SP/PNLP
5	Dr Ze kakanou DRFP/MINSANTE
6	Dr Bisso SP/PNLT
7	Dr Hadja Hamsatou SP/CNLS
8	Dr Essomba/ PLMNI
9	Dr Biholong SP/PNLO
10	Dr Hassan Ben Bachir/ DCOOP
11	Mme Koa Elisabeth CSPC/DOSTS
12	Mr Efouba Polycarpe DOSTS
13	Mme Ebene Jacky /DOSTS
18	Dr kwake simon /Plan International
19	Mme Olivia /MFH
20	Mr MGBA Avezo'o/RESYPAT
21	Mr Josselin Guillebert/GIZ
22	Mr Tchoffo Paul/GIZ
23	Mme Manga Madeleine/GIZ
24	Dr Tchoffa José/PMI
25	Dr Jean Yves Mukamba/PMI
26	Mr Tchinda Eric /JHPIEGO
27	Dr Kouo Ngamby Marquise UNFPA
28	Dr METUGUE/REACH OUT
29	MME NGUELA RACHEL/CRS
	EQUIPE DES CONSULTANTS ET ENCADREMENT TECHNIQUE
01	Mr Yao Christian Economiste de la sante Consultant Lead

02	Dr Ndong a Bessong Prosper Medecin de Sante Publique consultant national
03	Dr Leonard Kouadio Chef Section Sante-VIH UNICEF Cameroun
04	Dr Bacha Abdelkader chief HIV, Section Sante-VIH UNICEF Cameroun
05	Dr Basile Keugoung HIV specialist,Section Sante-VIH UNICEF Cameroun
06	Dr Belyse Ngum Halmatha , Health specialist Section Sante-VIH UNICEF Cameroun
07	Dr Moluh Seidou, consultant Section Sante-VIH UNICEF Cameroun
08	Dr Suzie Villeneuve, Chef section Sante-VIH UNICEF bureau regional Dakar
09	Mr Zakarie Fotso, Charge du suivi-evaluation au bureau regional UNICEF Dakar
10	Dr Bissouma Tania /OMS
	COLLECTE DES DONNEES : SUPERVISEURS CENTRAUX
01	Embga Bitha Henry /DOSTS
02	Dr Zoa Ottou Ange Michel /DOSTS
03	Enebikuine Betilene Didier/DRFP
04	Mr Owona Etoga Francis/DEP
05	Koa Elisabeth /DOSTS
06	Mve Arnold Blaise /MINEPAT
07	Thelma Titanji /DOSTS
08	Ichu Kenneth Omie /CS
09	Mbuih Idrisu /SDSSP
10	Awono Polycarpe /DOSTS
	ANALYSE DES DONNEES: STATISTIENS
01	Dr Martial Elvis Semondji
02	Ozelamonyuy Abdou Rahaman
03	Marie Louise Onana Ondoua
04	Bafon Wilfried
05	Jemia Gordon Nchami
06	Tchida Tiotsap Maxwell
	EQUIPE DE RELECTURE
01	GWOS BAKINDE Jean Bienvenu/CI-MINSANTE
02	BINGAN Samuel/DRSP Sud
03	OWONA Junior/ONSP

04	MEDZENGUE Agathe Valentine/DOSTS
05	MBARGA MEWASSI Georges/MINEPAT
06	MVE Blaise Arnold/MINEPAT
07	MEBARA Sylvain/UNICEF
08	Dr KAMGA SIMO
09	MR EYENGA AMOUR/DRH
10	MR BANDOLO/CT2
11	DR EBONGO/DSF
12	DR ETOUNDI MBALLA/ DLMEP
13	PROF. BISSEK/DROS
14	MR MEKOK NDONGO/SDP
15	MR SAIDOU/SDPAT
16	DR TJEK BIYAGA/SDSR
17	PROF.TCHUEM TCHUENTE/SP SHISTO
18	DR BAYE MARTINE /PLMNI
19	DR ACHU DOROTHY/SP/PNLP
20	DR NGO SACK PATRICIA/DPS/NUTRITION
21	DR BISSO/SP/PNLT
22	DR TCHOFFE SHALOM/SP/PEV
23	POF BELLA ASSOUMPTA/SP/CECITE
24	MME NGAH MINKEGUE MARTHE/PNLT

Annexe 2: Liste des paquets et sous paquets de services des SSP

CENTRE DE SANTE INTEGRE	CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT	HOPITAL DE DISTRICT
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction
Planification familiale	Planification familiale	Planification familiale
Soins prénatals	Gestion des soins de grossesse extra-utérine	Gestion des soins de grossesse extra-utérine
Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse	Soins prénatals	Soins prénatals
Soins à l'accouchement - accouchements dans un établissement de santé	Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse	Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse
Soins à l'accouchement - Autres	Soins à l'accouchement - accouchements dans un établissement de santé	Soins à l'accouchement - accouchements dans un établissement de santé
Autres maladies sexuellement transmissibles et santé reproductive	Soins à l'accouchement - Autres	Soins à l'accouchement - Autres
	Autres maladies sexuellement transmissibles et santé reproductive	Autres maladies sexuellement transmissibles et santé reproductive
Santé infantile	Santé infantile	Santé infantile
Gestion de la diarrhée	Gestion de la diarrhée	Gestion de la diarrhée
Pneumonie	Pneumonie	Pneumonie
Paludisme	Paludisme	Paludisme
Rougeole	Rougeole	Rougeole
Vaccination	Vaccination	Vaccination
Le Programme élargi de vaccination PEV est assurée	Le Programme élargi de vaccination PEV est assurée	Le Programme élargi de vaccination PEV est assurée
Paludisme	Paludisme	Paludisme
Prévention	Prévention	Prévention
Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
VIH/SIDA	VIH/SIDA	VIH/SIDA
Prévention - selon l'établissement de coûts du programme	Prévention - selon l'établissement de coûts du programme	Prévention - selon l'établissement de coûts du programme
Prévention - Autres	Prévention - Autres	Prévention - Autres

CENTRE DE SANTE INTEGRE	CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT	HOPITAL DE DISTRICT
Soins et traitement	Soins et traitement	Soins et traitement
Diagnostics/lab costs for HIV+ in care	Diagnostics/lab costs for HIV+ in care	Diagnostics/lab costs for HIV+ in care
La lutte contre la TUBERCULOSE est assurée	La lutte contre la TUBERCULOSE est assurée	La lutte contre la TUBERCULOSE est assurée
Nutrition	Nutrition	Nutrition
Femmes enceintes et allaitantes	Femmes enceintes et allaitantes	Femmes enceintes et allaitantes
Enfants	Enfants	Enfants
Eau, Assainissement et Hygiène	Eau, Assainissement et Hygiène	Eau, Assainissement et Hygiène
L'eau, l'hygiène et l'assainissement sont assurés	L'eau, l'hygiène et l'assainissement sont assurés	L'eau, l'hygiène et l'assainissement sont assurés
Les maladies non transmissibles	Les maladies non transmissibles	Les maladies non transmissibles
HTA & diabètes	HTA & diabètes	HTA & diabètes
Pathologie respiratoire	Pathologie respiratoire	Soins buccaux et cancer
Interventions des politiques publiques - sous le chiffrage programmatique	Interventions des politiques publiques - sous le chiffrage programmatique	Pathologie respiratoire
La lutte contre le Cancer est assurée	La lutte contre le Cancer est assurée	Interventions des politiques publiques - sous le chiffrage programmatique
La lutte contre le Tabagisme est assurée	La lutte contre le Tabagisme est assurée	La lutte contre le Cancer est assurée
Troubles mentaux, neurologiques, et de toxicomanie	Troubles mentaux, neurologiques, et de toxicomanie	La lutte contre le Tabagisme est assurée
La lutte contre l'Alcoolisme est assurée	La lutte contre l'Alcoolisme est assurée	Troubles mentaux, neurologiques, et de toxicomanie
La lutte contre l'épilepsie est assurée	La lutte contre l'épilepsie est assurée	La lutte contre l'Alcoolisme est assurée
La Santé mentale est assurée	La Santé mentale est assurée	La lutte contre l'épilepsie est assurée
Santé des adolescents	Santé des adolescents	La Santé mentale est assurée
La compétence à la vie courante est assurée	La compétence à la vie courante est assurée	Santé des adolescents

CENTRE DE SANTE INTEGRE	CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT	HOPITAL DE DISTRICT
Maladies tropicales négligées	Maladies tropicales négligées	La compétence à la vie courante est assurée
La lutte contre la Lèpre est assurée	La lutte contre la Lèpre est assurée	Maladies tropicales négligées
La lutte contre l'Ulcère de Buruli est assurée	La lutte contre l'Ulcère de Buruli est assurée	La lutte contre la Lèpre est assurée
La lutte contre la Trypanosomiase humaine africaine est assurée	La lutte contre la Trypanosomiase humaine africaine est assurée	La lutte contre l'Ulcère de Buruli est assurée
La lutte contre le Ver de Guinée est assurée (selon les districts ciblés)	La lutte contre le Ver de Guinée est assurée (selon les districts ciblés)	La lutte contre la Trypanosomiase humaine africaine est assurée
La lutte contre la schistosomiase et les parasitoses intestinales est assurée	La lutte contre la schistosomiase et les parasitoses intestinales est assurée	La lutte contre le Ver de Guinée est assurée (selon les districts ciblés)
La lutte contre L'Onchocercose/ la Filariose Lymphatique est assurée	La lutte contre L'Onchocercose/ la Filariose Lymphatique est assurée	La lutte contre la schistosomiase et les parasitoses intestinales est assurée
La lutte contre les maladies émergentes est assurée	La lutte contre les maladies émergentes est assurée	La lutte contre L'Onchocercose/ la Filariose Lymphatique est assurée
		La lutte contre les maladies émergentes est assurée

Annexe 3: Coût totaux d'un échantillon d'interventions à haut impact du paquet de services des SSP

Note : Ces coûts estimés par intervention donne une idée sur le montant total nécessaire pour la prise en charge d'un patient/individu devant recevoir les prestations pour un épisode de maladie et sans distinction de source de financement. Tout se passe comme si c'est la FOSA qui supportait toutes les charges alors que nous savons que la plupart du personnel est pris en charge par l'Etat, les médicaments supportés généralement par le patient, etc. Pour cela ces informations devraient être utilisées avec prudence.

Par ailleurs, ce sont des coûts considérés de normatifs car issus des protocoles inscrits dans l'outil OHT, ce qui peuvent être plus ou moins élevés par rapport au coût réel/observé.

Les coût totaux calculés comprennent 3 catégories :

- ✓ Les coûts des médicaments, produits et intrants nécessaires à la prise en charge
- ✓ Les coûts des ressources humaines sur la base du temps en (mn) consacré à la pris en charge du patient
- ✓ Les frais généraux supportée par la FOSA pour la prestation de soins appréhendée à travers les tarif appliquées soit :
 - 600 F CFA pour une consultation générale au niveau des CSI, CMA et HD
 - Consultations de spécialité entre 2000 F et 5000 F par visite
 - 10000 F CFA pour un séjour d'hospitalisation inférieur ou égale à 10 jours

Enfin, ces coûts sont estimés sur une base annuelle, c'est à dire par exemple qu'il est pris en compte le nombre de fois que la prestation doit se réaliser pour soigner le patient au cours d'une année. Par

exemple, si l'enfant doit recevoir 3 doses de vaccin étalée au cours d'une année, les différents ingrédients sont comptabilisés 3 fois, il s'agit donc des intrants et traitements nécessaires et il en ai de même pour les ressources humaines et les tarif appliqué par prestation.

PAQUETS/INTERVENTIONS	Coûts médicament et intrants	Coût ressources humaine	Tarifs en cas de visite/ consultation/ Hospitalisation	COÛT TOTAL (par patient par an)
VACCINATION				
Vaccin contre le rotavirus	2713	845	1200	4757
Vaccin contre la rougeole	413	422	1200	2035
Vaccination DTC	1073	1267	1800	4140
Vaccin Hib	6033	1267	1800	9100
Vaccin contre l'Hépatite B pour prévenir le cancer du foie	13367	1267	1800	16434
Vaccin contre la polio	314	845	2400	3559
Vaccin BCG	331	422	600	1353
Vaccin contre le pneumocoque	5421	776	1800	7997
Vaccin contre le VPH	5302	422	1200	6925
Santé infantile				
Déparasitage (enfants)	45	211		256
SRO pour la diarrhée	140	1056	600	1796
Traitement de la diarrhée grave	2026	10559	10600	23185
Traitement de la pneumonie (enfants)	188	2112	1800	4100
Traitement de la pneumonie grave	4406	27453	13000	44859
Traitement pour le paludisme (enfants 0-4)	1834	2112	1200	5145
Treatment of severe malaria (children 0-4)	4828	11615	11200	27643
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction				
Planification familiale				
Pilule - Régime standard journalier	3580	2640	2400	8620
Injectable - 3 mois (Depo Provera)	4575	3696	2400	10671

PAQUETS/INTERVENTIONS	Coûts médicament et intrants	Coût ressources humaines	Tarifs en cas de visite/ consultation/ Hospitalisation	COÛT TOTAL (par patient par an)
Stérilet - Cuivre -T 380-A (10 ans)	739	5807	1800	8347
Implant - Jadelle (5 ans)	4290	6335	1800	12425
Gestion des complications d'avortement				
Prise en charge des cas post-avortement	9083	32422	10600	52105
Gestion des soins de grossesse extra-utérine				
Prise en charge de cas extra-utérine	15988	68348	10600	94935
Soins prénatals				
Soins prénatals de base	9877	4224	3600	17701
Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse				
Prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse	2879	5280	3000	11159
Soins à l'accouchement - accouchements dans un établissement de santé				
Prise en charge de travail et la accouchement	3314	51180	10600	65094
Traitement des infections locales (nouveau-né)	2515	1584	1200	5299
Prise en charge de la dystocie	11981	99354	14200	125535
Soins à l'accouchement				
Corticostéroïdes prénatals pour travail avant terme	1979	7391	11200	20570
Soins post-accouchement - Traitement de la septicémie				
Prise en charge des cas septicémie maternelle	23973	25342	13000	62315
Autres maladies sexuellement transmissibles et santé reproductive				
Traitement de la syphilis	2553	4084	1200	7837
VIH/SIDA				
PTME	12815	29565	2400	44781
TAR (première ligne) Adultes	89154	16894	4800	110849
TAR pédiatrique	68541	12671	3000	84212

PAQUETS/INTERVENTIONS	Coûts médicament et intrants	Coût ressources humaines	Tarifs en cas de visite/ consultation/ Hospitalisation	COÛT TOTAL (par patient par an)
Nutrition				
Supplémentation quotidienne en acide folique et fer (femmes enceintes)	1333	845	1200	3378
Conseil en allaitement et soutien	0	3168	2400	5568
Renforcement à domicile des aliments avec des poudres enrichies en micronutriments multiples (enfants de 6-23 mois)	2397	4752	1200	8349
Supplémentation en vitamine A pour nourrissons et enfants 6-59 mois	78	634	3600	4312
Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (enfants)	25664	2640	1800	30104
Prise en charge de la malnutrition sévère (enfants)	30292	95031	13600	138923