



MINSANTE
Ministère de la Santé Publique



**RAPPORT
DE SUIVI DES
100 INDICATEURS
CLES DE SANTE AU
CAMEROUN
EN 2021**

FOCUS SUR LA CSU & COVID-19

© UNICEF/UNI325653/Dejongh

Août 2022

Bloomberg
Philanthropies



Data Impact Program



Vital
Strategies



Organisation
mondiale de la Santé
Cameroun

SOMMAIRE

.....	1
SOMMAIRE	1
LISTE DE TABLEAUX	6
LISTE DE FIGURES	8
SIGLES ET ABREVIATIONS	9
MOT DE VITAL STRATEGIES	12
REMERCIEMENTS	13
EXECUTIVE SUMMARY	14
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	17
CHAPITRE 0 : PRESENTATION DU GUIDE	20
i. OBJECTIF	21
ii. MÉTHODOLOGIE	21
iii. LIMITES	23
FOCUS CSU	24
FOCUS COVID	24
PROFIL DU PAYS	25
CHAPITRE 1 : INDICATEURS SUR L'ÉTAT DE SANTE	28
A. MORTALITE SELON L'AGE ET LE SEXE	29
1. Espérance de vie à la naissance (en années)	29
2. Taux de mortalité des adolescents	29
3. Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans (pour 1 000 habitants - années d'exposition)	30
4. Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)-ODD 3.2.1	31
5. Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	31
6. Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)- ODD3.2.2	32
7. Taux de mortinatalité	33
B. MORTALITE PAR CAUSE DE DECES	33
8. Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)- ODD 3.1.1	33
9. Taux de mortalité attribuable à la tuberculose (Pour 100 000 habitants)	34
10. Taux de mortalité attribuable au VIH/Sida (pour 100 000 habitants)	35
11. Taux de mortalité lié au paludisme (pour 100 000 Habitants)	35
12. Mortalité chez 30 à 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques- ODD 3.4.1	36
13. Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant-ODD 3.9.1	36
14. Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (Accès à des services WASH inadéquats) ODD 3.9.2	36
15. Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel –ODD 3.9.3	37
16. Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) –ODD 3.4.2	37

17.	Taux de mortalité lié aux accidents de la route ODD3.6.1.....	37
18.	Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors des catastrophes (pour 100 000 personnes) –ODDs 1.5.1 ; 11.5.1 ; 13.1.1.....	38
19.	Nombre de victimes d’homicides (pour 100 000 personnes) par sexe et par âge- ODD 16.1.1.....	38
C.	FÉCONDITÉ	39
20.	Taux de fécondité des adolescentes (pour 1 000 filles) âgées de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans 3.7.2	39
21.	Indice synthétique de fécondité.....	39
D.	MORBIDITE	40
22.	Nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination	40
23.	Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminés dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d’autres maladies à déclaration obligatoire.....	41
24.	Prévalence du VIH/Sida	41
25.	Incidence du VIH/Sida- ODD 3.3.1	42
26.	Prévalence de l’antigène de surface de l’hépatite B	42
27.	Incidence de l’hépatite B (pour 100 000 habitants) ODD 3.3.4	43
28.	Incidence des infections sexuellement transmissibles (IST).....	43
29.	Taux de syphilis congénitale (pour 100 000 naissances vivantes)	43
30.	Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)- ODD 3.3.2.....	43
31.	Taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants).....	44
32.	Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	44
33.	Taux d’incidence du paludisme (pour 1 000 habitants)- ODD3.3.3	45
34.	. Incidence du cancer, par type de cancer (Pour 100 000 habitants)	46
CHAPITRE II : INDICATEURS SUR LES FACTEURS DE RISQUE		48
E.	NUTRITION	48
35.	Allaitement exclusif au sein des nourrissons de 0 à 5 mois	48
36.	Initiation précoce de l’allaitement au sein	49
37.	Incidence du faible poids de naissance chez les nouveau-nés.....	49
38.	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, modéré ou grave- ODD 2.2.1.....	50
39.	Enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation modérée ou grave ODD 2.2.1	51
40.	Enfants de moins de 5 ans présentant un surpoids / une surcharge pondérale modérée ou grave ODD 2.2.2	51
41.	Prévalence de l’anémie chez les enfants de 6 à 59 mois	52
42.	Prévalence de l’anémie chez les femmes en âge de procréer	53
F.	INFECTIONS	53
43.	Prévention du VIH chez les populations clés / à risque	53
G.	FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX	54
44.	Populations utilisant un service d’eau de boisson géré de manière sûre / amélioré ODD 6.1.1	54
45.	Populations utilisant un service d’assainissement géré de manière sûre / amélioré ODD 6.2.1a &6.2.1b	54
46.	Populations utilisant principalement des combustibles et des technologies propres- ODD 7.1.2.....	55
47.	Niveau de pollution atmosphérique dans les villes ODD-11.6.2.....	55

48.	Consommation totale de l'alcool per capita / habitant de 15 ans ou plus – ODD 3.5.2.....	56
49.	Consommation du tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus standardisée selon l'âge ODD-3.a1 56	
50.	Prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge	57
51.	Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ou plus, standardisé selon l'âge	58
52.	Prévalence de l'élévation de la glycémie / diabète chez les personnes de 18 ans ou plus, ou chez les personnes sous traitement hypoglycémiant, standardisée selon l'âge	59
53.	Apport moyen en sel (Chlorure de Sodium) en gramme/jour chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge	59
54.	Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge	59
H.	TRAUMATISMES / PRATIQUES TRADITIONNELLES TRAUMATISANTES	60
55.	Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime ODD 5.2.1	60
56.	Prévalence de la violence sexuelle infligée par une personne autre que le partenaire intime ODD 5.2.2 61	
57.	Prévalence des mutilations génitales féminines / Excision – ODD 5.3.2	62
58.	Violences sexuelles sur les enfants- ODD 16.2.3.....	62
59.	Proportion des Mariages précoces- ODD 5.3.1	62
60.	Fréquence des traumatismes / Blessures attribuables aux accidents de travail – ODD 8.8.1	63
	CHAPITRE III : INDICATEUR SUR LA COUVERTURE DES SERVICES.....	64
I.	SANTE DE LA REPRODUCTION / SANTE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE ET DE L'ADOLESCENT 65	
61.	Besoins en planification familiale satisfaits par les méthodes modernes-ODD 3.7.1	65
62.	Taux de prévalence de la contraception	65
63.	Couverture par les soins anténatals (au moins 04 consultations)	66
64.	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié-ODD 3.1.2.....	66
65.	Couverture en soins post-partum / mère.....	67
66.	Couverture en soins post-natals / Nouveau-nés	67
67.	Demande de soins pour les symptômes de pneumonie	67
68.	Couverture par le traitement de la diarrhée par SRO	68
69.	Couverture par la supplémentation en vitamine A	68
J.	VACCINATIONS.....	69
70.	Taux de couverture vaccinale, par type de vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national –ODD 3.b.1.....	69
K.	SIDA.....	71
71.	Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	71
72.	Prévention de la transmission Mère-Enfant	71
73.	Couverture par la thérapie antirétrovirale (TARV)	72
74.	Suppression de la charge virale du VIH.....	73
L.	SIDA / TUBERCULOSE.....	74
75.	Couverture par le traitement préventif à l'INH des patients VIH positifs et les enfants de moins de 5 ans contact de patients tuberculeux bactériologiquement positifs	74

76.	Disponibilité des résultats des tests du VIH pour les patients TB.....	74
77.	Patients TB nouveau cas et rechutes, VIH positifs sous traitement TARV au cours du traitement TB..	75
M.	TUBERCULOSE	75
78.	Pourcentage des patients TB avec un test de sensibilité pour au moins la rifampicine	75
79.	Couverture par le traitement de la tuberculose.....	75
80.	Couverture par le traitement des patients TB résistants au traitement	76
N.	PALUDISME	76
81.	Couverture par le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse.....	76
82.	Utilisation de moustiquaires imprégnés d'insecticides.....	77
83.	Traitement des cas de paludisme confirmés	77
84.	Couverture par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent	78
O.	MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES	78
85.	Nombre de personnes ayant besoin d'une intervention contre les MTN- ODD 3.3.5.....	78
86.	Couverture par la chimiothérapie préventive des MTN sélectionnées	78
P.	DEPISTAGE ET SOINS PREVENTIFS	79
87.	Dépistage du cancer du col de l'utérus	79
Q.	SANTÉ MENTALE	79
88.	Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux sévères ou graves	79
R.	ADDICTION AUX DROGUES	79
89.	Couverture par le traitement de la dépendance à l'alcool et autres drogues- ODD 3.5.1	79
S.	SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS	81
90.	Couverture par les services de santé essentiels.....	81
CHAPITRE 4 : INDICATEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ		82
T.	QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS	82
91.	Taux de mortalité péri-opératoire	82
92.	Admission en gynéco-obstétrique à la suite d'un avortement.....	83
93.	Ratio de mortalité maternelle hospitalière	84
94.	Revue des décès maternels.....	84
95.	Taux de rétention sous traitement antirétroviral (TARV)	85
96.	Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose.....	85
97.	Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques	86
U.	ACCESSIBILITÉ	87
98.	Utilisation des services de consultations externes	87
99.	Densité et distribution des services (y compris l'accès aux services d'urgence)	87
100.	Densité de lits d'hôpitaux, pour 10 000 habitants	88
101.	Accessibilité aux médicaments essentiels clés / de base-ODD 3.b.3.....	88
V.	RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ	88
102.	Densité et distribution des ressources humaines en santé, pour 10 000 habitants.....	88
103.	Production des personnels de santé par les institutions de formation	89

W.	INFORMATION SANITAIRE	89
104.	Enregistrement des naissances-ODD 16.9.1	89
105.	Enregistrement des décès-ODD 17.19.2	89
106.	Complétude et promptitude des rapports de notification des maladies à déclaration obligatoire par les formations sanitaires.....	90
X.	FINANCEMENT DE LA SANTE	90
107.	Total des dépenses courantes de santé, en pourcentage du produit intérieur brut.	90
108.	Sources de financement intérieures publiques et privées des dépenses courantes de santé, en pourcentage des dépenses courantes de santé	91
109.	Sources actuelles de financement externes de la santé, en pourcentage des dépenses de santé courantes 91	
110.	Proportion des ménages appauvris par le paiement direct des services de santé.....	92
111.	Ratio des dépenses catastrophiques-ODD 3.8.2	92
112.	Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base- ODD 3.b.2	92
Y.	SECURITE SANITAIRE	93
113.	Indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International	93
Z.	GOVERNANCE	94
114.	Existence d'une politique sectorielle nationale / stratégie / plan	94
CHAPITRE V : INDICATEURS ADDITIONNELS		95
115.	Proportion de personnel de santé infecté.....	95
116.	Niveau de Score-card des Formations Sanitaires	95
ANALYSE FFOM		98
PROCEDURES OPERATIONNELLES STANDARDS DE COLLECTE POUR LA MISE A JOUR REGULIERE DES INDICATEURS CLES		100
BIBLIOGRAPHIE		103

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1: Estimation directe du taux de mortalité des adolescents âgés de 15 à 19 ans, de sexe masculin et féminin, pour la période de 07 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, exprimés en pourcentage de 1991 à 2018	30
Tableau 2: Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe féminin par groupe d'âge, pour la période de 06 à 7 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2018	30
Tableau 3: Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe féminin par groupe d'âge, pour la période de 06 à 7 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2018	30
Tableau 4: Evolution du quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun	31
Tableau 5: Quotient de mortalité des enfants de moins de 5ans pour 1000 naissances vivantes par régions au Cameroun.....	31
Tableau 6: Evolution du quotient de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun	32
Tableau 7:Quotient de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes par régions au Cameroun	32
Tableau 8: Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes de 1991 à 2018	32
Tableau 9: Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes au Cameroun entre 1998 et 2018	34
Tableau 10: Taux de létalité des PVVIH pour 1000 habitants	35
Tableau 11: Nombre de décès dus au paludisme pour 100 000 habitants entre 2014 et 2018	35
Tableau 12:Repartition de la mortalité par suicide par tranche d'âge et par sexe au Cameroun en 2019	37
Tableau 13: Récapitulatif des décès, disparus et personnes touchées lors des catastrophes de 2008 à 2018	38
Tableau 14: Taux de fécondité des adolescentes pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans, pour la période de trois ans ayant précédé l'enquête, au Cameroun de 1991 à 2018.....	39
Tableau 15: Indice synthétique de fécondité sur la période 1991-2018 (Nombre d'enfants par femme de 15-49 ans) par milieu de résidence au Cameroun	39
Tableau 16: Indice synthétique de fécondité par région au Cameroun en 2018	40
Tableau 17: Nombre de Cas confirmés de certaines Maladies évitables par la vaccination de 2017 à 2021.....	40
Tableau 18: Activités de vaccination supplémentaire réalisées de 2017 à 2021 au Cameroun	40
Tableau 19: Prévalence du VIH, selon l'âge et le sexe en 2018 au Cameroun	41
Tableau 20: Prévalence du VIH par région d'étude au Cameroun, de 2004 à 2018	42
Tableau 21: Prévalence du paludisme par région au Cameroun de 2017 à 2021	44
Tableau 22: Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants) de 2014 à 2021	45
Tableau 23: Données statistiques sur le Cancer au Cameroun en 2020.....	46
Tableau 24: Pourcentage de naissances vivantes qui pèsent moins de 2500 gr à la naissance / Nourrissons de faible poids à la naissance entre 2011 et 2018	49
Tableau 25: Répartition du % d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave en 2018	50
Tableau 26: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois, selon le sexe et la région de 2004 à 2018	52
Tableau 27: Nombre de clients ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH de 2018 à 2020 au Cameroun	53
Tableau 28: Proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau de boisson, selon le milieu de résidence, de 2004 à 2018 au Cameroun, exprimé en pourcentage.....	54
Tableau 29: Répartition des ménages disposant de toilettes améliorées (Chasse d'eau, Latrines améliorées) non partagées entre 2004 et 2018 au Cameroun.....	55
Tableau 30: Evolution de la population utilisant des combustibles solides / modernes pour faire la cuisine de 2011 à 2018	55
Tableau 31: Répartition de la prévalence de consommation de tabac par tranche d'âge au Cameroun en 2018 ...	57
Tableau 32: Répartition du nombre de cigarettes fumées par jours par les Hommes en fonction du milieu de résidence en 2018	57

Tableau 33: Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont subi des violences exercées par leur mari/partenaire actuel ou le plus récent, selon certaines caractéristiques sociodémographique	60
Tableau 34: Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui ont subi des violences exercées par leur épouse/partenaire actuelle ou la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographique.....	61
Tableau 35: Auteurs des violences sexuelles contre les femmes parmi les femmes qui ont déclaré avoir subi des violences sexuelles, pourcentage ayant mentionné différents types d'auteurs des violences au moment de la première expérience de violence sexuelle chez le	61
Tableau 36: Répartition par tranche d'âge des enfants ayant subi les premiers actes de violences sexuelles avant d'atteindre l'âge de 18 ans en 2018.....	62
Tableau 37: Taux de mariage précoces en 2018.....	63
Tableau 38: Pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins post-natals, deux jours après la naissance	67
Tableau 39: Demande de soins (%) pour les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'IRA au cours de 2 dernières semaines précédant les enquêtes de 2004 à 2018 au Cameroun	68
Tableau 40: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrants de la diarrhée et ayant reçu les Sels de réhydratation orale entre 1991 et 2018 au Cameroun.....	68
Tableau 41: Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamines A, au cours des 06 derniers mois précédents l'enquête, de 2004 à 2018 au Cameroun	68
Tableau 42: Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés de 2017 à 2021.....	69
Tableau 43: Répartition de la file active de 2020 par tranche d'âge	72
Tableau 44: Evolution des cas confirmés de paludisme qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention par groupe de population et par type de paludisme de 2017 à 2021	77
Tableau 45: Proportion des nouveaux cas (Patients usagers de drogues et demandeurs de traitement régulièrement enregistrés en 2021).....	80
Tableau 46: Proportion des épisodes de traitement (épisodes par centre de soin) en 2021.....	80
Tableau 47: Accouchements institutionnels et décès maternels institutionnels 2019-2020.....	84
Tableau 48: Proportion de décès maternels revus par régions en 2019 et 2020	85
Tableau 49: Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose.....	86
Tableau 50: Contribution des trois secteurs de l'offre aux consultations pour le paludisme simple, vaccination BCG et accouchement en 2019.....	86
Tableau 51: Répartition par région du ratio population / FOSA publique en 2019	87
Tableau 52: Répartition par région des taux de complétude et promptitude des rapports MAPE en 2021	90
Tableau 53: Pourcentage des principales capacités du RSI (2005) en 2020.....	93
Tableau 54: Pourcentage des principales capacités du RSI (2005) en 2021.....	93
Tableau 55: Répartition des Score-Card parmi les régions évaluées au Cameroun	96
Tableau 56: Répartition des scores obtenus par composantes PCI	96

LISTE DE FIGURES

Figure 1: Carte du Cameroun.....	25
Figure 2: Espérance de vie à la naissance par sexe, de 2009 à 2019 au Cameroun	29
Figure 3: Espérance de vie à la naissance de 2014 à 2019 Cameroun VS autres zones.....	29
Figure 4: Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes selon milieu de vie au Cameroun de 1998 à 2018.....	33
Figure 5: Evolution de la proportion de décès sur les cas traités au Cameroun entre 2011 et 2019.....	34
Figure 6: Nombre de nouvelles infections à VIH/Sida de 2000 à 2020	42
Figure 7: Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois de 2017 à 2021	45
Figure 8. Evolution de l'incidence du paludisme (pour 1000 Habitants) de 2014 à 2021 au Cameroun	45
Figure 9: Distribution des Nouveaux cas de cancers au Cameroun, 2020	47
Figure 10: Evolution de l'allaitement exclusif au sein des nourrissons de 1991 à 2018 au Cameroun, exprimé en pourcentage.....	49
Figure 11: Evolution du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui présentent un retard de croissance modéré ou grave de 1991 en 2018	50
Figure 12: Evolution du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation modérée ou grave de 1991 à 2018.....	51
Figure 13: Evolution du pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant un surpoids/ une surcharge pondérale modérée ou grave de 1991 à 2018.....	52
Figure 14: Evolution de la concentration moyenne annuelle de matières particulaires en ville au Cameroun entre 2010 et 2017.....	56
Figure 15: Répartition de la prévalence de l'hypertension par sexe de 2017 à 2019	58
Figure 16: Evolution du Pourcentage de femmes de 15-49 ans en surpoids ou obèse de 1998 à 2018	58
Figure 17: Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union selon les besoins en matière de planification familiale en 2018.....	65
Figure 18: Evolution de la couverture en CPN 4 et plus entre 1991 et 2018 au Cameroun.....	66
Figure 19: Répartition de la proportion des accouchements assistés par région au Cameroun en 2021.....	67
Figure 20: Evolution de la couverture vaccinale en penta 3 (antigène traceur) de 2017 à 2021 au Cameroun	70
Figure 21: Répartition par régions de la couverture vaccinale au RR2 entre 2020 et 2021	70
Figure 22: Répartition par région de la couverture vaccinale en HPV au Cameroun en 2021	70
Figure 23: Répartition de la couverture vaccinale du vaccin contre COVID-19 en 2021 au Cameroun	71
Figure 24: Evolution du pourcentage de PVVIH qui connaissent leur statut au Cameroun de 2017 à 2020	71
Figure 25 : Evolution la couverture en ARV des femmes enceintes (FEC) VIH+ de 2014 à 2020	72
Figure 26: Répartition par tranche d'âge du pourcentage de couverture par le TARV de 2018 à 2020	72
Figure 27: Evolution du taux de suppression de la charge virale au Cameroun de 2016 à 2020	73
Figure 28: Taux de suppression de la charge virale au Cameroun de 2017 à 2020	74
Figure 29: Evolution du pourcentage de patients TB/VIH mis sous TARV de 2010 à 2019.....	75
Figure 30: Evolution du pourcentage des femmes vues en CPN ayant reçu au moins 3 doses de TPI entre 2017 et 2021	76
Figure 31: Répartition par région de la couverture par le TPI3 en 2021 au Cameroun	77
Figure 32: Répartition du poids (%) des complications obstétricales en 2019.....	83
Figure 33: Distribution des formations sanitaires ayant notifié des décès de suites d'avortement en 2019	83
Figure 34: Rétention à 12 mois des PVVIH sous traitement ARV (%) par région entre 2016 et 2020	85
Figure 35: Evolution des consultations per capita de 2015 à 2019	87
Figure 36: Total des dépenses courantes en santé de 2014 à 2019.....	91
Figure 37: Distribution des performances des FOSAs enquêtées	96

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ANRP	Agence Nationale de Radioprotection
ARV	Anti Rétro Viraux
ASAQ	Arthésunate Amodiaquine
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCG	Bacillus Calmette–Guérin
BEC	Bulletins Epidémiologiques du Cameroun
BM	Banque Mondiale
BUCREP	Bureau Central de Recensement et d’Etude de la population au Cameroun
BUNEC	Bureau National de l’Etat Civil
CDBPS	Centre Pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
CI	Carence en iode
CIPR	Commission internationale de protection radiologique
CIS	Cellule des Informations Sanitaires
CNLCa	Comité national de Lutte Contre le Cancer
CNLD	Comité national de lutte contre la drogue
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNS	Comptes Nationaux de Santé
COVID	Corona Virus Disease
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
Dla	Douala
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DOSTS	Direction de l’Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	Division de la Promotion de la Santé
DQR	Data Quality Review
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRH	Direction des Ressources Humaines
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale
DTS	Dépense totale de santé
ECAM	Enquêtes Camerounaises auprès des ménages
EDSC	Enquête Démographique de Santé au Cameroun
EPI	Equipements de protections Individuels
FEC VIH+	Femmes enceintes VIH positif
FJ	Fièvre Jaune
FMSB	Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales
FOSA	Formation Sanitaire
GTC	Groupe Technique Central
HKI	Hellen Keller International
HPV	Human Papilloma Virus
HSH	Hommes ayant le sexe avec les Hommes
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographique
INH	Isoniazide
INS	Institut national de Statistique
IRGM	Institut de recherches géologiques et minières

JFNS	Jeunes Filles Non-Scolarisés
JGNS	Jeunes Garçons Non-Scolarisés
JLV	Journées Locales de Vaccination
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MAPE	Maladie à potentiel épidémique
MICS	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples
MICS	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action
MINADER	Ministère de l’Agriculture et du Développement Rural
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINAT	Ministère de l’Administration Territoriale
MINESUP	Ministère de l’Enseignement Supérieur
MINFI	Ministère des Finances
MNT	Maladies Non Transmissibles
MPV	Maladies à Prévention Vaccinale
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de Développement durables
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONSP	Observatoire National de la Santé Publique
PAC	Paquet d’Activités Complémentaire
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aigue
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA /PCA	Paquet Minimum d’Activités / Paquet Complémentaire d’activités
PN2LP	Programme National de Lutte contre la Lèpre et le Pian
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLC	Programme National de Lutte contre la Cancer
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSH	Personnes en Situation de Handicap
PTME	Prévention de la transmission mère - enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le Virus du SIDA
RaSSS	Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun
RGPH	Recensement Général de la Population et de l’Habitat
RR2	Rougeole Rubéole 2
RT	Rifampicin test
SASNIM	Semaine d’Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
SDI/HFA	Service Delivery Indicators / Health Facilities Assessment
SFS	Stratégie de financement de la santé
SIDA	Syndrome de l’Immunodéficience Acquis
SONU/SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence
SRO	Sel de Réhydratation Orale
ST/SSS	Secrétariat technique / Stratégie Sectorielle de Santé
SYNPEMS	Syndicat des Personnels de la Santé
TARV	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
TG	Transgenre
TME	Transmission mère - enfant du VIH
TM-MR	Tuberculose multi résistante

TNn	Tétanos Néonatale
TS	Travailleuse de Sexe
UD	Usager de drogue
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPD	Vaccination preventable disease / Maladie évitable par la vaccination
WASH	Water Sanitation and Hygiene
WHS	World Health Statistics
Ydé	Yaoundé

MOT DE VITAL STRATEGIES

Vital Strategies, en tant qu'organisation internationale de santé publique, développe et supervise des programmes qui renforcent les systèmes de santé publique et s'attaquent aux principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde, en fournissant une expertise en communication stratégique et d'autres capacités de santé publique essentielles pour guider les politiques et la prise de décision. Grâce à notre réseau d'experts, nous fournissons des conseils techniques et professionnels aux partenaires et aux organismes gouvernementaux.

En ce sens, nous nous engageons à soutenir l'élaboration du rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé pour le Cameroun en 2021, une collaboration entre Vital Strategies, le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) et d'autres agences de santé publique du pays.

Ce rapport de suivi fournit un cadre d'analyse de la situation sanitaire du pays en mettant à la disposition des décideurs des informations fiables sur quatre groupes d'indicateurs. Il a été élaboré à partir des sources de données nationales, à savoir les enquêtes nationales, les rapports et documents officiels du secteur de la santé et des secteurs connexes, élaborés ou non en collaboration avec les partenaires techniques et financiers du pays. Il fournit des informations sur les valeurs et les tendances récentes de 100 indicateurs clés concernant à la fois les problèmes de santé et ses déterminants. Des analyses très pertinentes mettent en évidence les principales priorités, fournissant ainsi une base objective sur laquelle chaque acteur devrait fonder des actions individuelles et collectives visant à améliorer la santé des populations camerounaises à long terme.

REMERCIEMENTS

Le « Rapport de suivi des 100 Indicateurs Clés de Santé au Cameroun de 2021 » a été développé par le Ministère de la Santé Publique à travers l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) avec l'appui technique et financier de Vital Strategies.

Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit de :

- Dr BELLO Djamila Epse MOHAMADOU (Coordonnateur ONSP) et M. Samuel KAMWA (Coordonnateur Pays DIP, Vital Strategies), qui ont coordonné le travail technique pour la production du document.
- Des membres du Conseil Scientifique de l'ONSP à savoir Dr GABRIEL AGBOR (IMPM), Pr ANGO MEDJIO (MINESUP), Dr MARIE Lydie Rose (ANRP), Mme EDZIMBI Yvette (DLMEP), Mme NDANGA Marcelle epse EPEE (CelCom/MINSANTE), Mme Ebene Thérèse (MINSANTE), Mr ASSOUMOU Jean Parfait (OPMS), Dr GATCHO Modeste (OMS), M. ADOUEME OLAGA Manassé (ROOHCAM).
- Des membres ou représentants au Comité d'Orientation du Ministère de la Santé Publique pour leurs contributions, notamment Dr KOUAKAP Solange (IGSPL/MINSANTE), M. NKEN Clavère (CelCom/MINSANTE), Dr FEUSSOM Jean Marc (MINEPIA), M. NDOMO TSALA Jules Christiaan (MINEPDED), M. OYONO ZANG Bernard (MINADER), M. EMVOUTOU BITA Benoit (MINAT), M. DZOSSA Anaclet Désiré (INS), M. ASSOUMOU Jean Parfait (VP OPMS), M. ADOUEME OLAGA Manassé (ROOHCAM), M. TCHINDA Claudel (CelCom/MINSANTE).
- Du Cabinet « HSSD-Group », à travers Dr MBONDJI EBONGUE et Mme KOM YAGOU Kesia Andréas qui ont élaborés une première ébauche de ce rapport.
- Dr NKODO OTTOU Conrad (Cordonnateur adjoint ONSP), Dr DO'O BESSIN René (ONSP), Dr MBIAM Nkomo Philippe (ONSP), Mme MACHE Dorette Epse Massemblele (ONSP), M. NGONO MENOUNGA Dieudonné (ONSP), Mme TIOLA Dennise (ONSP), M. KUM Eugène (ONSP), Mme EBENE Thérèse (ONSP), Mme KEMANYA Solange (ONSP), Mme DAKENYO Nefertiti (ONSP), Dr DJINGOU Elisa (ONSP), Mmme NJOUKOUA Dolife (société civile).

EXECUTIVE SUMMARY

In order to provide its population with quality health care, Cameroon has carefully selected a set of health indicators and invested in information systems to ensure the availability of these indicators and to integrate the information into policy and decision making. The selection of indicators is closely linked to the objective of achieving UHC and assessing the impact of major public health events on the health of populations. Thus, the "Report on the monitoring of the 100 health indicators in Cameroon in 2021: Focus on the CHU and COVID" responds greatly to this need while explicitly presenting the efforts to be made to slow down the race towards the objectives set for 2030. The report contains five types of indicators: health status indicators, risk factor indicators, service coverage indicators, health system indicators and supplementary indicators.

The data needed to monitor and track these indicators are usually obtained from routine health information systems. Data from health facility and household surveys, however, complement data from routine systems. A limitation of this edition is that the latest household survey of 2018 is the only source for several indicators. Thus, the results proposed by this one will not be able to reflect the reality of the health crisis that the world has been experiencing since 2019. Thus, this edition will serve as a wake-up call to national authorities to strengthen the regular collection of quality data.

1. Health status indicators

To assess the collateral impact of the COVID-19 pandemic on essential health services, it would have been essential to monitor any changes in mortality and morbidity rates, particularly among women and children, that might be the result of reduced access to health services or reduced service coverage, and to identify the underlying causes of these changes. However, the lack of a recent household survey does not allow for this possibility. Nevertheless, the CSDS 2018 shows that under-five mortality has decreased from 122 per 1,000 live births in 2011 to 79 per 1,000 live births in 2018 and that the maternal mortality ratio has decreased from 782 to 406 deaths per 100,000 live births over the same period.

For almost a decade, the burden of communicable diseases has continued to be carried by tuberculosis, HIV/AIDS and malaria. Thus, the mortality rate linked to tuberculosis (from 52 deaths per 100 000 inhabitants in 2005 to 25 deaths per 100 000 inhabitants in 2017) and the number of cases recorded between 2019 and 2020 (24 740 cases of tuberculosis of all forms notified in 2019 against 22 499 in 2020), although falling, remain far from the target. With a mortality rate of 112 deaths per 100 000 population in 2015, and a number of new cases that has undergone a remarkable reduction over time (from 24 000 in 2015 to 15 000 in 2020), HIV still remains a national priority. Malaria presents less glowing data; the prevalence rate of the malaria parasite in children aged 6-59 months has increased (from 31% in 2017 to 41% in 2021),

the malaria incidence rate has risen from 73 per 1000 in 2014 to 113.4 per 1000 in 2021, and the malaria mortality rate has fallen from 13 per 100,000 in 2018 to 14 per 100,000 in 2021, rising to 17.7 in 2019 and 15.8 in 2020)

However, according to WHO, the suicide mortality rate has been reduced between 2016 (12.2 per 100 000 population) and 2019 (9 per 100 000 population). The road traffic death rate, which according to the MDG 3.6.1 target should be halved by 2020, has remained unchanged since 2016 (30 per 100 000 population). In view of this, it would be appropriate for the country to set a new target, after a situation analysis.

2. Indicators on risk factors

The proportion of infants aged 0-5 months who are exclusively breastfed improved from 20.4% to 39.7% between 2011 and 2018. Over the same period, the prevalence of anaemia in children aged 6-59 months decreased from 60% to 57%. As a risk factor for sexually transmitted infections, it is worth noting that clients of sex workers represent the highest users of condoms during their last sexual encounter with an at-risk partner, amounting to 1,478 people in 2020.

Access to safe drinking water has increased significantly since 2011 (68.6%) and is estimated to be 79% in 2018, and the total amount of alcohol consumed per capita aged 15 years or older has decreased from 9.9 to 5.7 litres of ethanol between 2016 and 2018. However, the level of air pollution in cities is a growing concern (59% in 2010 to 73% in 2017).

The containment caused by the spread of COVID-19 has led to an increase in gender-based violence. According to a UNFPA study, Cameroon recorded an increase of about 35.8% in domestic violence during the COVID-19 period.

In fact, four out of ten people reported experiencing violence in their homes.

3. Indicators on service coverage

The measured need for family planning decreased from 2011 to 2018, from 23.7% to 15.4%. The percentage of women aged 15-49 years who received at least four (4) antenatal visits increased from 49% in 1991 to 64.9% in 2018. According to the BEC 2021, the percentage of live births attended by skilled health personnel decreased from 63.8% in 1991 to 50.66% in 2021.

The percentage of children aged 6-59 months who received vitamin A supplementation in the last six months increased from 38% to 55.3% between 2004 and 2018. Overall, vaccination coverage of the PENTA 3 marker antigen increased from 78% to 81% between 2018 and 2021. During the same period, three vaccines were introduced: RR2, HPV 1&2 and corona virus vaccines (Astra zeneca, Sinopharm, Johnson and Johnson).

In terms of disease management, the percentage of PLHIV who know their status has changed between 2017 (60%) and 2020 (83.2%). However, there has been a 4-point drop in ARV coverage of HIV+ FEC (from 84.5 in 2018 to 80.2 in 2020). Despite the decrease observed between 2019 and 2020 (from 60.20% to 40%), the percentage of pregnant women who received at least IPT3 remained at 50.8% in 2021.

In the period from January 2021 to December 2021, in absolute numbers, more than 1,637 drug users seeking care were registered in the functional Addiction Care Centres, a decrease of more than 66% compared to 2020.

4. Health system indicators

Accessibility to health services in Cameroon can be defined by the use of outpatient services (40% in 2019) and the density of hospital beds (26.49 per 10,000 inhabitants in 2016).

According to the 2016-2020 PNDIS evaluation report, the routine system captured and regularly monitored the proportion of health facilities with at least half of the required human resources. The 2020 estimate placed this indicator at 52%. According to WHO regional survey data, the calculated density of health personnel is 0.9 doctors per 10 000 inhabitants.

In terms of financing, the country spent 3.6% of its GDP on health in 2019. And in terms of health security, the index of key capacities required according to the International Health Regulations (IHR, 2005) is estimated at 41% of the 15 key capacities required according to the IHR 2005.

In terms of health system governance, the country has a sector strategy 2016-2027.

5. Additional indicators

The COVID pandemic allowed us to highlight the importance of ICP both in hospitals and in the community. Thus, two indicators were collected that give a rough idea of the level of ICP in the country. These are

- Number of health workers infected: As of December 2021, 3756 health workers have been infected with COVID, of whom 57 have died.
- Scorecard level of health facilities: A survey of the country's health facilities shows that the country's scorecard level is 44% with 72% of health facilities in the red (performance below 50%).

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Pour offrir à sa population des soins de santé de qualité, le Cameroun a soigneusement sélectionné un ensemble d'indicateurs sur la santé et a investi dans des systèmes d'informations afin de garantir la disponibilité de ces indicateurs et d'intégrer les informations dans la politique et la prise de décision. La sélection des indicateurs est étroitement liée à l'objectif de réaliser la CSU et d'évaluer l'impact des événements majeurs de santé publique sur la santé des populations. Ainsi, le " Rapport sur le suivi des 100 indicateurs de santé au Cameroun en 2021 : Focus sur les CHU et COVID " répond grandement à ce besoin tout en présentant explicitement les efforts à fournir pour ralentir la course des objectifs fixés à l'horizon 2030. Le rapport contient cinq des types d'indicateurs : indicateurs d'état de santé, indicateurs de facteurs de risque, indicateurs de couverture des services, indicateurs du système de santé et indicateurs supplémentaires.

Les données nécessaires au contrôle et au suivi de ces indicateurs sont généralement obtenues à partir des systèmes d'information sanitaire de routine. Les données provenant des enquêtes sur les établissements de santé et les ménages complètent toutefois les données des systèmes de routine. Une limite de cette édition est que la dernière enquête auprès des ménages de 2018 est la seule source pour plusieurs indicateurs. Ainsi, les résultats proposés par celle-ci ne pourront pas refléter la réalité de la crise sanitaire que connaît le monde depuis 2019. Ainsi, cette édition servira à tirer la sonnette d'alarme auprès des autorités nationales pour renforcer la collecte régulière de données de qualité.

6. Indicateurs de l'état de santé

Pour évaluer l'impact collatéral de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé essentiels, il aurait été essentiel de surveiller tout changement dans les taux de mortalité et de morbidité, en particulier chez les femmes et les enfants, qui pourrait être le résultat d'un accès réduit aux services de santé ou d'une couverture réduite des services, et d'identifier les causes sous-jacentes de ces changements. Cependant, l'absence d'une enquête récente auprès des ménages ne permet pas d'avoir cette possibilité. Néanmoins, la CSDS 2018 montre que la mortalité des moins de cinq ans a diminué de 122 pour 1 000 naissances vivantes en 2011 à 79 pour 1 000 naissances vivantes en 2018 et que le taux de mortalité maternelle a diminué de 782 à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes sur la même période.

Depuis près d'une décennie, le poids des maladies transmissibles continue d'être porté par la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme. Ainsi, le taux de mortalité lié à la tuberculose (de 52 décès pour 100 000 habitants en 2005 à 25 décès pour 100 000 habitants en 2017) et le nombre de cas enregistrés entre 2019 et 2020 (24 740 cas de tuberculose toutes formes confondues notifiés en 2019 contre 22 499 en 2020), bien qu'en baisse, restent loin de la cible. Avec un taux de mortalité de 112 décès pour 100 000 habitants en 2015, et un nombre de nouveaux cas qui a subi une réduction

remarquable dans le temps (de 24 000 en 2015 à 15 000 en 2020), le VIH reste toujours une priorité nationale. Le paludisme présente des données moins reluisantes ; le taux de prévalence du parasite du paludisme chez les enfants âgés de 6 à 59 mois a augmenté (de 31% en 2017 à 41% en 2021), le taux d'incidence du paludisme est passé de 73 pour 1000 en 2014 à 113,4 pour 1000 en 2021 et le taux de mortalité par paludisme (13 pour 100 000 en 2018 à 14 pour 100 000 en 2021 en passant par 17,7 en 2019 et 15,8 en 2020).

Toutefois, selon l'OMS, le taux de mortalité par suicide a été réduit entre 2016 (12,2 pour 100 000 habitants) et 2019 (9 pour 100 000 habitants). Le taux de mortalité par accident de la route, qui selon la cible de l'ODM 3.6.1 devrait être réduit de moitié d'ici 2020, est resté inchangé depuis 2016 (30 pour 100 000 habitants). Au vu de ce constat, il serait opportun que le pays, après avoir établi une analyse de la situation, se fixe une nouvelle cible.

7. Indicateurs sur les facteurs de risque

La proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui sont exclusivement nourris au sein s'est améliorée, passant de 20,4 % à 39,7 % entre 2011 et 2018. Sur la même période, la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois a diminué de 60% à 57%. En tant que facteur de risque pour les infections sexuellement transmissibles, il convient de noter que les clients des travailleurs du sexe représentent les plus grands utilisateurs de préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire à risque, soit 1 478 personnes en 2020.

L'accès à l'eau potable a considérablement augmenté depuis 2011 (68,6%) et est estimé à 79% en 2018, et la quantité totale d'alcool consommée par habitant de 15 ans ou plus a diminué de 9,9 à 5,7 litres d'éthanol entre 2016 et 2018. Cependant, le niveau de pollution de l'air dans les villes est de plus en plus préoccupant (59% en 2010 à 73% en 2017).

L'endiguement provoqué par la propagation du COVID-19 a entraîné une augmentation de la violence basée sur le genre. Selon une étude de l'UNFPA, le Cameroun a enregistré une augmentation d'environ 35,8 % des violences domestiques pendant la période du COVID-19.

En fait, quatre personnes sur dix ont déclaré avoir subi des violences dans leur foyer.

8. Indicateurs sur la couverture des services

Le besoin mesuré de planification familiale a diminué de 2011 à 2018, passant de 23,7% à 15,4%. Le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins quatre (4) consultations prénatales est passé de 49% en 1991 à 64,9% en 2018. Selon le BEC 2021, le pourcentage de naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié est passé de 63,8% en 1991 à 50,66% en 2021.

Le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois est passé de 38% à 55,3% entre 2004 et 2018. Globalement, la couverture vaccinale de l'antigène marqueur PENTA 3 a augmenté de 78 % à 81 % entre 2018 et 2021. Au cours de la même période, trois vaccins ont été

introduits : RR2, HPV 1&2 et vaccins contre le corona virus (Astra zeneca, Sinopharm, Johnson and Johnson).

En termes de gestion de la maladie, le pourcentage de PVVIH qui connaissent leur statut a évolué entre 2017 (60%) et 2020 (83,2%). Cependant, on observe une baisse de 4 points de la couverture ARV des FEC VIH+ (de 84,5 en 2018 à 80,2 en 2020). Malgré la baisse observée entre 2019 et 2020 (de 60,20% à 40%), le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins le TPI 3 s'est maintenu à 50,8% en 2021.

Sur la période de janvier 2021 à décembre 2021, en nombre absolu, plus de 1637 usagers de drogues en demande de soins ont été enregistrés dans les Centres de soins en addictologie fonctionnels, soit une diminution de plus de 66% par rapport à 2020.

9. Indicateurs du système de santé

L'accessibilité aux services de santé au Cameroun peut être définie par le recours aux services ambulatoires (40% en 2019) et la densité de lits d'hôpitaux (26,49 pour 10000 habitants en 2016).

Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2016-2020, le système de routine capturait et suivait régulièrement la proportion de structures de santé disposant d'au moins la moitié des ressources humaines requises. L'estimation faite en 2020 plaçait cet indicateur à 52%. Selon les données d'une enquête régionale de l'OMS, la densité calculée du personnel de santé est de 0,9 médecin pour 10 000 habitants.

En termes de financement, le pays a consacré 3,6% de son PIB à la santé en 2019. Et en termes de sécurité sanitaire, l'indice des capacités clés requises selon le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) est estimé à 41% des 15 capacités clés requises selon le RSI 2005.

En matière de gouvernance du système de santé, le pays dispose d'une stratégie sectorielle 2016-2027.

10. Indicateurs supplémentaires

La pandémie de COVID nous a permis de souligner l'importance de la PCI tant dans les hôpitaux que dans la communauté. Ainsi, deux indicateurs ont été recueillis qui donnent une idée approximative du niveau de la PCI dans le pays. Il s'agit de

- Nombre de personnels de santé infectés : En décembre 2021, 3756 personnels de santé ont été infectés au COVID, dont 57 sont décédés.
- Niveau de scorecard des établissements de santé : Une enquête menée dans les établissements de santé du pays montre que le niveau de scorecard du pays est de 44% avec 72% des établissements de santé dans le rouge (performance inférieure à 50%).

CHAPITRE 0 : PRESENTATION DU GUIDE

La « **Liste des 100 indicateurs clés de santé** » est constituée d'un ensemble standard de 100 indicateurs qui ont été identifiés par la communauté internationale pour fournir des informations concises sur la situation et les tendances sanitaires, y compris des réponses à l'échelle nationale et internationale. Elle comprend un ensemble d'indicateurs clés testés, pertinents, équilibrés et parcimonieux essentiels pour contribuer au renforcement du système de santé de suivi-évaluation, très important en temps de crise sanitaire.

Le Cameroun, en quête de bien-être pour sa population, a souscrit à cette liste et élabore de façon biannuelle depuis 2017 un document intitulé « **Rapport de Suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun** ».

Ce « **Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé du Cameroun** » est un document vivant, qui est actualisé régulièrement au fur et à mesure que les technologies se développent, que de nouvelles priorités émergent et que les interventions destinées « à améliorer la santé » des populations évoluent. A chaque édition, un accent est mis sur un évènement marquant la période couverte par le rapport. Depuis 2019, suivant les objectifs mondiaux, le pays s'arrime à l'atteinte de la CSU à l'horizon 2030. Un focus est depuis lors réservé aux Objectifs de Développement Durable (ODD) dans le rapport. La particularité de la présente édition est qu'il est élaboré pendant une pandémie d'envergure, la pandémie du COVID-19 qui a soumis notre système de santé à rude épreuve. Aussi, en plus des indicateurs de la CSU, le focus de cette édition inclura la COVID-19. A l'analyse de l'impact du COVID-19 sur le système de santé, il paraît donc opportun d'introduire deux indicateurs de Prévention et Contrôle des Infections qui nous permettront de mettre mieux en évidence la nécessité d'une CSU en temps de crise sanitaire.

Ce rapport a été réalisé en s'appuyant principalement sur les sources de données nationales à savoir, les rapports et documents officiels du secteur santé et des secteurs apparentés à la santé. Les données d'enquêtes nationales ont concerné les enquêtes des années antérieures. En effet, du fait de la proximité de parution du rapport et de la crise sanitaire qui a prévalu ces deux dernières années, aucune enquête nationale en population n'a été menée récemment.

Dans l'optique de se concentrer sur un ensemble d'informations représentative de la situation globale, nous avons organisé ce rapport en 05 (cinq) groupes :

- **Indicateurs liés à l'état de santé** : La première partie du présent manuel offre des orientations pratiques sur les notions essentielles de suivi des services de santé au moyen d'un petit sous-ensemble d'indicateurs tels que : mortalité selon l'âge et le

sexe, mortalité par cause de décès, la fécondité, et la morbidité. Il est question de présenter l'évolution de ces indicateurs parallèlement à l'évolution de la transmission de la COVID-19, de manière à déceler les éventuels problèmes et goulots d'étranglement liés à la prestation et à l'utilisation des services de santé tout au long de la pandémie et afin de mieux se préparer et répondre aux besoins changeants et aigus des populations.

- **Indicateurs sur les facteurs de risques** : la nutrition, les infections, les facteurs de risque environnementaux, les maladies non transmissibles, et les traumatismes /pratiques traditionnelles traumatisantes sont les composantes de cette deuxième partie.
- **Indicateurs sur la couverture des services** ; définie comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions de traçage qui incluent la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile,(Santé de la reproduction/ Santé maternelle néonatale, infantile et de l'adolescent, vaccination) les maladies infectieuses (Sida, Tuberculose, Paludisme, Maladie tropicales négligées, dépistage et soins préventifs), les maladies non transmissibles (la santé mentale, l'abus de drogues/substances illicites) et la capacité et l'accès aux services (Service de santé essentiels) , parmi la population générale et la population la plus défavorisée.
- **Indicateurs du système de santé** : Ce domaine englobe la prestation des services, notamment qualité des soins (qualité et sécurité des soins, sécurité sanitaire), financement de la santé, les médicaments essentiels (accessibilité), le personnel de santé (ressources humaines en santé, gouvernance) et l'information sanitaire.
- **Indicateurs supplémentaires** : Compte tenu de la pandémie qui sévit sur l'étendue du territoire, il est né l'importance de mesurer le niveau de Prévention et de Contrôle des infections du Pays en milieu hospitalier qu'en communauté.

i. OBJECTIF

Ce rapport qui sert de document général de référence et d'orientation pour les indicateurs standard et leur définition a pour objectif d'aider le pays en général et le système de santé en particulier à faire un état des lieux sur la situation sanitaire du pays dans le but ultime d'éclairer la planification et la prise de décision.

ii. MÉTHODOLOGIE

Ce travail a essentiellement été basé sur une revue documentaire et des consultations techniques, et a comporté : (i) une mise à jour des indicateurs à renseigner, (ii) une identification des sources officielles, nationales et internationales, pour chaque indicateur, ainsi qu'un classement de ces sources par ordre de priorité ; (iii) une collecte des indicateurs à partir des sources identifiées ; et enfin (iv) une analyse des tendances pour chaque indicateurs. L'innovation dans ce rapport est qu'il sera clôturé par une analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités du système de production des indicateurs clés.

a) Des séances de travail ont été organisées avec les principales parties prenantes dont le Coordonnateur de l'ONSP et son équipe, et certains responsables clés du Ministère de la Santé Publique et d'autres sectorielles apparentés à la santé. La première réunion avait pour début de valider l'approche méthodologique proposée et les indicateurs à jour, et les suivantes pour rechercher et s'accorder sur les données officielles les plus récentes.

b) Une mise à jour de la liste des indicateurs clés de santé 2021 au Cameroun a été faite sur la base de la liste OMS la plus récente, ainsi que celle des priorités du Cameroun. Ainsi, en plus des 114 indicateurs présents dans le document de 2019, deux indicateurs sur la PCI en contexte de pandémie ont été ajoutés dans le document. La structure de base du document sera alignée sur la liste de référence 2019 avec un focus spécifique sur les indicateurs de suivi des ODD et de la CSU.

c) Identification de la bibliothèque de référence pour faciliter le processus de recherche et d'extraction des données pour renseigner les indicateurs clés de santé. Une cartographie des sources de données a été élaborée. Deux sources principales ont été utilisées pour les données :

- o Les sources nationales : parmi lesquelles (i) des rapports annuels et des publications issues des programmes et directions du MINSANTE, (ii) les résultats d'enquêtes d'envergure nationales menées essentiellement par l'INS (ECAM, EDS, EDS MICS), le BUCREP et les instituts/organes locaux de recherche (données d'enquêtes et/ou d'études de terrain publiées), et (iii) les données de routine issues du DHIS2 (District Health Information Software) pour certains indicateurs.

- o les sources internationales : essentiellement constituées de données globales et/ou du système des Nations Unies, notamment ceux de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, de la Banque Mondiale, etc.

Au-delà des sources principales, une collecte complémentaire d'information et/ou des recoupements seront effectuées, au besoin, auprès du Ministère de la Santé, des responsables des programmes, de l'OMS, de l'INS et des partenaires Techniques et Financiers.

- d) L'élaboration des matrices de collecte, extraction des données et production des graphiques sous tableur Excel.
- e) Après les phases d'analyse, un rapport préliminaire a été produit, et partagé aux principales parties prenantes pour revue et commentaires. A terme, un atelier de revue et finalisation rassemblant les experts du domaine a été organisé par l'ONSP avec l'appui des partenaires.
- f) Revue et finalisation du document de suivi au cours d'un atelier participatif organisé par l'ONSP avec l'appui de Vital Strategies et des autres partenaires techniques et financiers ;
- g) Validation par le Conseil scientifique de l'ONSP ;
- h) Adoption par le Comité d'orientation de l'ONSP ;
- i) Production du document final ;

- j) Dissémination par l'ONSP du document du « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2021 : Focus sur la CSU & COVID ».

iii. LIMITES

- La plupart des données d'enquêtes nationales disponibles datent de plus de 3 ans; ce qui pourrait ne pas refléter complètement la situation actuelle du pays.
- Le temps entre la collecte des données, l'analyse, et la dissémination d'un indicateur utilisé dans le monitoring est trop long donc il ne conserve pas sa pertinence.
- La différence de libellés dans les noms des indicateurs dans les différents documents (problème d'harmonisation des noms des indicateurs);
- La non disponibilité des valeurs pour certains indicateurs
- L'absence d'informations récentes pour certains indicateurs au niveau des sources nationales.

FOCUS CSU

Le 12 décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté à l'unanimité une résolution invitant les pays à accélérer les progrès vers la couverture santé universelle (CSU) – qui consiste à veiller à ce que chacun, où qu'il se trouve, ait accès à des soins de santé de qualité, à un coût abordable – une priorité essentielle pour le développement international. De même, le Chef de l'Etat, S.E.M. PAUL BIYA dans son discours à la nation le 31 décembre 2017 dévoile que « Nous allons poursuivre nos efforts, afin de faire bénéficier à nos populations des soins de santé de qualité et accessibles à tous. C'est dans cette optique que j'ai donné au Gouvernement l'instruction de parachever les réflexions relatives à la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle ».

La CSU est donc une priorité tant sur le plan international que sur le plan national. Sa mise en place passerait par la disponibilité des soins de santé de qualité sur toute l'étendue du territoire national et, l'organisation, le financement de la demande de soins ou la protection sociale en santé afin que chaque individu puisse accéder aux soins de santé en cas de besoin, sans être confronté à des difficultés financières ou basculer dans la pauvreté en raison du coût des soins. Le suivi et l'évaluation de l'avancée vers la CSU est basé sur des résultats recueillis à partir d'indicateurs clés et est également crucial pour formuler et mettre en œuvre de la politique de CSU. Au Cameroun, ces indicateurs clés sont présentés dans notre traditionnel « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de sante du Cameroun ».

FOCUS COVID

L'année 2020 a été marquée par l'un des chocs sanitaires le plus important du début du 21^{ème} siècle « la maladie à coronavirus nommée en encore « Covid-19) ». Apparue pour la première fois en Chine en Décembre 2019, cette pandémie a eu un impact sur la disponibilité et la capacité de notre système de santé à fournir des services de santé sans interruption. De plus, avant la pandémie, dans sa vision stratégique pour garantir un accès équitable aux soins de santé de qualité aux camerounais, le Gouvernement avait initié un processus visant à doter notre pays, à terme, d'un système de couverture Santé Universelle. La pandémie n'a pas remis en cause l'objectif de la CSU; au contraire, on pourrait voir dans la crise un argument fort pour accélérer nos efforts. Même s'il est évident que la COVID-19 a révélé et exacerbé les inégalités au sein des pays et entre ceux-ci, beaucoup de gouvernements ont vu dans la pandémie une occasion de progresser vers la couverture santé universelle (CSU). Parvenir à la CSU est donc important pour résoudre la pandémie actuelle, mais aussi pour se préparer à de futures urgences.

C'est dans le but d'évaluer l'impact de COVID-19 sur notre système de santé dans un contexte de CSU que s'inscrit la réalisation du présent « Rapport de Suivi des 100 indicateurs clés de la Santé au Cameroun de 2021 : Focus CSU&COVID »

PROFIL DU PAYS

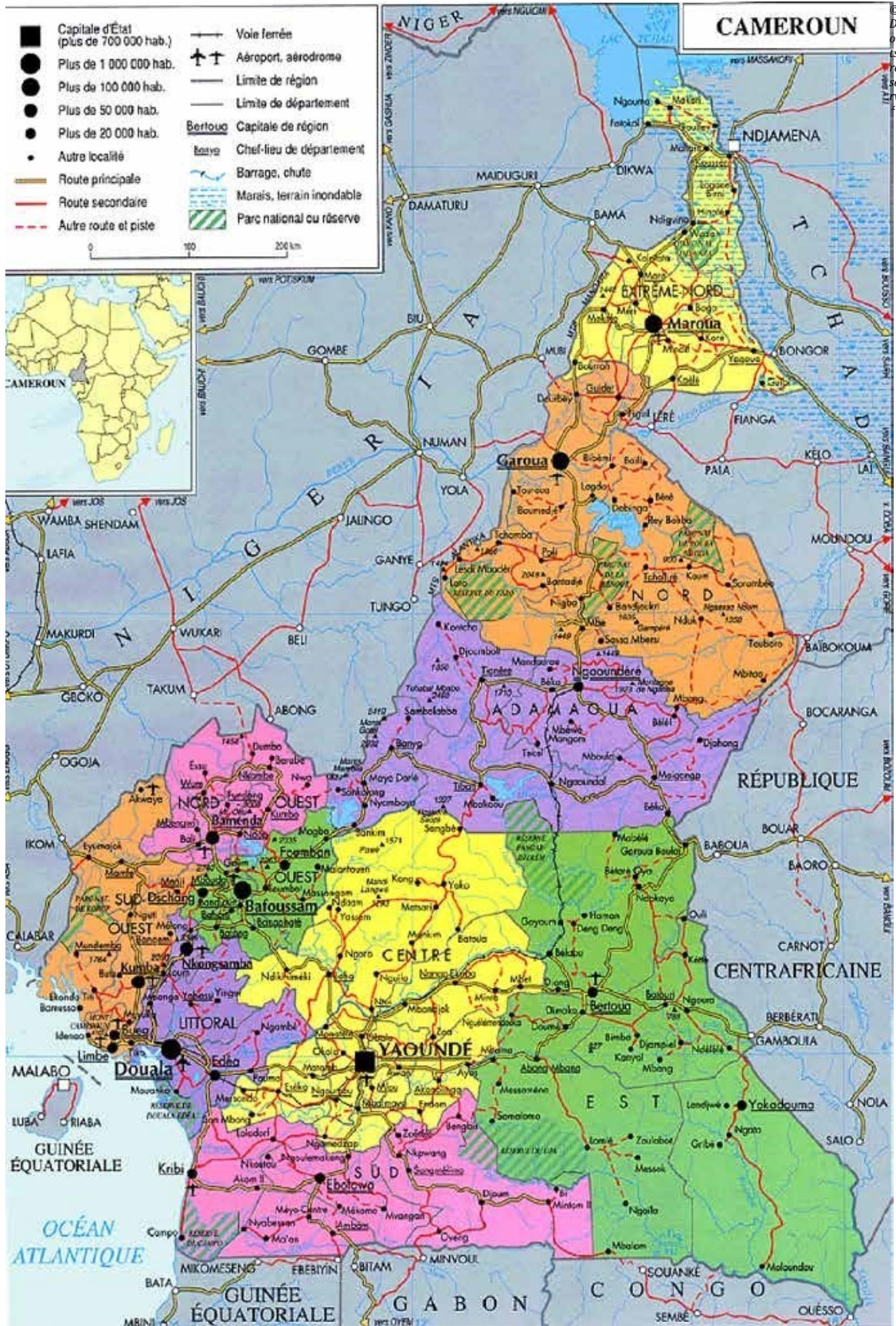


Figure 1: Carte du Cameroun

Communément appelé « Afrique en miniature », le Cameroun est un pays d'Afrique centrale qui s'étend entre le 2^{ème} et le 13^{ème} degré de latitude Nord, le 9^{ème} et le 16^{ème} degré de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 650 Km², dont 466 050 Km² de superficie continentale et 9600 Km² de superficie maritime. Le Cameroun est limité au Nord par le Lac Tchad, au Nord-Est par la République du Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine, au Sud par la République du Congo, la République Gabonaise et la République de Guinée Équatoriale, à l'Ouest par la République Fédérale du Nigeria.

Le relief du Cameroun est très diversifié. Il est formé de hautes terres, inégalement réparties, de plateaux et de plaines. Les hautes terres comprennent essentiellement trois ensembles: les monts Mandara, le plateau de l'Adamaoua et les hautes terres de l'Ouest. Ces hautes terres sont limitées au nord et au sud par la vallée de la Donga et la trouée de Bakossi, à l'ouest par la cuvette de la Cross River et à l'est par la plaine du Mbam. Les hautes terres sont également le lieu de nombreux sommets et massifs volcaniques dont les plus importants sont : le Mont Cameroun (4070 m), le Mont Manengouba (2396 m), les Monts Bamboutos (2 740 m) et le Mont Oku (3 008 m). Le pays a deux types de plaines : les plaines côtières et les plaines du Nord. Les plaines côtières s'étalent entre l'Océan Atlantique et le plateau Sud Cameroun. Les plaines du nord quant à elles comprennent : La plaine du Logone, la plaine du Diamaré autour de Maroua et la cuvette de la Bénoué.

Coté plateau, le plateau de l'Adamaoua constitue un véritable « château d'eau » pour le pays, car les principaux fleuves y prennent leur source. Ces fleuves se jettent dans quatre bassins qui sont : Le bassin de l'Atlantique qui reçoit : la Sanaga (le plus long fleuve du pays avec 920 km), le Nyong, le Ntem, le Moungo et le Wouri ; Le bassin du Niger dans lequel se jette la Bénoué ; Le bassin du Lac Tchad où se perd le Logone ; Enfin le bassin du Congo qui reçoit la Sangha, formée par ses affluents camerounais : la Kadeï et la Ngoko. Par ailleurs, le pays est marqué par deux grands domaines hydrographiques de parts et d'autres du plateau de l'Adamaoua : Les bassins du Niger et du Tchad au nord et les bassins de l'Atlantique et du Congo au sud.

Pays stable depuis plusieurs décennies, le Cameroun est confronté depuis quelques années aux attaques du groupe Boko Haram dans l'extrême Nord et à un mouvement séparatiste dans les régions anglophones. Depuis septembre 2017 cette situation a fait plus de 500 000 déplacés internes, près de 400 victimes dans la population civile et plus de 200 morts parmi les forces de l'ordre. Avec la résurgence de la crise en République centrafricaine depuis janvier 2021, plus de 6 000 Centrafricains se sont réfugiés dans la région de l'Est qui accueille déjà plus de 60 % des réfugiés centrafricains. Cette situation pourrait justifier le taux de croissance économique qui est passé de 3,3% en 2010, à 5,9% en 2015 avant de rechuter à 4,8% en 2016.

Sur le plan social, la part de la population pauvre a augmenté de 12 % entre 2007 et 2014, pour atteindre 8,1 millions d'habitants, en raison d'une croissance démographique plus rapide que le rythme de réduction de la pauvreté. Ce sont les régions septentrionales du pays qui concentrent la pauvreté avec 56 % de la

population pauvre. L'analyse de l'évolution des principaux indicateurs de la pauvreté de l'enquête ECAM4, dévoile selon l'approche monétaire (ou approche objective), qu'entre 2001 et 2014, l'incidence de la pauvreté a reculé de 2,7 points, passant de 40,2% à 37,5%.

La décentralisation se met progressivement en place avec de plus en plus de responsabilités transférées aux collectivités territoriales décentralisées.

En 2020, la pandémie de COVID-19 a entraîné une dégradation importante de la situation économique. La consommation a chuté en raison des pertes de revenus des ménages et des entreprises liées aux mesures de distanciation sociale et aux incertitudes sur l'évolution de la pandémie. Il en a été de même pour les investissements publics et privés. Du côté du service public, les écoles et les services de santé non liés au COVID ont été fortement perturbés. Les services de planning familial ou encore de suivi de grossesse ayant chuté respectivement de 37 % et 18 %. La crise aurait entraîné une augmentation du taux de l'extrême pauvreté passant de 24.5% en 2019 à 25.3 % en 2021.

Le Cameroun compte 10 régions, 58 départements, 360 arrondissements, 360 Communes et une population globale estimée à 25 millions en 2019.

Sur le plan sanitaire le Cameroun compte 10 délégations régionales de la santé, 196 districts de santé, 1 828 aires de santé et environ 5 800 formations sanitaires (51% Public et 49% privé).

CHAPITRE 1 : INDICATEURS SUR L'ÉTAT DE SANTE

- Mortalité selon l'âge

Depuis 2009 l'espérance de vie au Cameroun n'a cessé de croître jusqu'à atteindre 62,4 ans en 2019, causant ainsi la chute en 2018 des taux de mortalité des adolescents notamment chez les (2,5‰ chez les femmes et 2,9‰ chez les hommes), des adultes (155‰ chez les femmes et 185‰ chez les hommes) et des enfants de moins de 5 ans (79‰ naissances vivantes). Tout comme les progrès de la médecine et du niveau de vie tendent à l'allonger, les guerres et les catastrophes sanitaires la font diminuer. De plus la baisse du TM plus importante chez la femme adolescente pourrait également traduire l'amélioration de la santé reproductive en général dans le pays

- Mortalité par cause de décès

Malgré les progrès parfois très importants observés au Cameroun, certains indicateurs sont encore très loin de la cible. Il s'agit notamment du ratio de mortalité maternelle évalué en 2018 à 467 décès pour 100 000 naissances vivantes avec une cible de 70 pour 100 000 naissances vivante en 2030. Dans la même lancée, le taux de mortalité attribuable à la tuberculose à lui aussi réduit de moitié pour atteindre 25 pour 100 000 habitants en 2017 et le taux de mortalité dû au VIH/Sida était estimé à 112 pour 100 000 habitants en 2015.

En outre, nous avons assisté à l'augmentation du taux de mortalité lié au paludisme en 2019 et 2020 pour ensuite chuter en 2021 et atteindre 14 pour 100 000 habitants.

- Fécondité

Avec un nombre moyen d'enfants de 4,8, le taux de fécondité au Cameroun en 2018 était évalué à 122 pour 1000 filles en 2018.

- Morbidité

La présence du COVID 19 au Cameroun a lourdement perturbé les services de santé entraînant ainsi une baisse parfois même une interruption des services de santé. La conséquence directe de ce phénomène fut donc une augmentation de la morbidité se traduisant par l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des pathologies telles que la TB, le VIH et le paludisme avec certains services plus touchés que d'autres. Jusqu'en 2019, les indicateurs de TB étaient en phase d'amélioration ; le taux d'incidence de la TB avait diminué pour atteindre 174 pour 100 000 habitants ; mais, la survenue du COVID a engendré en 2020 une baisse du taux de notification de la tuberculose de 9%. De même, les services de PEC du paludisme n'ont pas échappé ; la prévalence parasitaire chez les enfants de 6-59 mois à augmenter de 10 points depuis 2018 jusqu'à atteindre 41,7% en 2021 et l'incidence du paludisme a augmenté de 27 points pour atteindre 113,4 en 2021. Le nombre de nouveaux cas de cancer a également évolué en 2020 (20 745).

Ces aléas ne doivent pas nous empêcher de voir les progrès effectués dans la lutte contre le VIH, en 20 ans, nous avons réduit au quart le nombre de nouvelles infections au VIH pour atteindre 15 000 en 2020.

A. MORTALITE SELON L'AGE ET LE SEXE

1. Espérance de vie à la naissance (en années)

L'espérance de vie à la naissance exprime le nombre d'années qu'un nouveau-né pourrait espérer vivre compte tenu des taux de mortalité selon le sexe et l'âge au moment de sa naissance.

L'espérance de vie à la naissance au Cameroun est passée de 53 ans en 2009 à 62,4 ans en 2019. La pandémie de COVID-19 ayant commencé en Mars 2020 au Cameroun, son potentiel impact sera remarqué sur les données de 2020 et 2021. De manière globale, l'espérance de vie des populations continue de s'améliorer depuis plus d'une dizaine d'années.

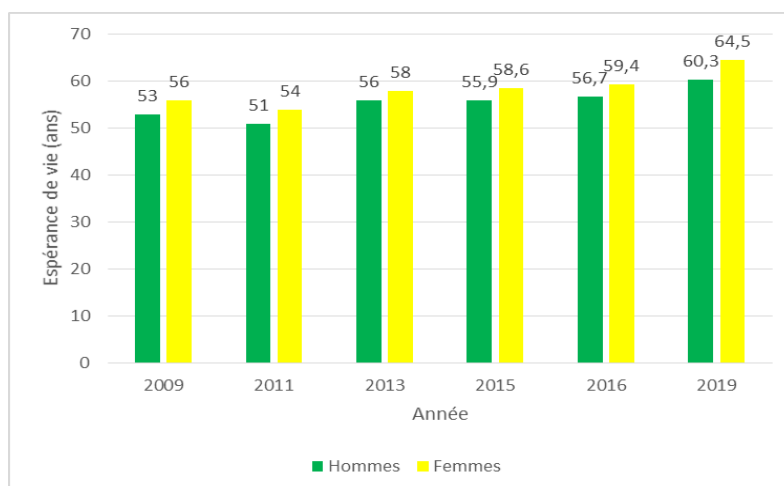


Figure 2: Espérance de vie à la naissance par sexe, de 2009 à 2019 au Cameroun

Source des données : OMS, Statistique sanitaires mondiales, 2021

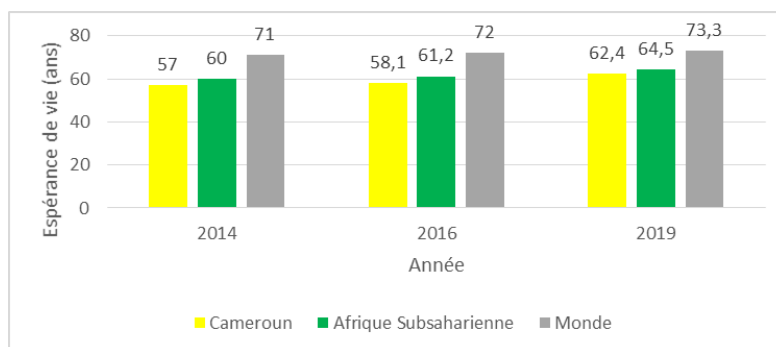


Figure 3: Espérance de vie à la naissance de 2014 à 2019 Cameroun VS autres zones

Source des données : OMS, Statistique sanitaires mondiales, 2021

2. Taux de mortalité des adolescents

C'est le nombre de décès des adolescents (10-19 ans) pour 100 000 adolescents.

Le pays ne dispose pas d'informations concernant la tranche 10-19 ans, cependant les EDS depuis 1991 renseignent la tranche 15-19 ans. En effet, la mortalité des adolescents de 15 à 19 ans a diminué entre 2011 et 2018 passant ainsi de 2,98 ‰ à 2,5‰ chez les femmes et de 3,2‰ à 2,9‰ chez les hommes.

Tableau 1: Estimation directe du taux de mortalité des adolescents âgés de 15 à 19 ans, de sexe masculin et féminin, pour la période de 07 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, exprimés en pourcentage de 1991 à 2018

Période	Sexe	1991-1997	1998-2004	2004-2011	2011-2018
Adolescents de 15 à 19 ans	Femmes	2,4	2,99	2,98	2,5
	Hommes	2,18	3,01	3,2	2,9
Sources		EDSC III 2004	EDSC III 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC V 2018

3. Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans (pour 1 000 habitants - années d'exposition)

C'est la probabilité qu'une personne de 15 ans décède avant son 60ème anniversaire.

Le pays ne dispose pas d'informations concernant la tranche 15-60 ans. Alors que les EDS 1991 à 2011 renseignaient la tranche 20-60 ans, celui de 2018 a renseigné la tranche 15 à 50 ans. Estimés à 228‰ femmes et à 232‰ hommes pour la période 2004-2011, les taux sont passés à respectivement 155 ‰ et 185 ‰ pour la période 2012-2018.

Tableau 2: Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe féminin par groupe d'âge, pour la période de 06 à 7 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2018

	Groupes d'âge	1991 - 1997	1997-2004	2004-2011	2011-2018
Femmes	20 - 24 ans	3,19	5,25	4,87	2,96
	25 - 29 ans	3,62	7,85	6,45	3,54
	30 - 34 ans	4,64	8,12	8,18	5,66
	35 - 39 ans	4,23	7,45	8,98	5,38
	40 - 44 ans	6,91	8,49	10,44	6,75
	45 - 49 ans	7,36	10,12	9,88	6,89
Sources		EDSC III 2004	EDSC III 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC-V 2018

Tableau 3: Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe féminin par groupe d'âge, pour la période de 06 à 7 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2018

	Groupe d'âge	1991 - 1997	1997-2004	2004-2011	2011-2018
Hommes	20 - 24 ans	3,06	4,09	3,22	4,07
	25 - 29 ans	4,27	6,19	5,42	3,42
	30 - 34 ans	4,22	7,87	8,16	4,65
	35 - 39 ans	7,39	10,73	8,24	5,88
	40 - 44 ans	5,47	13,11	12,14	10,1
	45 - 49 ans	12	13,29	12,43	9,83
Sources		EDSC II 2004	EDSC III 2004	EDSC-MICS, 2011	EDSC V 2018

4. Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)-ODD 3.2.1

C'est la probabilité (quotient) pour un enfant né à un endroit spécifique à une année donnée de mourir avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans.

La propagation rapide du COVID-19 en 2020 s'est traduite par une chute des consultations externes dans les établissements de santé par rapport à 2019. Les patients ont cessé de fréquenter les établissements de santé surtout par crainte de contracter la COVID-19. La baisse de la fréquentation et de l'accès aux services compromet en premier lieu la santé des mères et des enfants. La diminution de l'accès des mères et des enfants aux services de santé essentiels présage une hausse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

La mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée de 122 décès à 79 décès pour 1 000 naissances vivantes de 2011 à 2018. Elle reste très inquiétante dans les régions de l'Est et du Nord avec respectivement 122 et 133 décès pour 1000 naissances vivantes. Selon l'OMS, il serait passé à 75 décès pour 1000 naissances vivantes en 2019 (Statistiques sanitaires mondiales 2021). Rappelons que la cible des ODD est d'atteindre 25 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030.

Tableau 4: Evolution du quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun

Année	1991	1998	2004	2011	2014	2018
< 5ans	125	151	144	122	103	79
Source	EDSC 1991	EDSC, 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS, 2014	EDSC 2018

Tableau 5: Quotient de mortalité des enfants de moins de 5ans pour 1000 naissances vivantes par régions au Cameroun

Régions	Adamaoua	Centre (sans Yaoundé)	Douala	Est	Extrême-Nord	Littoral (sans Douala)	NORD	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest	Yaoundé
Quotient de mortalité infanto-juvénile	96	85	50	122	102	40	133	57	78	90	NA	53

Source : MINSANTE, INS, EDSC V 2018

5. Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)

C'est la probabilité (quotient) pour un enfant né à un endroit spécifique à une année donnée de mourir avant d'avoir atteint l'âge d'un an.

La mortalité infantile a diminué passant de 62 décès en 2011 à 48 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2018. Elle reste très inquiétante dans les régions de l'Est et du Nord avec respectivement 77 et 76 décès pour 1000 naissances vivantes.

Tableau 6: Evolution du quotient de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun

Année	1991	1998	2004	2011	2014	2018
Quotient de mortalité infantile	64	77	74	62	60	48
Source	EDSC 1991	EDSC, 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS, 2014	EDSC 2018

Tableau 7: Quotient de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes par régions au Cameroun

Régions	Adamaoua	Centre (sans Yaoundé)	Douala	Est	Extrême-Nord	Littoral (sans Douala)	NORD	Nord-Ouest	Ouest	SUD	Sud-Ouest	Yaoundé
Quotient de mortalité infantile	56	48	36	77	53	25	76	32	51	64	36	39

Source : MINSANTE, INS, EDSC V 2018

6. Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)- ODD3.2.2

C'est la probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique à une année ou période donnée de mourir au cours des 28 premiers jours de vie.

La mortalité néonatale est passée de 31 à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes de 2011 à 2018. Selon l'OMS, il serait passé à 26 décès pour 1000 naissances vivantes en 2019 (Statistiques sanitaires mondiales 2021). La pandémie de COVID-19 risque d'inverser les remarquables améliorations observées au cours des deux dernières décennies chez les enfants et la survie des adolescents. Car, ils ont été gravement touchés par les perturbations des services essentiels la santé, l'éducation et d'autres services et en augmentant pauvreté et inégalité. La cible de cet ODD est d'atteindre 12 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030.

Tableau 8: Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes de 1991 à 2018

Années	1991	1998	2004	2011	2014	2018
Quotient de mortalité néonatale	33	37	29	31	28	28
Sources	EDSC 1991	EDSC, 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS, 2014	EDSC 2018

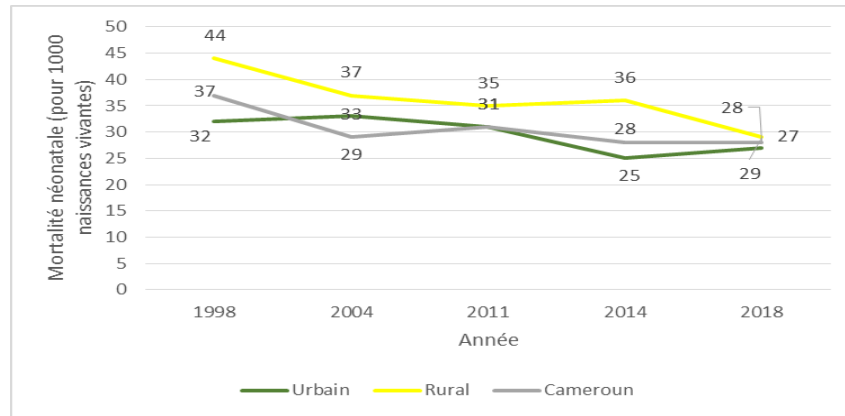


Figure 4: Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes selon milieu de vie au Cameroun de 1998 à 2018
Sources des données : MINSANTE , EDSC 1998, 2004, 2011 ;2018, MICS 2014

7. Taux de mortinatalité

C'est le nombre de morti-naissances pour 1000 naissances (enfants vivants et morts-nés).

Les morti-naissances sont des événements qui surviennent au cours des phases anté-partum et intra-partum. Ce sont des décès du fœtus qui surviennent au cours du troisième trimestre de la grossesse ou à la naissance. Elles traduisent généralement une défaillance dans la couverture et la gestion de la phase prénatale ou de l'intra-partum.

Selon l'OMS le taux de mortinatalité qui était estimé à 26 pour 1 000 naissances vivantes en 2009 est passé à 19,39 pour 1 000 naissances vivantes en 2019 (Statistiques Sanitaires Mondiales 2011 et 2021). Selon le bulletin épidémiologique du Cameroun (BEC 2021), les morti-naissances (7 551) qui renseignent sur la qualité de soins prénatals et per-partum sont cinq fois supérieures aux décès des nouveau-nés survenus au cours des 24 premières heures (1512)^o et trois fois supérieures aux décès néonataux survenus entre 0 et 28 jours (2238) sur le plan national.

B. MORTALITE PAR CAUSE DE DECES

8. Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)- ODD 3.1.1

C'est le nombre annuel de décès de femmes, en raison de causes liées à la grossesse ou aggravées par la grossesse ou sa prise en charge (sauf causes accidentelles ou fortuites), survenant pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la durée de la grossesse ou le type de grossesse, exprimé pour 100 000 naissances vivantes, sur une période donnée.

Le ratio de mortalité maternelle est passé de 669 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011. En 2018, il est estimé à 467 décès (suivant l'ancienne méthode de calcul) pour 100 000 naissances vivantes soit une baisse de 40%. En appliquant la définition de l'OMS qui restreint le calcul aux décès des femmes pendant

la grossesse ou l'accouchement, ou pendant les 42 jours suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse, le ratio de mortalité maternelle est alors estimé à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes. En 2021, les décès maternels restent préoccupants et sous-notifiés. Le système de gestion des incidents a été activé pour améliorer les interventions de la surveillance des décès maternels, périnataux et la riposte (SDMPR). Dans le même temps, la cible de l'ODD est de faire passer le ratio de mortalité maternelle au niveau mondial à 70 pour 100 000 naissances vivantes.

Tableau 9: Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes au Cameroun entre 1998 et 2018

Période	1991 - 1998	1997 - 2004	2004 - 2011	2011-2018
Ratio	511	669	782	467*, 406 **
Sources	EDSC 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

* : Ancienne méthode de calcul correspondant aux résultats des précédentes enquêtes EDS au Cameroun

** : Nouvelle méthode de calcul correspondant à la définition de l'OMS

9. Taux de mortalité attribuable à la tuberculose (Pour 100 000 habitants)

C'est le nombre estimé de décès dus à la tuberculose pour une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.

Avant l'arrivée du COVID-19, la tuberculose était la première cause de décès par maladie infectieuse au monde, sévissant parmi les communautés pauvres et marginalisées. La tuberculose et la COVID-19 ayant des symptômes similaires, comme la toux, la fièvre et les difficultés respiratoires, les deux maladies peuvent être confondues ; le rejet social et la peur entourant le nouveau virus dissuadent certains patients à consulter. Ce qui laisse présager une hausse des indicateurs liés à la tuberculose.

Le taux de mortalité due à la tuberculose est passé de 52 pour 100 000 en 2005 à 25 pour 100 000 habitants en 2017 (Rapport mondial sur la Tuberculose, 2018). Par ailleurs, La proportion moyenne de décès (données administratives) parmi les cas traités depuis 2013 est de 6%.

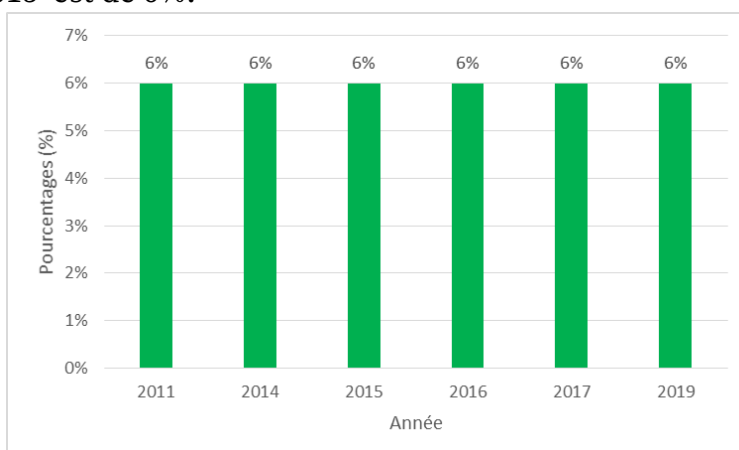


Figure 5: Evolution de la proportion de décès sur les cas traités au Cameroun entre 2011 et 2019

Source : MINSANTE, PNL, Rapports d'activités 2011-2020

10. Taux de mortalité attribuable au VIH/Sida (pour 100 000 habitants)

C'est le nombre estimé de décès d'adultes et d'enfants dus à des causes liées au sida pour une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.

Le VIH/Sida fut la dernière pandémie mortelle avant la COVID-19. Cependant, la COVID-19 menace les progrès réalisés jusqu'à présent en perturbant certains services essentiels de lutte contre le VIH.

Selon l'OMS, on observe une réduction du taux de mortalité due au VIH/Sida ces dernières années. En effet, il est passé de 188 en 2009 à 112 pour 100 000 habitants en 2015. En 2020, le nombre de décès dû au VIH était de 14000 selon les statistiques sanitaires mondiales de 2021.

Tableau 10: Taux de létalité des PVVIH pour 1000 habitants

Régions	Taux de létalité des PVVIH pour 1000	Taux de létalité des PVVIH pour 1000
Année	2019	2020
Adamaoua	4,8	3,4
Centre	4	3,7
Est	8,4	6,5
Extrême-Nord	5,2	4,9
Littoral	4,2	3,5
Nord	3,5	5,9
Nord-Ouest	4,5	4
Ouest	3,1	3,7
Sud	3,5	4,8
Sud-ouest	3,4	3

Source : MINSANTE, CNLS, Rapports d'activités 2019-2020

11. Taux de mortalité lié au paludisme (pour 100 000 Habitants)

C'est le nombre estimé de décès d'adultes et d'enfants dus au paludisme pour une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.

Le nombre de décès liés au paludisme rapportés en milieu intra hospitalier (tous les âges confondus) est passé de 20/100 000 en 2014 à 13/100 000 en 2018 à 14/100 000 en 2021. Une augmentation a été observée en 2019 (17,7/ 100 000) et en 2020 (15,8/100 000).

Tableau 11: Nombre de décès dus au paludisme pour 100 000 habitants entre 2014 et 2018

Régions	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Adamaoua	37	40	21	25	19	35,7	28,8	20
Centre	6	4	8	6	5	8,8	7,2	5,3
Est	41	27	27	28	20	17,3	18,7	20,1
Extrême-Nord	43	31	15	18	25	32,5	31,9	28,7
Littoral	6	3	4	7	5	5,6	5,6	4,6

Nord	40	33	21	25	23	37,5	27,4	28,3
Nord-Ouest	11	6	6	8	6	8	10,2	5,7
Ouest	8	8	7	6	9	11,9	8,6	6,9
Sud	8	6	10	21	7	13,5	6,5	7,9
Sud-Ouest	11	7	6	8	13	6,1	7,1	5,6
Total National	20	16	11	13	13	17,7	15,8	14

Source : MINSANTE, PNLP, Rapports annuels 2014-2021

12. Mortalité chez 30 à 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques- ODD 3.4.1

C'est la probabilité inconditionnelle de décéder entre l'âge exact de 30 et de 70 ans d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, de diabète ou d'une affection respiratoire chronique.

L'OMS estime le risque de décès prématuré chez les 30 à 70 ans à 24,39% en 2017, 24,1% en 2018 et 23,92% en 2019. Chez les hommes ce risque était évalué en 2019 à 25,69% et chez les femmes à 22,32% (Statistique sanitaire mondiale 2021). La cible de l'ODD est de *réduire d'un tiers par la prévention et le traitement le taux de mortalité prématurée*

13. Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant- ODD 3.9.1

C'est la mortalité attribuable aux effets combinés de la pollution de l'air ambiant dans des habitations et l'air ambiant.

En 2016, l'OMS estime que ce taux est de 208,1 pour 100 000 habitants soit 228 chez les hommes et 189 pour 100 000 habitants chez les femmes (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2021). La cible de l'ODD est de *réduire d'ici à 2030 le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'eau, de l'air et du sol.*

14. Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (Accès à des services WASH inadéquats) ODD 3.9.2

C'est le nombre de décès attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (exposition à un lavage des mains pas sûr), divisé par la population et multiplié par 100 000.

En 2016, l'OMS estime que ce taux est de 45,2 pour 100 000 habitants soit 46,17 chez les hommes et 44,14 pour 100 000 habitants chez les femmes (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2021). La cible de l'ODD est de *réduire d'ici à 2030 le nombre de décès et de*

maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'eau, de l'air et du sol.

15. Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel – ODD 3.9.3

C'est le nombre de décès attribuable à un empoisonnement, pour 100 000 habitants au cours d'une année donnée.

En 2019, l'OMS estime que ce taux est de 2,6 pour 100 000 habitants soit 3,02 chez les hommes et 2,13 pour 100 000 habitants chez les femmes (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2021). La cible de l'ODD est de *réduire d'ici à 2030 le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'eau, de l'air et du sol.*

16. Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) – ODD 3.4.2

C'est le nombre de suicides rapporté pour une population de 100 000 habitants sur une période donnée (standardisé selon l'âge).

Selon l'OMS, le taux de suicide au Cameroun est passé de 4,9 en 2012 à 9 pour 100 000 habitants en 2019 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2021). La cible de l'ODD est de *réduire d'un tiers par la prévention et le traitement le taux de mortalité prématurée dus à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.*

Tableau 12: Répartition de la mortalité par suicide par tranche d'âge et par sexe au Cameroun en 2019

Tranches d'âge	Les deux sexes	Masculin	Féminin
15-24	4,88	6,94	2,79
25-34	9,27	14	4,53
35-44	15,15	24,3	5,98
45-54	26,37	42,5	10,44

Source : OMS, Statistique sanitaires mondiales 2021

17. Taux de mortalité lié aux accidents de la route ODD3.6.1

C'est le nombre de décès causés par des traumatismes mortels dus à des accidents de la circulation, pour 100 000 habitants (standardisé selon l'âge).

L'OMS estime en 2019 à 30,2 pour 100 000 habitants le taux de mortalité dus aux accidents de la route. La cible nationale de l'ODD était de *diminuer de moitié d'ici à 2020 le nombre de décès et de blessures dus aux accidents de la route.* Le Cameroun, n'ayant pas pu atteindre cet objectif de 29 pour 100 000 en 2015), devra faire un état des lieux et définir une nouvelle cible.

18. Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors des catastrophes (pour 100 000 personnes) –ODDs 1.5.1 ; 11.5.1 ; 13.1.1

C'est le nombre de décès causés par les catastrophes, pendant ou directement après, comme résultat de cet événement hasardeux.

Le nombre de personnes décédées ou disparues lors ou après une catastrophe est peu documenté. Toutefois, sur la base des données recueillies auprès de la Direction de la protection civile du Ministère de l'administration territoriale, les données ont été compilées dans le tableau N° 13. Les cibles des ODD liés à cet indicateur on principalement pour objectif d'ici à 2030 de (i) *renforcer la résilience des pauvres et des personnes en situation vulnérable et réduire leur exposition et leur vulnérabilité aux phénomènes climatiques extrêmes et à d'autres chocs et catastrophes d'ordre économique, social ou environnemental*, (ii) *réduire nettement le nombre de personnes tuées et le nombre de personnes touchées par les catastrophes*, y compris celles qui sont d'origine hydrique, et réduire nettement le montant des pertes économiques qui sont dues directement à ces catastrophes exprimé en proportion du produit intérieur brut mondial, l'accent étant mis sur la protection des pauvres et des personnes en situation vulnérable, (iii) *Renforcer, dans tous les pays, la résilience et les capacités d'adaptation face aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles liées au climat*.

Tableau 13: Récapitulatif des décès, disparus et personnes touchées lors des catastrophes de 2008 à 2018

Année	Nombre de personnes décédées	Nombre de personnes disparues	Nombre de personnes directement touchées
2008	1342	0	5706
2009	1290	1	5345
2010	1328	0	5575
2011	1073	0	4329
2012	1665	4	4980
2013	1170	0	4630
2014	1337	0	4067
2015	1091	0	4058
2016	2034		7290
2017	285	34	4142
2018	254	3	1200

Source : MINAT/DPC, 2019

19. Nombre de victimes d'homicides (pour 100 000 personnes) par sexe et par âge- ODD 16.1.1

Le décès d'une personne avec intention de donner la mort ou infligé par une blessure importante, peu importe le moyen.

L'OMS estime en 2019 à 6,4 pour 100 000 habitants le nombre de victimes d'homicides soit 10,15 pour 100 000 pour les hommes et 2,73 pour 100 000 chez les femmes (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2021). La cible de l'ODD est de *réduire nettement toutes les formes de violence et les taux de mortalité* qui y sont associés.

C. FÉCONDITÉ

20. Taux de fécondité des adolescentes (pour 1 000 filles) âgées de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans 3.7.2

C'est le nombre annuel de nouveau-nés dont la mère est âgée de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans, pour 1000 femmes dans chaque tranche d'âge.

Le pays ne disposant pas de données pour les 10-14 ans, les données sont disponibles uniquement pour les adolescentes de 15 à 19 ans. Le taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans a baissé, passant de 127 pour 1 000 filles pour la période 2005-2011 à 122 pour 1 000 filles pour la période de 2011-2018.

Tableau 14: Taux de fécondité des adolescentes pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans, pour la période de trois ans ayant précédé l'enquête, au Cameroun de 1991 à 2018

Période	1988 - 1991	1995 -1998	2001 - 2004	2005 - 2011	2011 - 2018
Taux de Fécondité	164	162	138	127	122
Source	EDSC 1991	EDSC 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

21. Indice synthétique de fécondité

C'est le nombre moyen d'enfants par femme qu'aurait mis au monde une cohorte hypothétique de femmes durant leur vie si elles devaient vivre jusqu'à l'âge de 50 ans et si au cours de cette période, elles avaient eu des taux de fécondité conformes aux taux de fécondité par âge pour cette période.

Le nombre d'enfants par femme est passé de 5,1 à 4,8 de 2011 à 2018. Ceci constitue une amélioration non négligeable pour l'état de santé des femmes ; mais, les régions de l'extrême-Nord et du Nord continuent d'enregistrer des indices très élevés soit de 5,9 et de 6,2 respectivement. L'écart entre les milieux de résidence n'est pas négligeable.

Tableau 15: Indice synthétique de fécondité sur la période 1991-2018 (Nombre d'enfants par femme de 15-49 ans) par milieu de résidence au Cameroun

Année	1991	1998	2004	2011	2018
Urbain	5,2	3,8	4	4	3,8
Rural	6,3	5,4	6,1	6,4	6
Ensemble	5,8	4,8	5	5,1	4,8
Source	EDSC 1991	EDSC 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

Tableau 16: Indice synthétique de fécondité par région au Cameroun en 2018

Régions	Adamaoua	Centre sans Ydé	Dla	Est	Extrême-Nord	Littoral sans Dla	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest	Ydé
2018	4,6	5,2	2,8	5,1	5,9	4,3	6,2	4,9	5,5	4,1	2,6	3,5

 Source : MINSANTE, INS, **EDSC V 2018**

D. MORBIDITE

22. Nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination

C'est le nombre de nouveaux cas confirmés de maladies évitables par la vaccination (MEV) incluses dans les normes OMS pour la surveillance des MEV, et le nombre de cas de MEV notifiés sur le formulaire conjoint OMS-UNICEF sur une période donnée.

Le rapport annuel du GTC-PEV de 2021 et les Statistiques Sanitaires Mondiale de l'OMS la même année nous présentent les nouveaux cas confirmés de certaines maladies évitables par la vaccination entre 2017 et 2021. Toutefois, des efforts doivent être maintenus pour confirmer cette tendance et aller vers l'éradication desdites maladies.

Tableau 17: Nombre de Cas confirmés de certaines Maladies évitables par la vaccination de 2017 à 2021

Nouveaux cas de MEV	2017	2018	2019	2020	2021	Sources
Diphtérie	ND	ND	ND	ND	ND	OMS 2021
Rougeole	712	814	2809	1509	ND	OMS 2021
TNn	50 cas et 19 décès	26	13	13	31	Rapport annuel PEV 2021
FJ	4	5	22	6	ND	OMS 2021
PFA	922	755 cas dont 665 adéquat (88%)	607 cas dont 504 adéquat 83%	607 cas dont 504 adéquat 83%	741	Rapport annuel PEV 2021
Rubéole	711	693	55	23		OMS 2021

Tableau 18: Activités de vaccination supplémentaire réalisées de 2017 à 2021 au Cameroun

AVS	2017	2018	2019	2021
JLV	4	2	1	0
JNV & SASNIM	1	1	1	1
Riposte TMN	2	2	0	0
Riposte rougeole	3		1	1
Riposte FJ	0	0	0	1
Riposte COVID	0	0	0	3

 Sources : MINSANTE, PEV, **Rapports annuels 2017-2022**

23. Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminés dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire

C'est le nombre de nouveaux cas confirmés par année de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du RSI (à déclaration obligatoire immédiate) et nombre de nouveaux cas confirmés par année d'autres maladies à déclaration obligatoire (maladies susceptibles d'avoir un impact important sur la santé publique et de se propager rapidement au niveau international).

Selon l'International Health Regulation/NFP event tracker 2018, le Cameroun a notifié à l'OMS un cas humain de la variole du singe en juin 2016 (cas confirmé chez un chimpanzé), des cas de méningite en mars 2017, un cas sur la variole du singe en mai 2018, plusieurs cas de choléra en mai 2018 et un cas de Polio cVDPV2 de source environnementale en 2019.

24. Prévalence du VIH/Sida

C'est le pourcentage des personnes vivants avec le VIH. La prévalence mesure la fréquence d'une maladie existante dans une population bien définie à un moment donné.

La prévalence du VIH au Cameroun a baissé de moitié en 14 ans, passant de 5,5% en 2004 à 2,7% en 2018 chez les personnes âgées de 15-49 ans (EDSC 2018). La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes en 2011 (5,6% contre 2,9%) et en 2018 (3,4% contre 1,9%). Les tranches d'âge les plus concernées se situent entre 35 et 44. Malgré la baisse générale, l'on note des disparités régionales.

Tableau 19: Prévalence du VIH, selon l'âge et le sexe en 2018 au Cameroun

Pourcentage des femmes et des hommes, âgés de 15 à 49 ans qui sont HIV séropositifs, en 2018 au Cameroun			
Groupe d'âge	Prévalence		
	Femmes	Hommes	Ensemble
15 -19 ans	0,8	0,7	0,75
20 - 24 ans	2,4	1,6	2
25 - 29 ans	3,7	1,7	2,7
30 - 34 ans	4,1	2,7	3,4
35 - 39 ans	6,5	3,6	5,05
40 - 44 ans	6,4	3,2	4,8
45 - 49 ans	4,9	1,8	3,35
50 - 64 ans	4,8	1,9	3,35
Ensemble 15 - 49	3,4	1,9	2,7
Ensemble 15 - 64	3,6	1,9	2,8

Source : MINSANTE, INS, **EDSC V 2018**

Tableau 20: Prévalence du VIH par région d'étude au Cameroun, de 2004 à 2018

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont séropositifs en 2018 au Cameroun			
Régions	2004	2011	2018
Adamaoua	6,9	5,1	4,2
Centre (sans Yaoundé)	4,7	6,1	3,8
Douala	4,5	4,6	2,5
Est	8,6	6,3	5,5
Extrême-Nord	2	1,2	1,1
Littoral (sans Douala)	5,6	3,9	2,4
Nord	1,7	2,4	1,7
Nord-Ouest	8,7	6,3	4,4
Ouest	4,7	2,8	1,8
Sud	6,5	7,2	6,3
Sud-Ouest	8	5,7	3,2
Yaoundé	8,3	6,3	2,6
Cameroun	5,5	4,3	2,7
Sources	EDS 2004	EDS MICS 2011	EDSC 2018

25. Incidence du VIH/Sida- ODD 3.3.1

C'est le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH pour 1 000 habitants non infectés.

En 2020, l'OMS estimait l'incidence du VIH/Sida à 0,6% (Statistique sanitaires mondiale 2021). Le nombre de nouveaux cas qui était en 2000 très élevé (60 000) a été de 15 000 en 2020 ; mais des efforts restent à faire car la cible de l'ODD est de *mettre de fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030*

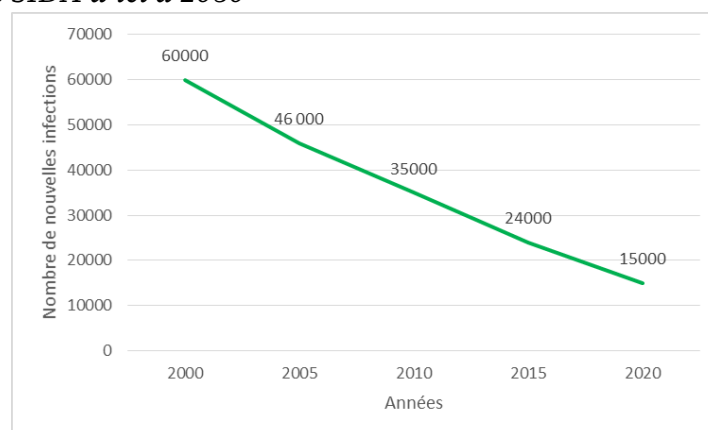


Figure 6: Nombre de nouvelles infections à VIH/Sida de 2000 à 2020

Source de données : OMS, Statistique sanitaire mondiale 2021

26. Prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B

C'est la prévalence de la séropositivité pour l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs), ajustée en fonction du plan d'échantillonnage.

La prévalence de l'hépatite virale B était de 11,9% au Cameroun (Centre pasteur du Cameroun, 2015). Selon l'étude CAMPHIA, la prévalence de l'infection active à l'hépatite B est de 8,3% en 2018 chez les 15-64 ans.

27. Incidence de l'hépatite B (pour 100 000 habitants) ODD 3.3.4

C'est le nombre de nouveaux cas d'infections à hépatite B pour 100 000 habitants au cours d'une année donnée, exprimé à partir de la prévalence de tous les anticorps contre le principal antigène de l'hépatite B (Anti HBc. Total) et l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) positif parmi les enfants de 5 ans.

L'incidence de l'hépatite B est estimée à 1,75 % au Cameroun en 2019 (Statistique sanitaire mondiale 2021). La cible de l'ODD est de *combattre l'hépatite*.

28. Incidence des infections sexuellement transmissibles (IST)

C'est le nombre de nouveaux cas de MST déclarés (syndromes ou étiologie) sur une période donnée (année).

D'après l'EDSC 2018, globalement, 18 % des femmes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu au cours des 12 mois précédant l'enquête, une IST et/ou des symptômes révélateurs d'IST. La prévalence déclarée d'une IST ou de symptômes associés chez les hommes est légèrement inférieure à celle des femmes (11 %).

29. Taux de syphilis congénitale (pour 100 000 naissances vivantes)

C'est le nombre de cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes.

Sur 10 études réalisées au Cameroun entre 1997-2003, le nombre d femmes soumises à un test était de 6306 femme avec une séroprévalence parmi les femmes enceintes de 2,81% (Elimination mondiale de la syphilis congénitale, 2009). Selon le Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012, le taux de syphilis congénital était estimé en 2016 à 1,68%.

30. Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)- ODD 3.3.2

C'est le nombre estimé de cas de tuberculose nouveaux et de rechutes (toutes formes confondues, y compris chez les personnes infectées par le VIH) sur une année donnée, exprimé en taux pour 100.000 habitants.

Comme dans la plupart des pays de la région, les services de la TB au Cameroun ont été touchés tant sous l'aspect organisationnel que opérationnel par la pandémie de COVID-19. Le programme a donc dû mettre en place des mesures permettant le

maintien du fonctionnement des services de la TB dans le pays. Ainsi, le taux d'incidence de la tuberculose a pu être maintenu à 174 pour 100 000 habitants en 2020 (Rapport Mondial sur la Tuberculose, 2020). La cible de l'ODD est de mettre de fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030.

31. Taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants)

C'est le nombre notifié de cas de tuberculose nouveaux et de rechutes sur une année donnée, pour 100 000 habitants.

On observe que le taux de notification des cas de tuberculose baisse progressivement d'une année à une autre. Il est passé de 121 cas pour 100 000 habitants en 2011 à 95 cas pour 100 000 habitants en 2018 (Rapport annuel PNLT, 2018). Entre 2018 et 2019, on note une légère augmentation de la notification de 3%. (Rapport annuel PNLT 2019). En 2019 on comptait 24 740 cas de TB toutes formes confondues notifiés contre 22 499 pour l'année 2020 soit une baisse de l'ordre 9% du taux de notification. Cette baisse s'explique entre autre par la propagation du COVID 19 qui avec les similitudes constatées entre ses symptômes et ceux de la TB et par la psychose qu'elle a implantée au sein de la population a réduit la fréquentation des FOSA en générale et des CDT en particulier (Rapport annuel PNLT 2020).

32. Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois

C'est le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois chez qui l'on a diagnostiqué une infection paludique.

La prévalence du paludisme qui était en baisse depuis un certain temps (passée de 30% en 2011 à 24% en 2018) s'est vu augmenter avec la présence de la pandémie à COVID-19. Cette dernière a causé l'interruption et/ou la diminution des services de santé rendant impossible les mesures essentielles à la prévention (les orientations vers les services communautaires et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MIILDA). De plus, les impacts sur le diagnostic et le traitement sont une préoccupation grave et immédiate pour la santé des enfants, quand on sait que la grande majorité des victimes du paludisme sont des enfants de moins de cinq ans.

Tableau 21: Prévalence du paludisme par région au Cameroun de 2017 à 2021

Régions	2017	2018	2019	2020	2021
Adamaoua	44,7	43,8	43	47,1	50,1
Centre	50,6	40,8	40,5	42,9	42,6
Est	37,2	32,3	39	41,5	43,7
Extrême-Nord	16,1	26,2	30,9	39	41,1
Littoral	27,8	23,4	32,6	25,7	30,8

Nord	25,5	32,3	38,4	49,6	54,7
Nord-Ouest	22,6	21,6	24	30,7	25,6
Ouest	29,9	30,8	45,5	43	41,7
Sud	45,1	40,5	46,6	52,3	53
Sud-Ouest	39,3	40,4	38,3	46,3	40,8

Sources : MINSANTE, **PNLP, Rapports annuels 2017-2021**

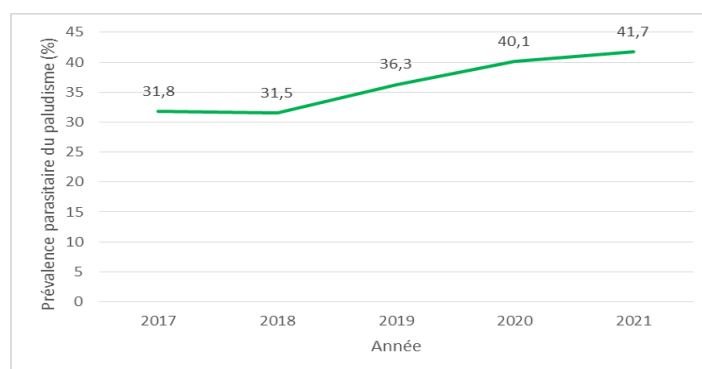


Figure 7: Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois de 2017 à 2021

Sources de données : MINSANTE, **PNLP, Rapports annuels 2017-2021**

33. Taux d'incidence du paludisme (pour 1 000 habitants)- ODD3.3.3

C'est le nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés notifiés, pour 1 000 personnes par an.

La perturbation causée par la pandémie à COVID causant l'interruption et la diminution des services essentiels est fortement responsable de la croissance du nombre de nouveaux cas de paludisme au Cameroun entre 2019 et 2021. De 2014 à 2018 ce taux était maintenu entre 73 et 86 pour 1000 habitants. Mais, entre 2019 et 2021, nous sommes quittés de 103,1 à 113,4 en passant par 101,2.

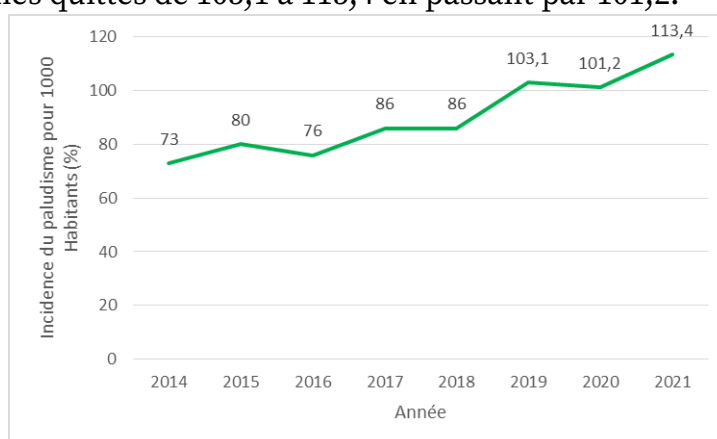


Figure 8. Evolution de l'incidence du paludisme (pour 1000 Habitants) de 2014 à 2021 au Cameroun

Sources de données : MINSANTE, **PNLP- Rapports annuels 2014-2021**

Tableau 22: Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants) de 2014 à 2021

Régions	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
---------	------	------	------	------	------	------	------	------

Adamaoua	93	115	90	123	110	140,9	129,4	136,1
Centre	52	60	86	100	103	120	106,6	122
Est	172	197	159	183	161	162,7	174,4	180
Extrême-Nord	75	75	51	63	85	101,5	113,8	119
Littoral	63	64	72	79	75	96,1	80,3	92,2
Nord	83	79	61	61	77	90,1	104	121
Nord-Ouest	61	61	60	75	63	68,7	76,2	84,2
Ouest	66	75	69	73	70	106,2	93,2	96
Sud	46	69	68	77	72	82	87,5	94,3
Sud-Ouest	96	123	111	111	74	83,9	74	102,9
Total National	73	80	76	86	86	103,1	101,2	113,4

Sources : MINSANTE, PNL- Rapports annuels 2014-2021

34. Incidence du cancer, par type de cancer (Pour 100 000 habitants)

C'est le nombre de nouveaux cas de cancer par localisation/type spécifique dans la population pour 100 000 habitants.

Sur la base des données disponibles dans le registre de cancers, l'OMS a fait des estimations et a produit le GLOBOCAN 2020 (Estimation de l'incidence du Cancer, Mortalité et Prévalence dans le monde en 2020). En 2020, les trois cancers les plus fréquents sont : le cancer du sein (20,10%), le cancer du col de l'utérus (13,4%), le cancer de la prostate (10,6%).

Tableau 23: Données statistiques sur le Cancer au Cameroun en 2020

	Hommes	Femmes	les deux sexes
Population	13 277 075	13 268 789	26 545 864
Nombre de nouveaux cas	8 510	12 235	20 745
Âge standardisé du taux d'incidence (Monde)	120,7	137,9	127,6
Risque de développer un cancer avant l'âge de 75 ans (%)	12,0	13,1	12,5
Nombre de décès des suites d'un cancer	5648	7 551	13 199
Risque de décéder avant l'âge de 75 ans (%)	8,4	9,2	8,8
Prévalence des cas au cours des 05 dernières années	15 611	24 295	39 906
Les cinq cancers les plus fréquents, non compris le mélanome de la peau, par ordre d'importance	Prostate Foie Colorectal Lymphome non hodgkinien Pancréas	Sein Col de l'utérus Colorectal Ovaires Estomac	Sein Col de l'utérus Prostate Foie Colorectal

Source : OMS, Globocan, 2020

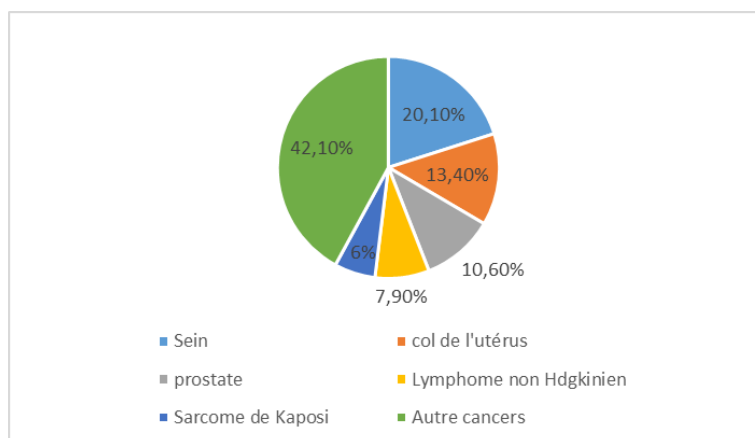


Figure 9: Distribution des Nouveaux cas de cancers au Cameroun, 2020

Source : OMS, Globocan, 2020

CHAPITRE II : INDICATEURS SUR LES FACTEURS DE RISQUE

1- Nutrition

De manière générale, les indicateurs de la nutrition évoluent positivement. L'allaitement exclusif au sein a presque doublé de 2011 à 2018 atteignant presque 40%. Cependant, des efforts restent à fournir en ce qui concerne l'initiation précoce au sein, l'incidence du faible poids de naissance chez les nouveau-nés et l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Par ailleurs, si le pourcentage des enfants présentant une émaciation est maintenu à moins de 5% jusqu'en 2025, on pourrait avoir espoir de l'éradiquer complètement en 2030. Parmi les indicateurs qui présentent un retard de progrès, on note des pourcentages encore élevés des enfants présentant un retard de croissance (27,2% en 2020), et des enfants en surpoids (11% en 2018)

2- Facteurs de risque environnementaux

Les indicateurs sur les facteurs de risque environnementaux sont globalement satisfaisants. Mais, de façon spécifique, des disparités assez importantes sont observées. En 2018, seulement 58% de populations en milieu rural utilisent un service d'eau de boissons géré de manière sure/ amélioré, 31% de populations en milieu rural utilisent un service d'assainissement géré de manière sure/ amélioré et 59% de population en milieu urbain utilisent principalement des combustibles et des technologies propres.

Bien que la consommation totale de tabac et d'alcool soit en baisse au niveau national, la situation reste préoccupante chez les hommes de 15 ans et plus. En 2018, les hommes ont consommé 9 litres d'alcool et 9% d'hommes ont consommé du tabac. Les femmes quant à elles, présentent des données peu satisfaisantes sur la prévalence de l'obésité et du surpoids (14%) et sur la prévalence du manque d'activité physique (35,18%).

3- Traumatismes/ pratiques traditionnelles traumatisantes

Le Cameroun, a enregistré ces deux dernières années, une hausse d'environ 35,8% de violences domestiques. En fait, quatre personnes sur dix déclaraient avoir subi des violences au sein de leurs foyers. Il est à noter que cette période correspond à celle de la pandémie de la COVID-19 qui s'est caractérisé par une forme de confinement.

E. NUTRITION

35. Allaitement exclusif au sein des nourrissons de 0 à 5 mois

C'est la proportion des nourrissons de moins de 6 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel.

L'allaitement exclusif au sein a presque doublé de 2011 à 2018, passant de 20,4% à 39,7%.

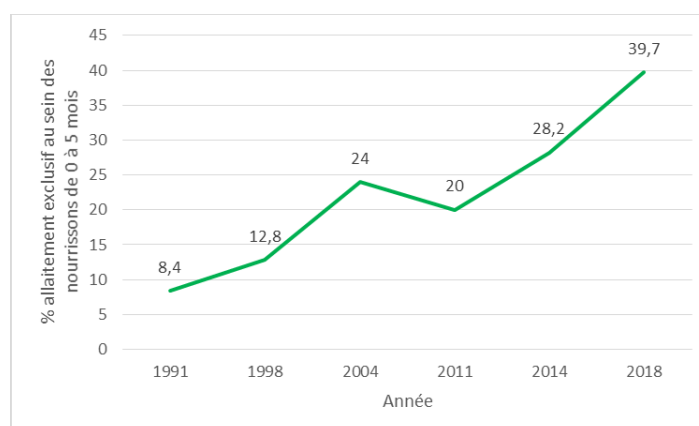


Figure 10: Evolution de l'allaitement exclusif au sein des nourrissons de 1991 à 2018 au Cameroun, exprimé en pourcentage
Source de données : MINSANTE, EDSC 1991-1998-2004-2011-2018; MICS 2014 ;

36. Initiation précoce de l'allaitement au sein

C'est la proportion des nourrissons qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance, pour une période donnée.

L'initiation précoce à l'allaitement au sein est passée de 39,9% en 2011 à 48% en 2018.

	2011	2014	2018
Initiation précoce à l'allaitement au sein	39,9	31,2	48
Source	EDSC-MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018

37. Incidence du faible poids de naissance chez les nouveau-nés

C'est le pourcentage des naissances vivantes pour lesquelles le nouveau-né pèse moins de 2500g.

Un poids insuffisant à la naissance est une cause majeure de mortalité et de morbidité dans la petite enfance. Un faible poids à la naissance peut affecter la santé de l'enfant, son développement, ou même son comportement et ses facultés d'apprentissage à l'école.

On observe une baisse de l'incidence du faible poids de naissance chez les nouveau-nés de 2011 (8,4 %) à 2018 (7,2%) avec plusieurs disparités régionales.

De 2011 et 2018, l'incidence du faible poids à la naissance baisse dans les régions de l'Est (de 11,7% à 8,4%), de l'Extrême-Nord (de 14,1 % à 6,1%), de l'Ouest (de 9,1% à 8,7%) et du Sud-Ouest (de 9,1% à 7,7%). Dans le même temps, cette incidence de faible poids à la naissance augmente dans les régions du Centre (de 5,1% à 8,2%), du Nord-Ouest (de 4,8% à 5,3%), du Sud (de 5,7% à 6,1%) et du littoral (de 8,2% à 9,6).

Tableau 24: Pourcentage de naissances vivantes qui pèsent moins de 2500 gr à la naissance / Nourrissons de faible poids à la naissance entre 2011 et 2018

Régions	2011	2014	2018
Adamaoua	7,5	7,3	5,2
Centre sans Yaoundé	5,1	7,6	8,2

Douala	10,1	10,1	7,2
Est	11,7	8	8,4
Extrême -Nord	14,1	12,7	6,1
Littoral sans Douala	8,2	8,6	9,6
Nord	8,1	8,2	5,7
Nord - Ouest	4,8	6,5	5,3
Ouest	9,1	6,3	8,7
Sud	5,7	7,7	6,1
Sud - Ouest	9,1	7,4	7,7
Yaoundé	7	8,9	6,9
Cameroun	8,4	8,3	7,2
Source	EDSC -MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018

38. Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, modéré ou grave- ODD 2.2.1

C'est le pourcentage des enfants de 0 à 59 mois présentant un retard de croissance (modéré ou grave).

Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est passé de 33% en 2011 à 28,9% en 2018. Selon l'OMS, ce taux était de 27,2% en 2020 (Statistiques sanitaires mondiales 2021). Ce pourcentage reste très préoccupant ; la cible de l'ODD étant de mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 y compris en atteignant d'ici 2025 les objectifs (*réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance*) arrêtés au niveau international sur le retard de croissance.

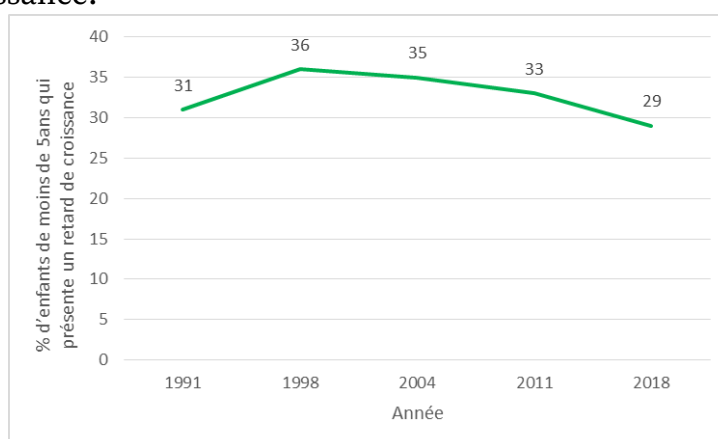


Figure 11: Evolution du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui présentent un retard de croissance modéré ou grave de 1991 en 2018

Source : MINSANTE, INS, **EDSC 1991, 1998, 2004, 2018, EDS-MICS 2011**

Tableau 25: Répartition du % d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave en 2018

Régions	2018
Adamaoua	35
Centre (sans Yaoundé)	27
Douala	9
Est	37

Extrême –Nord	37
Littoral (sans Douala)	19
Nord	41
Nord – Ouest	27
Ouest	25
Sud	26
Sud – Ouest	28
Yaoundé (Ydé)	11
Cameroun	29
Source	EDSC –V 2018

39. Enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation modérée ou grave ODD 2.2.1

C'est le pourcentage des enfants de 0 à 59 mois présentant une émaciation (modérée ou grave).

Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation a diminué passant de 5,6% en 2011 à 4% en 2018. La cible de l'ODD étant de mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 y compris en atteignant d'ici 2025 les objectifs (*réduire et maintenir au-dessous de 5% l'émaciation chez l'enfant*) arrêtés au niveau international sur l'émaciation.

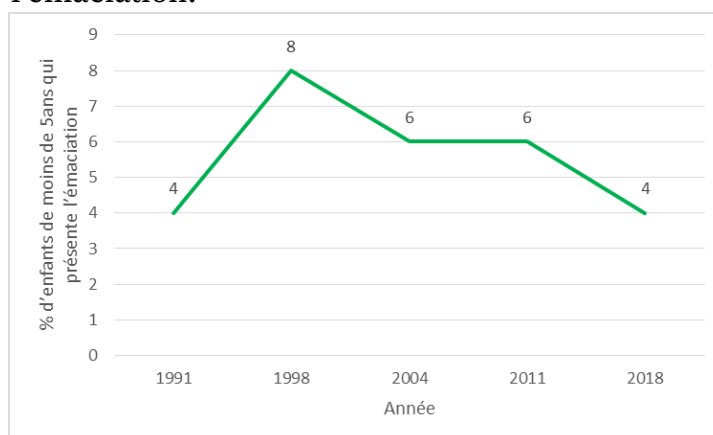


Figure 12: Evolution du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation modérée ou grave de 1991 à 2018

Source : MINSANTE, INS, EDSC 1991, 1998, 2004, 2018, EDS-MICS 2011

40. Enfants de moins de 5 ans présentant un surpoids / une surcharge pondérale modérée ou grave ODD 2.2.2

C'est la prévalence chez les enfants de 0 à 59 mois d'un poids pour leur taille supérieure à la médiane des normes OMS de croissance de l'enfant + 2 écart type.

Selon L'EDSC, la prévalence des enfants de moins de 5 ans présentant une surcharge pondérale a augmenté de 2011 à 2018, passant de 6,2% à 11%. La cible de l'ODD étant de *mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 y compris en atteignant d'ici*

2025 les objectifs (*pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids*) arrêtés au niveau international sur le surpoids des enfants.

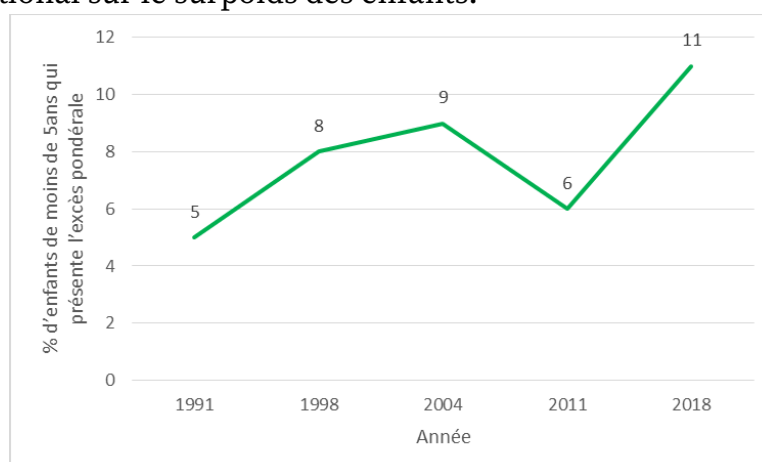


Figure 13: Evolution du pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant un surpoids/ une surcharge pondérale modérée ou grave de 1991 à 2018

Source : MINSANTE, INS, EDSC 1991, 1998, 2004, 2018, EDS-MICS 2011

41. Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois

C'est le Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois présentant un taux d'hémoglobine inférieur à 110 g/l, ajusté selon l'altitude.

La prévalence de l'anémie chez enfants de 6 à 59 mois a baissé de 3 points au Cameroun, passant de 60% en 2011 à 57% en 2018. Depuis 2004, ce sont les enfants de sexe masculin qui sont les plus anémiés. Les régions dans lesquelles l'anémie des enfants de 6 à 59 mois a le plus baissée, de 2011 à 2018, sont le Sud-Ouest (de 69,9% à 41,9%), le Sud (de 73,6% à 50,9%), la ville de Douala (de 67,5% à 56,5%), l'Ouest (de 45,5% à 56,6%), le Nord-Ouest (de 52,4% à 44,3%).

Tableau 26: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois, selon le sexe et la région de 2004 à 2018

	2004	2011	2018
Cameroun	68	60	57
Sexe	2004	2011	2018
Masculin	71,9	61,8	59,2
Féminin	64,6	58,8	55,5
Région	2004	2011	2018
Adamaoua	66,6	61,9	60,2
Centre (sans Yaoundé)	73,5	65,8	65,2
Douala	62,2	67,5	56,5
Est	73,2	66,8	64,8
Extrême -Nord	74,9	63,5	64
Littoral (sans Douala)	73,4	56,8	54,8
Nord	69,5	62,2	56,9
Nord - Ouest	54,7	52,4	44,3
Ouest	61,5	45,5	56,6
Sud	66,8	73,6	50,9

Sud – Ouest	81,3	69,9	41,9
Yaoundé	58,8	46,9	42,7
Source	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

42. Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

C'est le pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans présentant un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/l pour les femmes non enceintes ou allaitantes, et inférieur à 110 g/l pour les femmes enceintes, ajusté en fonction de l'altitude et du tabagisme.

La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer est passée de 39,5% en 2011 à 39,7% en 2018 (EDSC 2018).

F. INFECTIONS

43. Prévention du VIH chez les populations clés / à risque

Travailleuses du sexe : pourcentage rapporté de l'utilisation du condom avec les clients les plus récents.

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : pourcentage rapporté de l'utilisation du condom au cours du dernier rapport anal avec un partenaire masculin.

Utilisateurs de drogues injectables : nombre de seringues et /ou d'aiguilles distribués par personne.

Population générale : pourcentage des femmes et des hommes qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel.

Dans la plupart des populations clés, le nombre de client ayant bénéficié de programme de prévention du VIH augmente au fil des années.

Tableau 27: Nombre de clients ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH de 2018 à 2020 au Cameroun

Population clés/ à risque	2018	2019	2020
TS	32164	55561	69361
HSH	13454	15027	38291
UD	NA	1101	1252
TG	NA	270	1963
Clients TS	46505	144564	141378
JFNS	13403	43310	49201
JGNS	19024	52772	55182
Travailleurs d'entreprise	21806	42456	14113
Détenus	18519	260430	2159
Réfugiés	26116	415440	953
PSH	317	360	129

Source : CNLS, Rapports annuels 2018, 2019, 2020

G. FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

44. Populations utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre / amélioré ODD 6.1.1

C'est la proportion de la population utilisant une source d'approvisionnement de base en eau de boisson (eau sous conduite arrivant dans l'habitation, la cour ou la parcelle ; robinets publics ou borne-fontaine ; forages ou puits tubés ; puits ordinaires protégés ; sources protégées, eau de pluie recueillie dans des réservoirs) qui est située dans des locaux accessibles chaque fois que nécessaire, exempte de contamination fécale et de contamination par des produits chimiques prioritaires et/ou réglementée par une autorité compétente.

La proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau a progressé entre 2011 et 2018 passant de 68,6% à 79%. La cible de l'ODD est *d'assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable* d'ici à 2030.

Tableau 28: Proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau de boisson, selon le milieu de résidence, de 2004 à 2018 au Cameroun, exprimé en pourcentage

Année	2004	2011	2014	2018
Urbain	82	89,7	93	96
Rural	35,9	49,6	54	58
Ensemble	58,95	68,6	72,9	79
Sources	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018

45. Populations utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre / amélioré ODD 6.2.1a & 6.2.1b

C'est le pourcentage de la population :

- (i) utilisant une installation d'assainissement de base non partagée, et dont les excréta sont stockés en toute sécurité sur place ou acheminés de manière sûre vers un site déterminé d'élimination ou de traitement en toute sécurité ou collectés de manière hygiénique au moyen d'un camion vidangeur ou d'un équipement de ce type de manière à limiter le contact humain puis transportés vers un site déterminé.
- (ii) disposant dans le même temps des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon.

De 2011 à 2018, le pourcentage des ménages disposant des toilettes améliorées non partagées est passé de 39,9% à 61%. Dans la même période, ce pourcentage est plus faible en milieu rural (de 26,1% à 31%) qu'en milieu urbain (de 55,4% à 85%). La cible de l'ODD *étant d'assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable* d'ici à 2030.

Tableau 29: Répartition des ménages disposant de toilettes améliorées (Chasse d'eau, Latrines améliorées) non partagées entre 2004 et 2018 au Cameroun

Année	2004	2011	2014	2018
Urbain	56,2	55,4	51,1	85
Rural	28,6	26,1	15,5	31
Ensemble	42,4	39,9	34,9	61
Source	EDSC 2004	EDSC - MICS 2011	MICS 2014	EDS 2018

46. Populations utilisant principalement des combustibles et des technologies propres- ODD 7.1.2

C'est le pourcentage de ménages/de personnes utilisant des combustibles et des technologies modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer, suivant les recommandations présentées dans les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air à l'intérieur des habitations et aux combustibles ménagers.

Dans l'ensemble du pays, le nombre de ménages/ de personnes utilisant des combustibles solides pour la cuisine a varié passant de 74,5% en 2011 à 77,8% en 2018 avec une légère augmentation en 2014 (80,40%). La cible de l'ODD étant de *garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables et modernes, à un coût abordable d'ici à 2030.*

Tableau 30: Evolution de la population utilisant des combustibles solides / modernes pour faire la cuisine de 2011 à 2018

	2011	2014	2018
Cameroun	74,50	80,40	77,8
Urbain	54,40	61,7	58,8
Rural	95,40	97,50	97,1
Source	EDSC-MICS 2011	MICS 2014	EDS 2018

47. Niveau de pollution atmosphérique dans les villes ODD-11.6.2

C'est la concentration moyenne annuelle de matières particulaires dont le diamètre n'excède pas 2,5 microns (PM_{2,5}) [$\mu\text{g}/\text{m}^3$] (ou n'excède pas 10 microns [PM₁₀] si PM_{2,5} n'est pas disponible) en ville.

Selon Brauer, M et al dans l'étude intitulée « Global Burden of Disease de 2015 » publiée par la Banque Mondiale, la concentration moyenne annuelle de matières particulaires en ville au Cameroun est en croissance depuis 2010 passant de 59% en 2010 à 73% en 2017. Selon l'OMS en 2019, cette concentration était estimée à 65,30% (Statistiques sanitaires mondiales 2019).

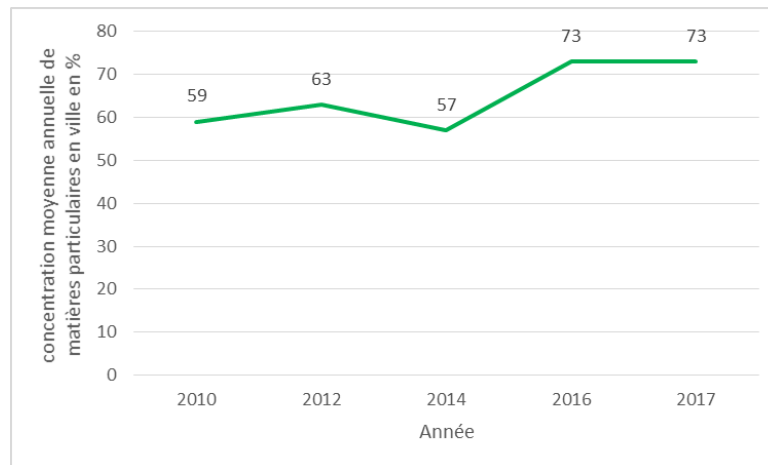


Figure 14: Evolution de la concentration moyenne annuelle de matières particulaires en ville au Cameroun entre 2010 et 2017

Source de données: **Base de données de la Banque mondiale**

48. Consommation totale de l'alcool per capita / habitant de 15 ans ou plus – ODD 3.5.2

C'est la quantité totale d'alcool consommée par adulte (âgé de 15 ans ou plus) en une année civile, en litres d'alcool pur (éthanol). La consommation d'alcool enregistrée fait référence aux statistiques officielles, alors que la consommation d'alcool non enregistrée fait référence à l'alcool qui n'est pas taxé et qui est hors d'atteinte des systèmes habituels de contrôle du gouvernement. Dans les situations où le nombre de touristes par an est au moins égal au nombre d'habitants, la consommation par les touristes est également prise en compte et est déduite de la quantité d'alcool enregistrée par habitant pour le pays.

L'abus d'alcool, est défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile. Selon l'OMS, la quantité d'alcool (éthanol) consommée par habitant (15 ans ou plus) au Cameroun est passée de 7,9 litres en 2008 à 9,9 litres en 2016 et à 5,7 litre en 2018 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2017 & 2021). En effet, les hommes ont consommé 9 litres et les femmes 2,4 litres. La cible de l'ODD est de renforcer la prévention et le traitement de l'abus des substances psycho actives notamment les stupéfiants et l'alcool d'ici à 2030.

49. Consommation du tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus standardisée selon l'âge ODD-3.a1

C'est la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus, standardisée selon l'âge. Les « produits du tabac à fumer » comprennent la consommation de cigarettes, bidis, cigares, cheroots, pipes, chicha (narguilé, ou pipe à eau), objets à fumer de fine coupe (tabac à rouler), krekets, et tout autre forme de tabac à fumer.

Selon les Statistiques Sanitaires Mondiales de 2021 la prévalence de la consommation de tabac au Cameroun en 2018 était de 9,3%. La même année, les résultats de l'EDSC présente qu'au total, 1 % des femmes et 9 % des hommes de 15-49 ans consomment du tabac, quelle qu'en soit la forme. La proportion d'hommes de 15-49 ans qui consomment des cigarettes a diminué entre 2011 et 2018, passant de 14 % à 8 %. Chez les femmes par contre, cette proportion est restée presque identique. La proportion d'hommes qui fument du tabac augmente avec l'âge, passant de 2 % à 15-19 ans à 15 % à 45-49 ans. La cible de l'ODD est de renforcer l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.

Tableau 31: Répartition de la prévalence de consommation de tabac par tranche d'âge au Cameroun en 2018

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	Des cigarettes	D'autres types de tabac	N'importe quel type de tabac	Des cigarettes	D'autres types de tabac	N'importe quel type de tabac
15-19	1,5	0	1,5	0,2	0	0,2
20-24	6,8	0,7	6,8	0,3	0,1	0,4
25-29	8,7	0,4	8,7	0,3	0,1	0,3
30-34	12,9	1,3	13,6	0,3	0	0,3
35-39	11,6	0,9	11,8	0,1	0,1	0,2
40-44	13,2	0,5	13,5	0,3	0	0,3
45-49	14,7	0	14,7	0,6	0,2	0,6

Source : MINSANTE, INS, EDSC 2018

Tableau 32: Répartition du nombre de cigarettes fumées par jours par les Hommes en fonction du milieu de résidence en 2018

	< 5	5 à 9	10 à 14	15 à 24	≥25
Yaoundé/douala	39,5	24,4	25,8	5,4	4,9
Autre urbain	30,3	35,5	15,7	15,7	2,9
Ensemble urbain	35,1	29,7	21	10,3	3,9
Rural	21,8	27,8	36,4	12,2	1,8

Source : MINSANTE, INS, EDSC 2018

50. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge

C'est la prévalence de l'hypertension (définie par une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg) chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge, et pression artérielle systolique moyenne.

Cette prévalence était estimée par l'OMS à 22% en 2010 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2014) et à 36,6% en 2017 et 36,8% en 2019 (Statistiques Sanitaires

Mondiales, 2021). En 2019, cette prévalence était légèrement plus élevée chez les femmes (38,6%) que chez les hommes (34,8).

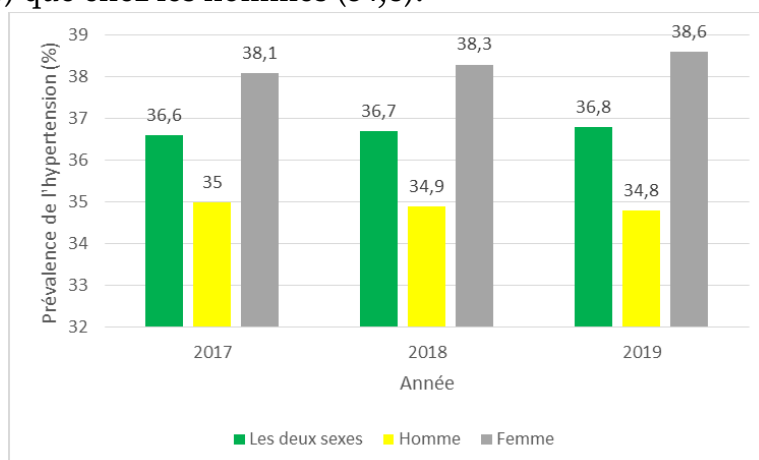


Figure 15: Répartition de la prévalence de l'hypertension par sexe de 2017 à 2019

Source de données : OMS, **Statistiques Sanitaires Mondiales 2021**

51. Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ou plus, standardisé selon l'âge

C'est le pourcentage des adultes (18 ans ou plus) qui sont en surpoids (ayant par définition un IMC ≥ 25 kg/ m²) ou obèses (ayant par définition un IMC ≥ 30 kg/m²).

L'OMS estime à 10% en 2016 la prévalence de l'obésité chez les populations de 18 ans ou plus soit 5% chez les hommes et 14% chez les femmes. Par ailleurs, les données nationales sur l'obésité disponibles uniquement pour les femmes de 15 à 49 ans montrent que le pourcentage de femmes de 15-49 ans en surpoids ou obèse était de 21% en 1998, 29% en 2004,, 32% en 2011 et 37% en 2018.

Figure 15: Evolution du Pourcentage de femmes de 15-49 ans en surpoids ou obèse de 1998 à 2018

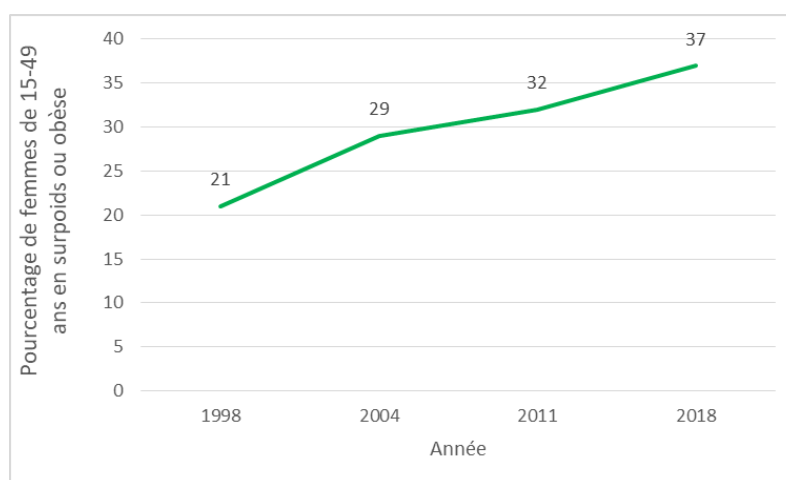


Figure 16: Evolution du Pourcentage de femmes de 15-49 ans en surpoids ou obèse de 1998 à 2018

Source : MINSANTE, INS, **EDSC 1991, 1998, 2004, 2018, EDS-MICS 2011**

52. Prévalence de l'élévation de la glycémie / diabète chez les personnes de 18 ans ou plus, ou chez les personnes sous traitement hypoglycémiant, standardisée selon l'âge

C'est la prévalence de l'élévation de la glycémie / du diabète chez les personnes de 18 ans ou plus ou chez les personnes sous traitement hypoglycémiant (définie chez les personnes de 18 ou plus par une valeur de la glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou par le fait d'être sous traitement hypoglycémiant), standardisée selon l'âge.

La prévalence de l'élévation de la glycémie dans la population générale était estimée par l'OMS à 5,8% en 2010 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2014) et de 5% en 2016 (Profil Pays des Maladies non Transmissibles, 2018). Par ailleurs, selon l'EDSC de 2018, environ 1 % des femmes et des hommes de 15-49 ans ont été informés qu'ils souffraient d'hyperglycémie ou de diabète.

53. Apport moyen en sel (Chlorure de Sodium) en gramme/jour chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge

C'est la somme de la quantité de sodium excrétée dans les échantillons d'urine de tous les répondants de 18 ans ou plus sur l'ensemble des répondants de 18 ans ou plus.

L'iode est un micronutriment qui joue un rôle important dans la fonction thyroïdienne. En accord avec les régulations sur l'alimentation et les médicaments, le sel consommé par les ménages doit être enrichi avec de l'iode (au moins 15 parties par million, ppm). Une alimentation contenant suffisamment d'iode contribue à prévenir l'apparition de goître, de dommages au cerveau et d'autres problèmes de santé liés à la fonction thyroïdienne. Selon le Profil Pays des Maladies non Transmissibles la quantité de sodium excrétée dans les échantillons d'urine était de 5g/j en 2016. Au Cameroun, parmi les ménages dans lesquels le sel a été testé au cours de la collecte des données de l'EDSC-V, 97 % disposent de sel iodé.

54. Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge

C'est la prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge (pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus qui ne satisfont aucun des critères suivants : 150 minutes d'activité physique modérée par semaine ; 75 minutes d'activité physique intense par semaine; une combinaison équivalente d'activité physique modérée et intense totalisant au moins 600 minutes d'équivalent métabolique par semaine).

La prévalence de l'insuffisance de l'activité physique chez les adultes était estimée par l'OMS à 28,51% en 2016 (Statistiques sanitaires mondiales, 2021), avec 35,18% femmes inactives contre 20% chez hommes.

H. TRAUMATISMES / PRATIQUES TRADITIONNELLES TRAUMATISANTES

55. Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime

ODD 5.2.1

C'est le pourcentage des jeunes filles et des femmes âgées de 15 ans ou plus vivant ou ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge.

En décembre 2020, L'UNFPA a publié une étude intitulé « La violence basée sur le genre en Afrique durant la pandémie de COVID-19 » qui stipulait que le confinement a entraîné une recrudescence de la violence fondée sur le genre. En ce qui concerne l'Afrique centrale, le Cameroun, a enregistré pendant la période de la Covid-19 une hausse d'environ 35,8% de violences domestiques. En fait, quatre personnes sur dix déclaraient avoir subi des violences au sein de leurs foyers. Cette augmentation est observée tant chez les hommes (35,2%) que chez les femmes (36%). Selon cette étude, l'origine de cette hausse serait due à une réduction des ressources financière, l'anxiété des populations et les restrictions de déplacement.

L'OMS estime à 22% la prévalence de la violence exercée par le partenaire intime en 2018 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2021). Les données nationales (EDSC-2018) concernent (i) les violences physiques (34,2% chez les femmes contre 11,7% chez hommes), (ii) les violences émotionnelles (28,8% chez les femmes contre 30% chez hommes), et (iii) les violences sexuelles (10,3% chez les femmes contre 6,4% chez hommes). La cible de l'ODD est d'éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faites aux femmes et aux filles y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation d'ici à 2030.

Tableau 33: Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont subi des violences exercées par leur mari/partenaire actuel ou le plus récent, selon certaines caractéristiques sociodémographique

Groupes d'âges	Violence émotionnelle	Violence physique	Violence sexuelle	Tous types
15-19	19,2	24,7	11,1	32,5
20-24	26,4	31,6	10,3	41,4
25-29	29,2	33,7	11,6	45,5
30-39	30,6	37,6	10,4	47,1
40-49	30,4	34,2	8,5	45,3
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	24,2	34,2	12,2	43,9
Autre urbain	28	32	10	43,4
Ensemble urbain	26,6	32,8	10,9	43,6
Rural	30,8	35,4	9,8	45,3
Total	28,8	34,2	10,3	44,4

Source : MINSANTE, INS, EDSC 2018

Tableau 34: Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui ont subi des violences exercées par leur épouse/partenaire actuelle ou la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographique

Groupes d'âges	Violence émotionnelle	Violence physique	Violence sexuelle	Tous types
15-19				
20-24	27,4	11,8	9,1	30,4
25-29	31,1	10,9	4,8	34
30-39	31,1	10,9	8,3	34,7
40-49	29,4	13,2	4,8	32,7
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	31,4	14,1	9,1	36,1
Autre urbain	22,9	9,9	6,6	27,6
Ensemble urbain	26,7	11,8	7,7	31,4
Rural	33,1	11,6	5,1	35
Total	30	11,7	6,4	33,2

Source : MINSANTE, INS, EDSC 2018

56. Prévalence de la violence sexuelle infligée par une personne autre que le partenaire intime ODD 5.2.2

C'est la proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus victimes de violences sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par une personne autre que leur partenaire intime, par âge et lieu des faits.

Au cours de la collecte des données de l'EDSC 2018, dans l'ensemble, 41% de femmes ont été sexuellement violentées. La cible de l'ODD est d'éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faites aux femmes et aux filles y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation d'ici à 2030.

Tableau 35: Auteurs des violences sexuelles contre les femmes parmi les femmes qui ont déclaré avoir subi des violences sexuelles, pourcentage ayant mentionné différents types d'auteurs des violences au moment de la première expérience de violence sexuelle chez le

Auteurs des violences	Pourcentage (%)
Père/ beau-père	0,5
Frère/beau-frère	0,6
Autre membre de la famille	3,9
Beau parent	1,2
Ami/ connaissance	18,4
Ami de la famille	3,2
Enseignant (e)	0,7
Employeur/ quelqu'un au travail	0,2
Police/militaire/gendarme	0,6
Etranger	11,5
Autres	0,4

Source : MINSANTE, EDSC 2018

57. Prévalence des mutilations génitales féminines / Excision – ODD 5.3.2

C'est la proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale, par âges.

Selon l'OMS, les mutilations génitales féminines (MGF) sont l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes pour des raisons non médicales. En 2004, selon l'EDS, la prévalence des MGF chez les femmes âgées de 15 à 49 ans était de 1,4%. Les régions touchées étaient respectivement l'Extrême-Nord (5,4%), le Sud-Ouest (2,4%), le Nord (2,2%), l'Est (1,6%), l'Ouest (0,4%) et l'Adamaoua (0,2%). La cible de l'ODD est *d'éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine d'ici à 2030.*

58. Violences sexuelles sur les enfants- ODD 16.2.3

C'est la proportion de jeunes femmes et hommes de 18 à 29 ans ayant été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

La violence sexuelle sur enfant se caractérise par toutes les relations sexuelles imposées aux enfants par la force, la contrainte, la menace ou la surprise. Ainsi la notion de violence sexuelle englobe l'idée de contrainte et de coercition. La cible de l'ODD est *de mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants d'ici à 2030.*

Tableau 36: Répartition par tranche d'âge des enfants ayant subi les premiers actes de violences sexuelles avant d'atteindre l'âge de 18 ans en 2018

Groupe d'âge	Femmes	Hommes
15-19	Na	na
20-24	7,8	2,2
25-29	5,4	1,9

Source : MINSANTE, EDSC 2018

59. Proportion des Mariages précoces- ODD 5.3.1

C'est la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans ou de 18 ans.

Les données de l'EDSC 2018 montrent que Parmi les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête, 11 % avaient déjà contracté une première union en atteignant l'âge exact de 15 ans et 30 % avant l'âge exact de 18 ans. La cible de l'ODD est *d'éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.*

Tableau 37: Taux de mariage précoces en 2018

		2018
Pourcentage de personnes âgées de 15-19 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 15 ans	Femmes	6
	Hommes	0,1
Pourcentage de personnes âgées de 20-24 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 15 ans	Femmes	11
	Hommes	0,2
Pourcentage de personnes âgées de 25-49 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 15 ans	Femmes	12,7
	Hommes	0,1
Pourcentage de personnes âgées de 15-19 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 18 ans	Femmes	NA
	Hommes	NA
Pourcentage de personnes âgées de 20-24 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 18 ans	Femmes	29,8
	Hommes	2,9
Pourcentage de personnes âgées de 25-49 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 18 ans	Femmes	35,8
	Hommes	4,8
Source		EDS 2018

60. Fréquence des traumatismes / Blessures attribuables aux accidents de travail – ODD 8.8.1

C'est la fréquence des accidents du travail mortels et non mortels, par sexe et statut au regard de l'immigration.

Le Pourcentage d'entreprises ciblées qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail qui était évalué à 18% en 2015 a été estimé en 2020 à 25% selon l'évaluation du PNDS 2016-2020. Calculé sur la base des données des statistiques sanitaires mondiale de l'OMS, la Banque Mondiale estimait à 10% les causes de décès par accidents et traumatismes en 2019.

CHAPITRE III : INDICATEUR SUR LA COUVERTURE DES SERVICES

1- Santé de la reproduction / Santé maternelle néonatale, infantile et de l'adolescent

La situation de la santé de la reproduction est assez complexe. Pendant qu'on note des améliorations satisfaisantes de certains indicateurs, d'autres se détériorent. On note des diminutions de performance en ce qui concerne les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par les méthodes modernes (14,4% de femmes en 2018), ou encore les femmes utilisent une méthode contraceptive (19%). Ces diminutions de performance sont aussi observées au niveau de la proportion d'accouchement assistés par du personnel de santé (50,6% en 2021), du pourcentage de femmes ayant bénéficié des soins post-partum (59% en 2018) et du pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins post-natals (60% en 2018).

De légères améliorations ont cependant été enregistrées. Ainsi, En 2018, 65% de femmes de 15-49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant ont bénéficié d'au moins 4 CPN et 55% d'enfants de 6 à 59 mois ont reçu une supplémentation en vitamine A.

2- Vaccination

La mise en œuvre des activités du PEV au cours de l'année 2020 et 2021 a été marquée par plusieurs faits majeurs. Le vaccin contre la COVID-19 a connu une adhésion très difficile et limitée de la population, ce qui a également impacté l'adhésion à certains vaccins existant mais surtout à aux nouveaux vaccins. Cependant, la couverture dans les vaccins classiques tels que le penta 3 est restée à 81%. Depuis 2020, 3 vaccins ont été introduits : RR2, HPV 1&2 et vaccins anti COVID-19.

3-Sida / Tuberculose / Paludisme

L'évolution n'est pas la même entre les affections responsables du fardeau des maladies transmissibles. Pendant que les indicateurs de TB sont restés constants et ceux de VIH ont connu une assez bonne évolution, les indicateurs de paludisme ont connu une baisse.

En effet, que ce soit la proportion de PVVIH connaissant leur statut (83%), le pourcentage de PVVIH sous TARV (54%) et le pourcentage de personnes sous TARV qui présentent une suppression de la charge virale (84,5%) les données de 2020 sont assez satisfaisantes. Mais, la couverture en ARV des FEC VIH+ a baissé de 4 points passant de 84,5 à 80,2 entre 2018 et 2020.

Par ailleurs, la chute de la couverture par le TPI3 observée en 2020 (40%) laisse penser que la pandémie du COVID-19 aurait joué un rôle important dans la baisse de performance des services de PEC de paludisme.

4- Addiction aux drogues

La proportion des anciens patients enregistrés en 2021 encore suivi par les unités spécialisées a réduit, pour atteindre les 41% en 2021 ; tandis que la proportion de nouveaux patients demandeurs de traitement enregistrés la même année a augmenté (59,19%)

I. SANTE DE LA REPRODUCTION / SANTE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE ET DE L'ADOLESCENT

61. Besoins en planification familiale satisfaits par les méthodes modernes-ODD 3.7.1

C'est le pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) sexuellement actives, dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes.

Au Cameroun, les besoins satisfaits en planification familiale ont connu une baisse de 2011 à 2018 passant de 23,7% à 15,4%. La cible de l'ODD est d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

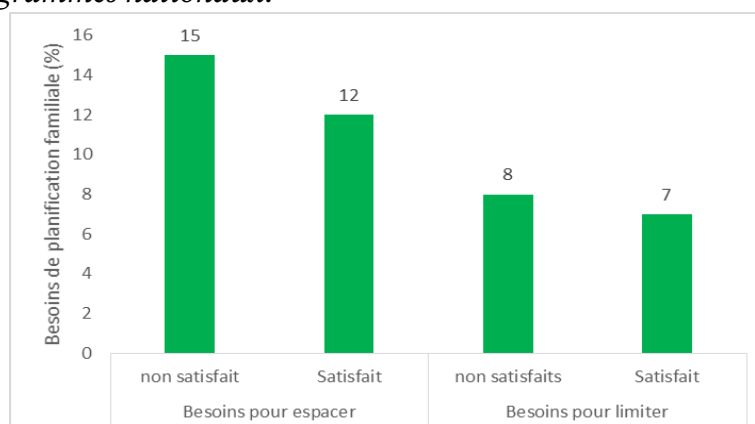


Figure 17: Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union selon les besoins en matière de planification familiale en 2018

Source : MINSANTE, EDSC 2018

62. Taux de prévalence de la contraception

C'est le pourcentage des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, qui utilisent ou dont le partenaire sexuel utilise à l'heure actuelle au moins une méthode contraceptive, quelle que soit la méthode utilisée.

La tendance de la prévalence contraceptive pour toutes les femmes de 15 à 49 ans en union est en baisse depuis 2011. En effet, selon l'EDS 2018, elle est passée de 23,4% en 2011 à 19,3% en 2018. Mais, la prévalence de l'utilisation des méthodes traditionnelles est également en baisse (de 8% en 2011 à 4% en 2018).

63. Couverture par les soins anténatals (au moins 04 consultations)

C'est le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant sur une période donnée, qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations anténatales pendant leur grossesse.

On observe une évolution de la couverture en CPN 4 et plus de 2011 (62,2%) à 2018 (64,9%).

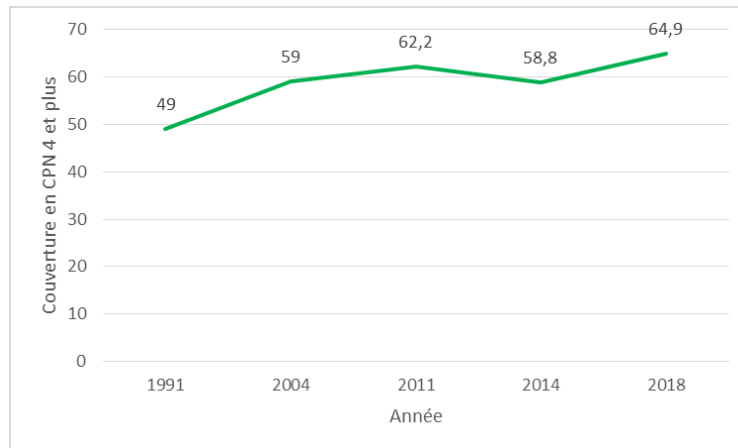


Figure 18: Evolution de la couverture en CPN 4 et plus entre 1991 et 2018 au Cameroun

Source : MINSANTE, EDSC 1991, 2004, 2018, EDSC-MICS 2011, MICS 2014 ;

64. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié- ODD 3.1.2

C'est le pourcentage des naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié pendant une période donnée.

Selon le BEC, la proportion d'accouchements assistés sur le plan national est de 50,66% en 2021. La région de l'Extrême-Nord a la plus faible proportion d'accouchements assistés (34,82%). Les accouchements dans les formations sanitaires ont augmenté passant de 61,2% en 2011 à 67% en 2018 et les accouchements assistés par du personnel qualifié sont passés de 63,6% en 2011 à 69% en 2018. Mais, un défi dans la mesure de l'assistance qualifiée à l'accouchement consiste à déterminer quels prestataires sont « qualifiés ». Cet indicateur contribue à l'atteinte de la cible 3.1.2 des ODD qui stipule que *d'ici à 2030 de faire passer le taux de mortalité maternel au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes*.

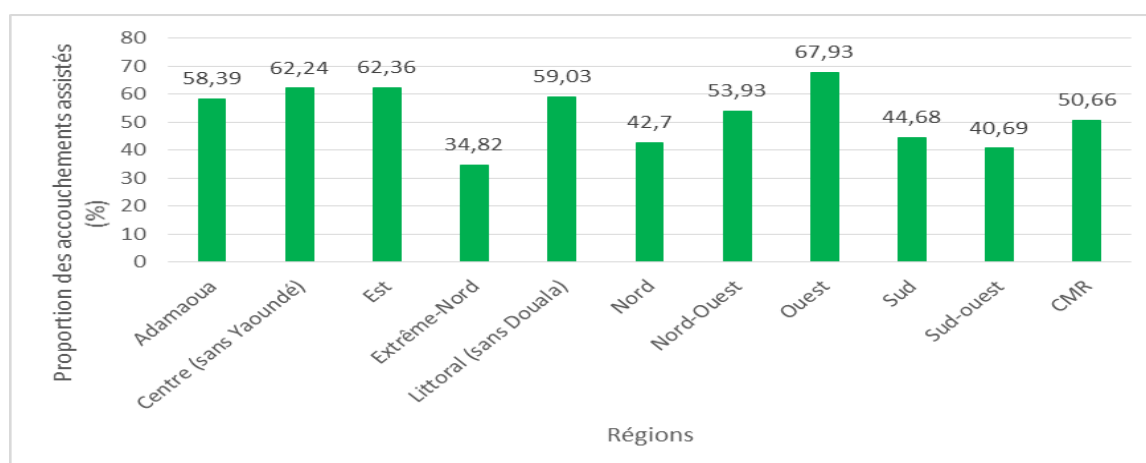


Figure 19: Répartition de la proportion des accouchements assistés par région au Cameroun en 2021

Source : MINSANTE, BEC 2021

65. Couverture en soins post-partum / mère

C'est le pourcentage des mères ayant reçu des soins post-partum dans les deux jours suivant l'accouchement (indépendamment du lieu de l'accouchement).

Le pourcentage des femmes (15 à 49 ans) ayant bénéficié des soins post-partum est passé de 65% en 2014 à 59% en 2018.

Année	2011	2014	2018
% de mères ayant reçu des soins post-partum	37%	65%	58,9%
Sources	EDS MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018

66. Couverture en soins post-natals / Nouveau-nés

C'est le pourcentage des nouveau-nés ayant reçu des soins post-natals dans les deux jours suivant la naissance (indépendamment du lieu de l'accouchement).

Avant 2014 cet indicateur n'était pas capté dans les enquêtes d'envergure nationale. Selon le rapport de l'enquête MICS 2014, 68,5% des nouveau-nés ont bénéficié des soins post-natals contre 60,4% en 2018 selon les résultats de l'EDSC 2018.

Tableau 38: Pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins post-natals, deux jours après la naissance

	2014	2018
% Nouveau nés	68,5*	60,4
Source	MICS 2014	EDS 2018

*ce pourcentage a été obtenu en additionnant le taux de couverture CPoN nouveau-né exclusif au taux de couverture CPoN combiné du couple mère/enfant

67. Demande de soins pour les symptômes de pneumonie

C'est le pourcentage des enfants de moins de 5 ans chez qui l'on suspecte une pneumonie (toux et difficultés respiratoires NON dues à un problème de nez bouché

ou au niveau de la poitrine) qui ont été conduits chez un prestataire compétent, dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête.

La proportion d'enfants conduits dans les formations sanitaires pour des soins lors d'une suspicion des symptômes de pneumonie a connu une baisse entre 2004 (11%), 2011 (5,4%) et 2018 (1%).

Tableau 39: Demande de soins (%) pour les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'IRA au cours de 2 dernières semaines précédant les enquêtes de 2004 à 2018 au Cameroun

Année	2004	2011	2018
%	11	5,4	1%
Source	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

68. Couverture par le traitement de la diarrhée par SRO

C'est le pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu une SRO (fluides préparés à partir de sachets de SRO ou boisson SRO pré conditionnée) avec supplément de zinc.

Le pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée ayant reçu une SRO a évolué de 5,2% en 2014 à 7,7% en 2018 avec des disparités régionales. En 2018, les régions de la région du Sud enregistre la plus faible couverture soit 1,6% tandis que la ville de Douala la plus élevée soit 14,7%.

Tableau 40: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrants de la diarrhée et ayant reçu les Sels de réhydratation orale entre 1991 et 2018 au Cameroun

Année	1991	1998	2004	2011	2014	2018
%	18	21,9	16,8	17,2	5,2*	7,7*
Source	EDSC 1991	EDSC 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018

* Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc ; Avant 2014, cet indicateur était calculé séparément pour la SRO et le zinc

69. Couverture par la supplémentation en vitamine A

C'est le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A adaptées à leur âge au cours des 12 derniers mois.

Au Cameroun, cet indicateur est disponible pour les enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses de vitamine A au cours des 6 dernières mois précédent l'enquête. Entre 2004 à 2011, des progrès importants en supplémentation de la vitamine A ont été observés dans l'ensemble (de 38% à 55,3%), mais aussi en milieu rural (de 35% à 58%) et en milieu urbain (de 40% à 51,3%). Ces progrès n'ont pas été observés en 2018.

Tableau 41: Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamines A, au cours des 06 derniers mois précédents l'enquête, de 2004 à 2018 au Cameroun

	2004	2011	2018
Urbain	40	51,3	58,2

Rural	35	58,4	51,5
Ensemble	38	55,3	55%
Source	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

J. VACCINATIONS

70. Taux de couverture vaccinale, par type de vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national –ODD 3.b.1

C'est le pourcentage de la population ciblée ayant reçu la dernière dose recommandée pour chaque vaccin recommandé dans le programme national, par vaccin. Cette définition devrait inclure tous les vaccins prévus dans le programme de vaccination systématique du pays.

Les calendriers nationaux de vaccination varient d'un pays à l'autre. Compte tenu de cela, une option qui peut être plus comparable d'un pays à l'autre et dans le temps, consiste à surveiller la couverture par le DTC3 comme indicateur indirect de la vaccination complète des enfants, constitue une mesure raisonnable à savoir s'il existe une plate-forme de distribution de vaccins robuste dans un pays. Considérant cet antigène traceur (Penta3), la couverture vaccinale est passée de 78% à 81% entre 2018 et 2021 selon le rapport annuel du PEV. Les performances obtenues sont encourageantes, vu le contexte marqué par de houleuses controverses sur la vaccination et les nouveaux vaccins.

La mise en œuvre des activités du PEV au cours de l'année 2020 et 2021 a été marquée par plusieurs faits majeurs dont les plus significatifs sont :

- La pandémie de Covid-19, événement majeur de santé publique qui a entraîné la suspension et les reports d'activité (AVS), des perturbations dans la chaîne d'approvisionnement internationale (111 jours de rupture de stock de BCG) et une baisse de la demande des services
- L'introduction de la seconde dose de vaccin contre la Rougeole et la rubéole (RR2) 15 janvier 2020;
- L'introduction du vaccin contre les infections à Papilloma Virus Humain (HPV) 12 Octobre 2020;
- Introduction de la vaccination dans le paquet d'interventions déployées dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 (12 avril 2021 avec le vaccin Sinopharm, suivi du vaccin Astra Zeneca le 19 avril 2021)

L'introduction de tous ces vaccins a été marquée par de nombreux cas de refus dus à la désinformation.

Tableau 42: Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés de 2017 à 2021

Années	2017	2018	2019	2020	2021
Penta 3	86	79	78	81	81
BCG	91	88	83	83,70	81
Polio 3	84	78	78	80,3	80

VAR	77	71	71	74,10	74
VAA	78	74	71	73,10	70

Source : MINSANTE, **PEV, Rapports annuels 2017-2021**

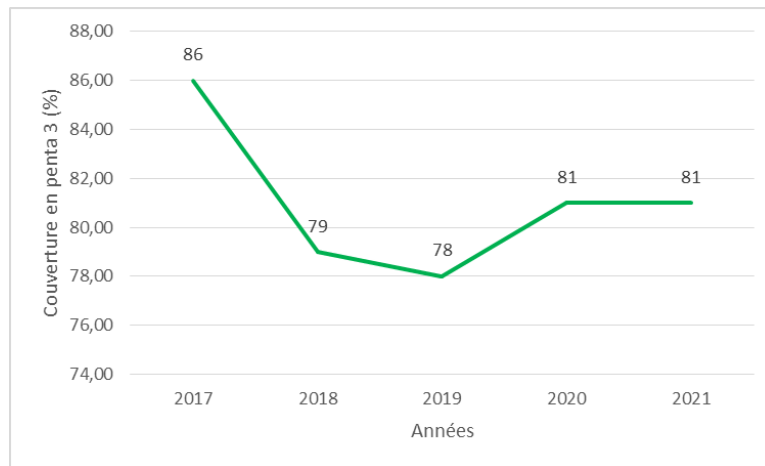


Figure 20: Evolution de la couverture vaccinale en penta 3 (antigène traceur) de 2017 à 2021 au Cameroun

Source : MINSANTE, **PEV, Rapports annuels 2017-2021**

❖ Vaccins nouvellement introduit

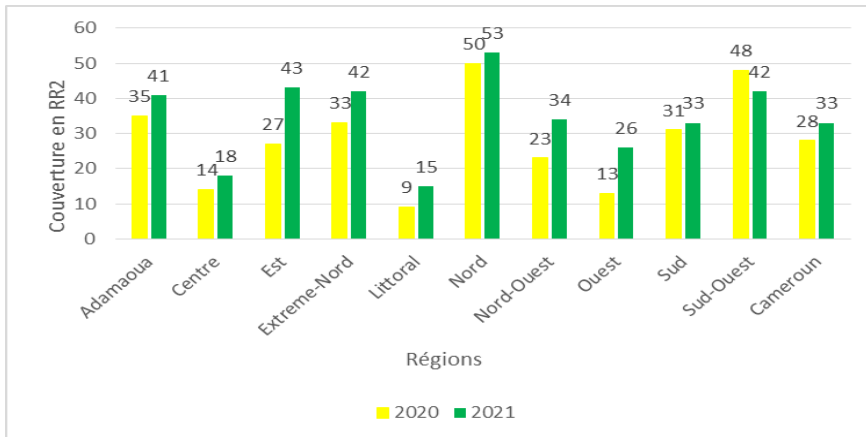


Figure 21: Répartition par régions de la couverture vaccinale au RR2 entre 2020 et 2021

Source : MINSANTE, **PEV, Rapports annuels 2017-2021**

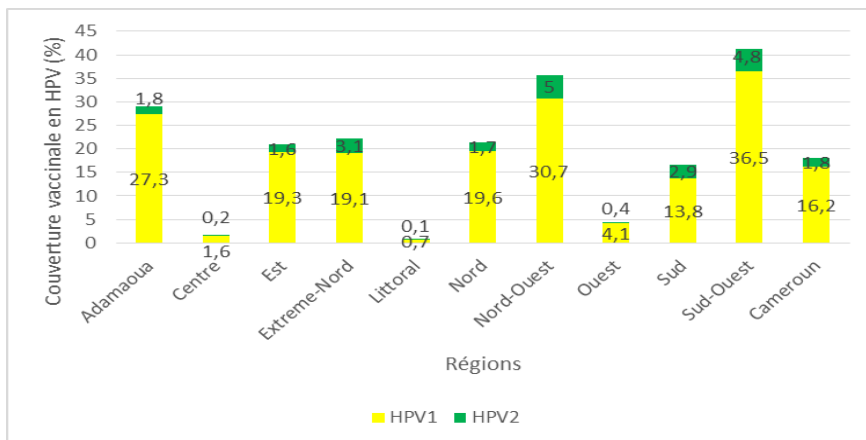


Figure 22: Répartition par région de la couverture vaccinale en HPV au Cameroun en 2021

Source : MINSANTE, **PEV, Rapport annuel 2021**

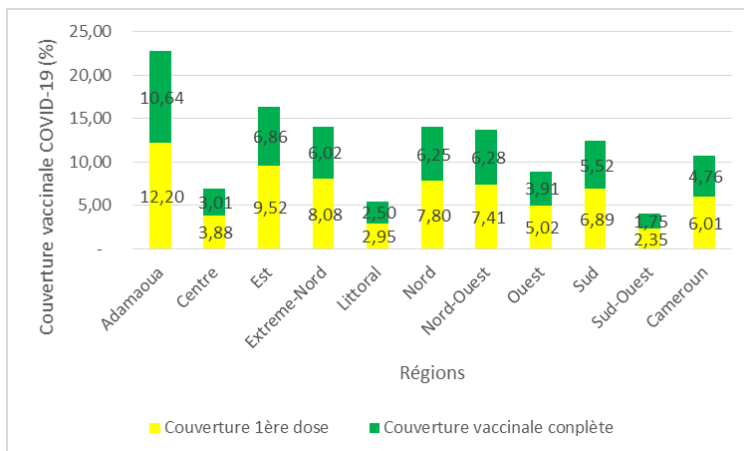


Figure 23: Répartition de la couverture vaccinale du vaccin contre COVID-19 en 2021 au Cameroun

Source : MINSANTE, PEV, Rapport annuel 2021

K. SIDA

71. Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut

C'est le pourcentage des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé et qui connaissent leur statut.

De 2018 à 2020, la proportion des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut a nettement augmenté passant de 64% à 83,2%, soit un nombre estimé de PvVIH identifiées de 337 862 et 413188 respectivement (rapports annuels CNLS 2018-2020).

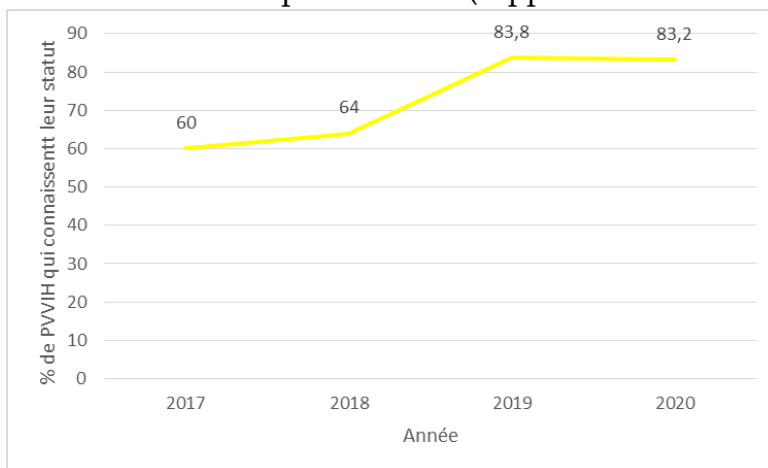


Figure 24: Evolution du pourcentage de PvVIH qui connaissent leur statut au Cameroun de 2017 à 2020

Source : MINSANTE, CNLS, Rapports annuels 2017-2020

72. Prévention de la transmission Mère-Enfant

C'est le pourcentage des femmes enceintes séropositives pour le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

De 2018 à 2020, la couverture en ARV des femmes enceintes (FEC) VIH+ a baissé de 4 points passant de 84,5 à 80,2.

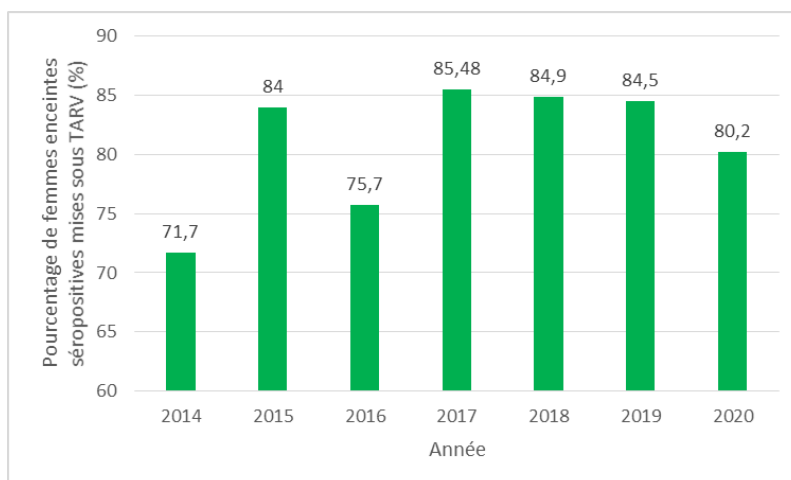


Figure 25 : Evolution la couverture en ARV des femmes enceintes (FEC) VIH+ de 2014 à 2020

Source : MINSANTE, CNLS, Rapports annuels 2016-2020

73. Couverture par la thérapie antirétrovirale (TARV)

C'est le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui sont actuellement sous TAR parmi le nombre total estimé d'enfants et d'adultes vivant avec le VIH.

La file active des PvVIH sous traitement ARV s'est accrue de 12,4% entre 2019 et 2020 contre 11,1% entre 2018 et 2019. En effet, elle est passée de 281 083 en 2017 à 312 214 en 2018 puis 350 818 en 2020. La couverture par le traitement antirétroviral évolue également dans le même sens passant de 27,4% à 54% dans la même période. En 2020, le nombre d'enfants de moins de 15 ans sous TARV est de 11 219, représentant 3,2% de la file active. Ce taux est stable par rapport à 2019 où les enfants représentaient 3,3% (10 405/312 214) de la file active. De façon globale, 70% des PvVIH sous TARV sont les femmes.

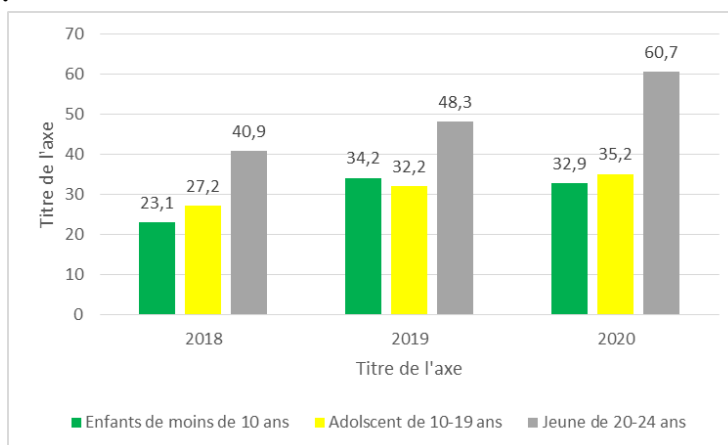


Figure 26: Répartition par tranche d'âge du pourcentage de couverture par le TARV de 2018 à 2020

Source : MINSANTE, CNLS Rapports annuels 2018- 2020

Tableau 43: Répartition de la file active de 2020 par tranche d'âge

Tranche d'âge	Homme	Femme
<1 an	120	135
1-3 ans	931	969
4-9 ans	2207	2345
10-14 ans	2108	2395
15-19 ans	1854	4490
20-24 ans	3466	15110
25-49 ans	64997	170583
50 ans +	29746	49348

Source : MINSANTE, **CNLS Rapport annuel 2020**

74. Suppression de la charge virale du VIH

C'est le pourcentage des personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale (niveau de charge virale ≤ 1000 copies/ml).

Les nouvelles directives de l'OMS, adoptées par le Cameroun, placent la charge virale VIH (CV) au centre du suivi biologique pour les patients sous TARV, c'est en effet le seul examen permettant de contrôler l'efficacité de la TARV. Le but de la thérapie ARV est la suppression de la charge virale chez les patients infectés par le VIH. Selon les directives de prise en charge du VIH, les PvVIH sous traitement doivent faire un examen de charge virale six mois après l'initiation au traitement, puis toutes les années pour les bilans de suivi.

Selon les rapports annuels du CNLS, le taux de suppression virale chez les patients bénéficiant des ARV est passé de 63,8% en 2016 à 77,8% en 2018 et à 84,5% e 2020.

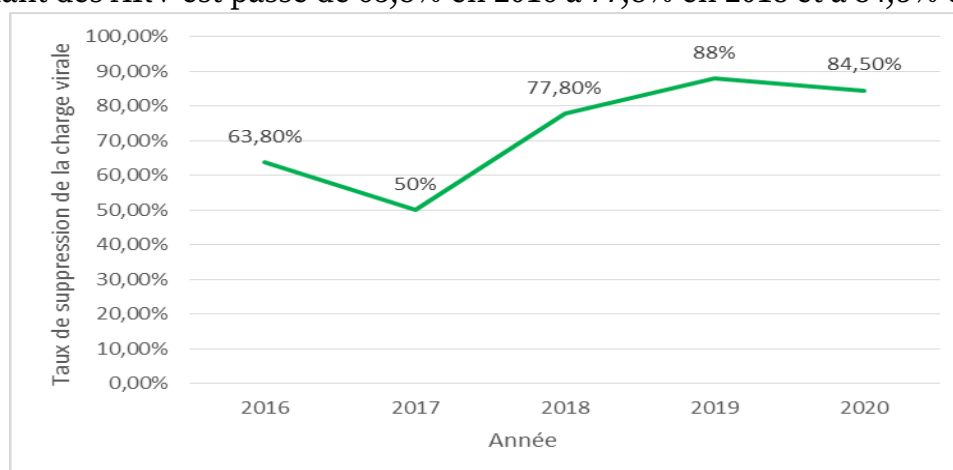


Figure 27: Evolution du taux de suppression de la charge virale au Cameroun de 2016 à 2020

Source : MINSANTE, **CNLS, Rapports annuels 2016-2020**

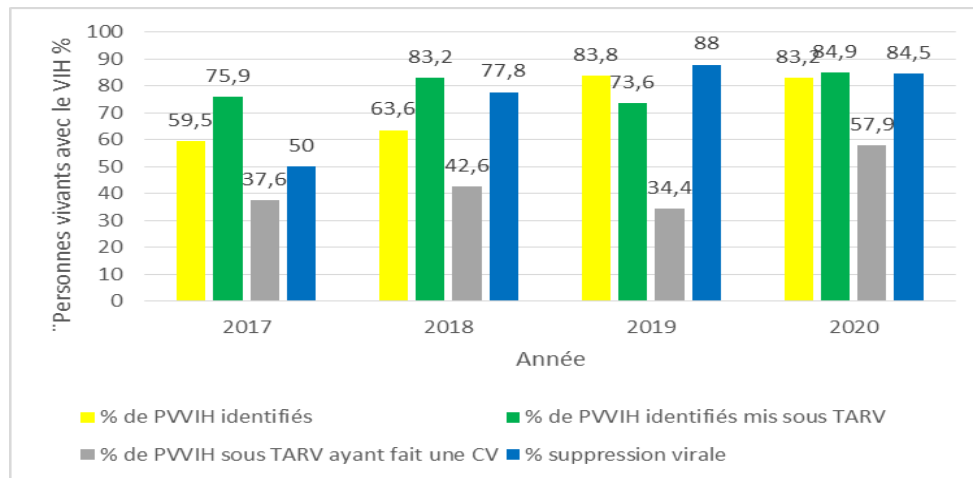


Figure 28: Taux de suppression de la charge virale au Cameroun de 2017 à 2020

Source : MINSANTE, CNLS, Rapports annuels 2017-2020

L. SIDA / TUBERCULOSE

75. Couverture par le traitement préventif à l’INH des patients VIH positifs et les enfants de moins de 5 ans contact de patients tuberculeux bactériologiquement positifs

C’est le nombre de sujets qui ont commencé le traitement préventif contre l’infection TB, en pourcentage du total du nombre éligible au cours d’une période spécifique donnée, généralement un an pour les patients enrôlés (i) dans le traitement du VIH, (ii) les enfants de moins de 5 ans, exposés aux contacts des patients TB bactériologiquement confirmés, les nouveaux cas et rechutes.

Concernant la prophylaxie à l’INH, 4320 enfants en ont bénéficiés. Contrairement aux années antérieures, toutes les régions font les efforts dans la sensibilisation des parents malades afin que les enfants contacts puissent être mis sous traitement préventif selon le rapport annuel du PNLT 2020.

76. Disponibilité des résultats des tests du VIH pour les patients TB

C’est le nombre de patients tuberculeux, nouveaux cas et rechute, pour lesquels le résultat du test du dépistage du VIH a été consigné dans le registre de la tuberculose, exprime en pourcentage du nombre de patients enregistrés pendant une période donnée.

Le pourcentage de patients atteints de tuberculose pour lesquels les résultats d’un test VIH figurent dans le registre des cas de tuberculose 90% en 2020 (Rapports annuels PNLT 2020).

77. Patients TB nouveau cas et rechutes, VIH positifs sous traitement TARV au cours du traitement TB

C'est le nombre de patients tuberculeux nouveaux cas et rechutes, séropositifs sous thérapie antirétrovirale pendant le traitement de la Tuberculose, en pourcentage des patients VIH positifs enregistrés pour traitement de l'infection TB au cours d'une période spécifique donnée.

Selon le Rapport annuel du PNLT 2020, dans les malades tuberculeux vivant avec le VIH, sur près de 6042 cas enregistrés en 2019, 5884 ont été mis sous Cotrimoxazole (CTM) pour un taux d'environ 97% et 5904 sous antirétroviraux (ARV) pour un taux avoisinant les 98%.

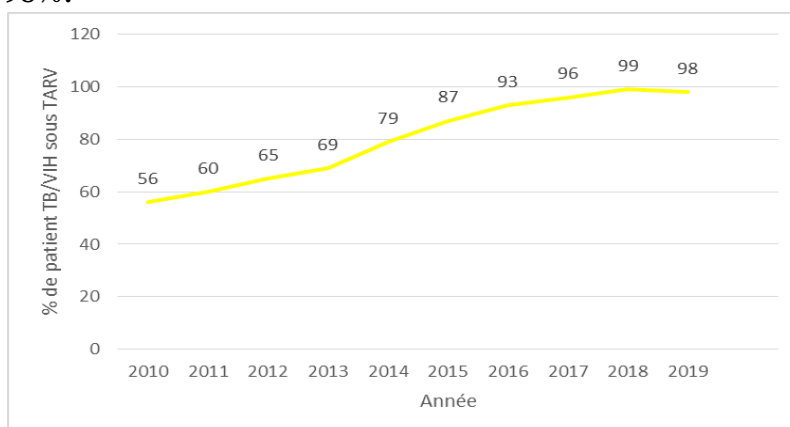


Figure 29: Evolution du pourcentage de patients TB/VIH mis sous TARV de 2010 à 2019

Source : MINSANTE, PNLT, Rapports annuels 2010 à 2020

M. TUBERCULOSE

78. Pourcentage des patients TB avec un test de sensibilité pour au moins la rifampicine

C'est le pourcentage des cas de TB avec des résultats d'antibiogramme pour au moins la rifampicine, au cours d'une période spécifique donnée, une année généralement.

Au Cameroun, les tests de sensibilité à la rifampicine sont faits pour le groupe des retraitements (reprises + rechutes + échecs). Le pourcentage de patients TB ayant un résultat au Test de Sensibilité des Médicaments (DST) pour au moins la rifampicine parmi le nombre total de cas déclarés (nouveaux et retraitements) au cours de l'année 2020 est de 79,5% selon le rapport annuel du PNLT 2020.

79. Couverture par le traitement de la tuberculose

C'est le nombre de cas, nouveaux ou rechutes, notifiés et traités au cours d'une année donnée, divisé par le nombre estimé de cas incidents de TB au cours de la même année, exprimé en pourcentage.

Selon l’OMS, la détection des cas de tuberculose au Cameroun est passée de 49% en 2014 à 51 % en 2018 (Rapport global Tuberculose 2018).

80. Couverture par le traitement des patients TB résistants au traitement

C’est le nombre de cas MDR/RR-TB détectés et enrôlés dans le traitement de deuxième intention MDR-TB au cours d’une année donnée, divisé par le nombre estimé des cas de MDR/RR-TB parmi les cas de TB notifiés au cours de la même année, exprimé en pourcentage.

En 2019, le pays a détecté et mis sous traitement 170 malades dans les 11 CPE de la TBMR que compte le pays. De ces derniers on a eu un taux de succès thérapeutique de 83% contre des taux de DCD ; PDV et Echec respectifs de 12% ; 5% et 1% (Rapport Annuel PNLT 2020).

N. PALUDISME

81. Couverture par le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse

C’est le pourcentage des femmes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pendant les consultations prénatales durant leur dernière grossesse.

Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu au moins la TPI 3 est passé de 39,8% en 2017 à 50,8% en 2021. Une chute a été observée entre 2019 et 2020 (de 60,2% à 40%). Le pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de TPI est plus représentatif dans les régions du Nord-ouest (68,2%) et du Nord en 2021.

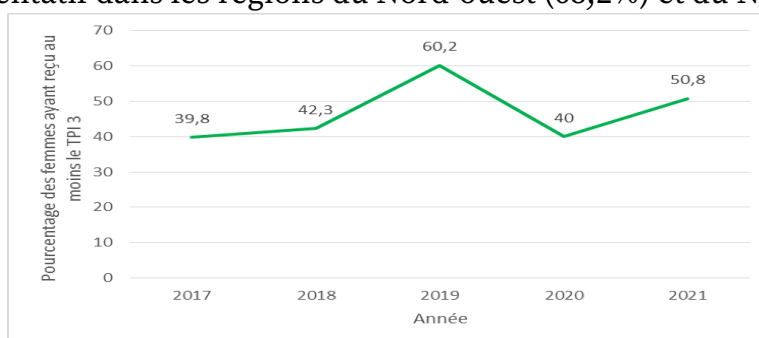


Figure 30: Evolution du pourcentage des femmes vues en CPN ayant reçu au moins 3 doses de TPI entre 2017 et 2021

Source : MINSANTE, PNL, Rapports annuels 2017 à 2020

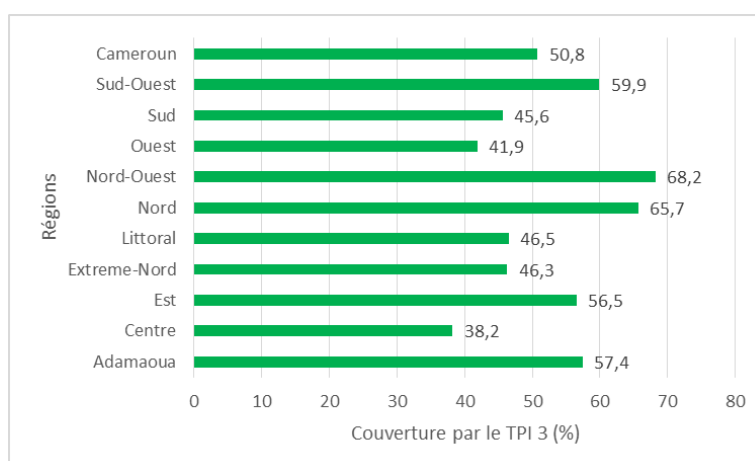


Figure 31: Répartition par région de la couverture par le TPI3 en 2021 au Cameroun

Source : MINSANTE, PNLP, Synthèse des données PNLP 2021

82. Utilisation de moustiquaires imprégnés d'insecticides

C'est le pourcentage de la population dans les régions d'endémie palustre ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente.

Les résultats de l'enquête post-campagne MILDA 2016/2017 nous présente l'utilisation des MII, qui est mesurée par le pourcentage des personnes ayant dormi sous la MILDA la nuit précédant l'enquête. Une augmentation a été relevée à l'échelle nationale entre 2013 et 2017 (passant de 40,4% en 2013 à 58,3% en 2017).

83. Traitement des cas de paludisme confirmés

C'est le pourcentage de cas de paludisme confirmés qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention.

Des directives de prise en charge des cas confirmés de paludisme recommandent l'utilisation de l'ASAQ en première intention pour le traitement du paludisme simple et l'artésunate /quinine injectable pour le traitement des cas de paludisme grave. De 2017 à 2021, le pourcentage de cas de paludisme simple confirmés (données administratives) qui sont traité avec ASAQ en première intention est passé de 34% en 2017 à 82% en 2021. Et, pourcentage de cas de paludisme grave confirmés (données administratives) qui traité avec Artésunate en première intention est passé de 22% en 2017 à 44,7% en 2021

Tableau 44: Evolution des cas confirmés de paludisme qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention par groupe de population et par type de paludisme de 2017 à 2021

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Traitement des cas de paludisme simple avec ASAQ					
Moins de 5 ans	40	35,3	29	78,3	86,4
Plus de 5 ans	31	28,6	23	72,2	82,3
Femme enceinte	NA	NA	NA	39,8	50,9
Traitement des cas de paludisme Grave avec Artésunate					

Moins de 5 ans	35	42,6	36	47,2	59,6
Plus de 5 ans	17	17,8	23	28,5	37,7
Femme enceinte	13	14,3	20	25	34,4

Source : MINSANTE, PNL, Rapport annuel 2020, Synthèse des données 2021

84. Couverture par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent

C'est le pourcentage de la population à risque protégée par des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations pendant une période donnée.

De manière globale, la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent était encore faible au Cameroun en 2011. Depuis 2017, aucune activités relevant des aspersions intra domiciliaires n'a été mis en œuvres dans le pays en rapport avec les stratégies de lutte anti vectorielle contre le paludisme.

O. MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES

85. Nombre de personnes ayant besoin d'une intervention contre les MTN- ODD 3.3.5

C'est le pourcentage des populations vivant dans des régions endémiques nécessitant une chimiothérapie préventive et ayant reçu ce traitement pour au moins une des maladies tropicales négligées sélectionnées (schistosomiase, géo - helminthiases, filariose lymphatique, onchocercose).

Les besoins en intervention contre les MTN ne sont que partiellement couverts, que ce soit pour les interventions visant l'ensemble de la population (Filariose lymphatique et onchocercose) ou les interventions visant spécifiquement les enfants d'âge scolaire (Schistosomiase, Géo helminthiases et le trachome). En 2020, selon les estimations de l'OMS les besoins en intervention sont importants pour toutes les MTN (11 348 320 personnes) (Statistiques Sanitaires Mondiales 2021).

86. Couverture par la chimiothérapie préventive des MTN sélectionnées

C'est le pourcentage de la population vivant dans des régions d'endémie nécessitant une chimiothérapie préventive et ayant reçu ce traitement pour au moins une des maladies tropicales négligées sélectionnées (schistosomiase, géo-helminthiases, filariose lymphatique, onchocercose et le trachome).

Selon les rapports d'activités MTN, la couverture thérapeutique des MTN à chimiothérapie préventive a connu une évolution dépendant du type de MTN. De 2015 à 2016, on observe une diminution de la couverture thérapeutique pour les

Helminthiases (baisse de 5 points) et la schistosomiase (baisse de 20 points). Dans la même période, la couverture thérapeutique pour l'onchocercose et la filariose lymphatique est restée stable.

Par ailleurs, les estimations de Uniting to Combat Neglected Topical diseases confirment la tendance à la hausse de la couverture thérapeutique pour la filariose lymphatique et l'onchocercose, et la tendance à la baisse pour la schistosomiase et les géo-helminthiases.

P. DEPISTAGE ET SOINS PREVENTIFS

87. Dépistage du cancer du col de l'utérus

C'est le pourcentage des femmes de 30 à 49 ans qui déclarent avoir été soumises à un dépistage du cancer du col de l'utérus par l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique/ vinaigre (IVA), frottis (test de Pap), test VPH (virus du papillome humain).

Selon l'EDSC 2018, moins de la moitié des femmes de 15-49 ans (46 %) ont déclaré avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus et 28 % ont entendu parler d'un test de dépistage de cette maladie. Seulement 4 % de ces femmes ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage du cancer du col de l'utérus. Selon le Bulletin épidémiologique de Cameroun en 2021, on a enregistré 2450 cas suspect de cancer de col de l'utérus, pour 109 cas confirmés et 125 cas pris en charge.

Q. SANTE MENTALE

88. Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux sévères ou graves

C'est le pourcentage des personnes souffrant d'un trouble mental grave (psychose, trouble affectif bipolaire, dépression modérée à grave) utilisant les services.

Selon l'OMS, cet indicateur se situe en 2011 à 0,1 pour 100 000 habitants (Atlas Santé mentale 2011) ayant été admis en hospitalisations dans les hôpitaux généraux pour des problèmes psychiatriques dont 55% étaient des femmes et 10% des personnes âgées de moins de 18 ans. Les données nationales sont faiblement documentées, l'utilisation des services de santé mentale reste très faible d'après les experts.

R. ADDICTION AUX DROGUES

89. Couverture par le traitement de la dépendance à l'alcool et autres drogues- ODD 3.5.1

C'est la couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, services de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie.

Selon Comité national de lutte contre la drogue (CNLD), dans la période allant de Janvier 2021 à décembre 2021, en chiffre absolu, plus de 1637 patients usagers de drogues demandeurs de soins ont été enregistrés dans les Centres de soins en addictologie fonctionnelles, soit une baisse de plus de 66% par rapport à 2020. Environ 668 anciens patients (40,81% des cas reçus) ont poursuivi leur traitement. La cible de l'ODD est de *Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.*

Tableau 45: Proportion des nouveaux cas (Patients usagers de drogues et demandeurs de traitement régulièrement enregistrés en 2021)

Nouveaux patients usagers de drogues et demandeurs de traitement au cours de l'année 2021	Période : Janvier 2021 – Décembre 2021	
	N	%
Anciens patients enregistrés en 2021 encore suivis par les Unités spécialisées	668	40,81
Nouveaux patients demandeurs de traitement enregistrés 2021	969	59,19
Total Patients demandeurs de traitement ou d'information pour le traitement cumulativement en 2019 et à l'échéance de 2021	1637	100

Source : MINSANTE, **CNLD, Rapport annuel 2021**

Tableau 46: Proportion des épisodes de traitement (épisodes par centre de soin) en 2021

Noms des Unités spécialisées de Soins et des Structures d'accueil/Orientation pour le traitement de l'abus des drogues et substances addictodépendogènes	Nombre de Nouveaux Patients demandeurs de soins suivi en ambulatoire, hospitalisés ou référés en 2021	
	N	%
1- Unité d'accueil et de soins en addictologie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé	195	20,12
2- Unité d'accueil et de soins en addictologie "La Vie" de l'Hôpital Central de Yaoundé	114	11,76
3- Sainte Bernadette de Mfou	ND	ND
4- Unité de psychiatrie de l'Hôpital Catholique des sœurs d'Efoulan	ND	ND
5- Service de psychiatrie de l'Hôpital Laquintinie de Douala	112	11,56
6- Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe d'Edéa	6	0,62
7- Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe de Nkongsamba	13	1,34
8- Service de psychiatrie de l'Hôpital Régional de Garoua	27	2,48
9- Unité d'accueil et de soins en addictologie de l'Hôpital Régional de Maroua	72	7,43
10-Service de psychiatrie de l'Hôpital Régional Annexe de Yagoua	5	0,52
11-Service de psychiatrie de l'Hôpital Régional Annexe de Mokolo	196	20,23

12-Service de psychiatrie de l'Hôpital Régional Annexe de Kousserie	32	3,3
13-Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Ngaoundéré	26	2,68
14-Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Bafoussam	12	1,24
15- Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Bamenda	61	6,3
16- Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Bertoua	12	1,24
17-Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Buea	22	2,27
18- Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe de Limbé	33	3,41
19-Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital de Référence de Sangmélina	8	0,83
20- Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional d'Ebolowa	18	1,86
21- Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe d'Ayos	5	0,52
Total	969	100

Source : MINSANTE, CNLD, Rapport annuel 2021

S. SERVICES DE SANTE ESSENTIELS

90. Couverture par les services de santé essentiels

C'est la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier.

Selon l'OMS, cette couverture était estimée à 43,33% en 2017 et 44,31% en 2019. Cet indicateur est un de piliers de la couverture santé universelle (CSU). Les indicateurs traceurs concernés ici sont les interventions (i) de Santé de la reproduction, de la mère, néonatale et de l'enfant, (ii) de maladies infectieuses, (iii) de maladies non transmissibles, et (iv) l'accessibilité et les capacités opératoires des services (nombre de lits, ressources humaines en santé, accès aux médicaments essentiels, règlement sanitaire international).

CHAPITRE 4 : INDICATEURS DU SYSTEME DE SANTE

1- Qualité et sécurité des soins

Les indicateurs relatifs à la qualité et sécurité des soins sont peu documentés depuis plusieurs années. Néanmoins, la littérature révèle qu'en 2020, les complications dues aux avortements étaient responsables de 4% des décès maternel hospitaliers, le nombre de décès maternel a diminué entre 2019 et 2020 (911 en 2020) et 73% d'entre eux ont été revus.

L'évolution du taux de rétention sous TARV et du taux de succès thérapeutique contre la TB montre qu'en 2020, 78% de PVVIH étaient toujours en vie et toujours sous TARV 12 mois après la mise en route du traitement et 87% de cas de TB ont été traités avec succès.

2- Accessibilité

Les indicateurs décrivant l'accessibilité sont en constante évolution mais des disparités importantes persistent. L'utilisation des services de consultation externe a augmenté de 10% entre 2015 et 2019 où elle était estimée à 40%. Des disparités sont observées dans la répartition du nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants entre la région de l'Extrême-Nord (0,92) et celles du Sud (3,71) et de l'Ouest (3,68). On note d'autres disparités dans la disponibilité des médicaments 87% au Nord-Ouest et 86,7% dans l'Adamaoua contre 34,7% à Douala et 28,2% à Yaoundé.

3- Information sanitaire

Notre système d'information sanitaire est encore loin de pouvoir permettre à chaque enfant de cinq ans d'être enregistré dans un registre et avoir un acte de naissance et encore plus loin de permettre un enregistrement de tous les décès avec toutes les caractéristiques.

En 2018, pour trois enfants sur cinq (62 %) de moins de 5 ans, la naissance a été enregistrée à l'état civil et un enfant sur deux possédait un acte de naissance (49 %).

T. QUALITE ET SECURITE DES SOINS

91. Taux de mortalité péri-opératoire

C'est tout cas de décès (toutes les causes confondues) survenu avant la sortie de la formation sanitaire parmi les patients qui ont besoin d'une ou plusieurs intervention (s) au bloc opératoire au cours de leur hospitalisation.

La période péri-opératoire englobe les phases pré, per et post opératoires s'accompagne d'un risque important de complications favorisées par plusieurs facteurs imputables à l'anesthésie, à la chirurgie, à la pathologie du patient et d'origine inconnue. La mortalité périopératoire est peu ou pas assez documenté dans le pays, il existe plusieurs études parcellaires et sectorielles qui ne nous permettent

pas d'avoir une estimation nationale. Toutefois, une étude (menée dans 247 hôpitaux de 25 pays d'Afrique dont le Cameroun) publiée en 2018 du Lancet indique « *près d'un patient sur cinq en Afrique à des complications après une opération* ». Les résultats de l'étude montrent que, à chiffres comparables, à savoir dans la chirurgie non urgente, la mortalité atteint 1% sur le continent, contre 0,5% dans le monde.

92. Admission en gynéco-obstétrique à la suite d'un avortement

C'est le Pourcentage d'admissions pour complications liées à un avortement (spontané ou provoqué) dans des centres de prestation de services proposant des services d'hospitalisation en obstétrique et gynécologie, parmi toutes les admissions (à l'exclusion de celles prévues pour une interruption programmée de la grossesse).

Les complications liées aux avortements bien que très peu et mal documentées, sont responsables de 4% de mortalité maternelle (SDMPR, 2020). Ceci peut se justifier par le fait que ces avortements soient souvent réalisés clandestinement et par des personnels non compétents. En 2019, la CIS dans le profil de l'offre et de la demande des soins de santé au Cameroun montre que les CSI représentent 62% des FOSA ayant notifié des décès de suites d'avortement la même année.

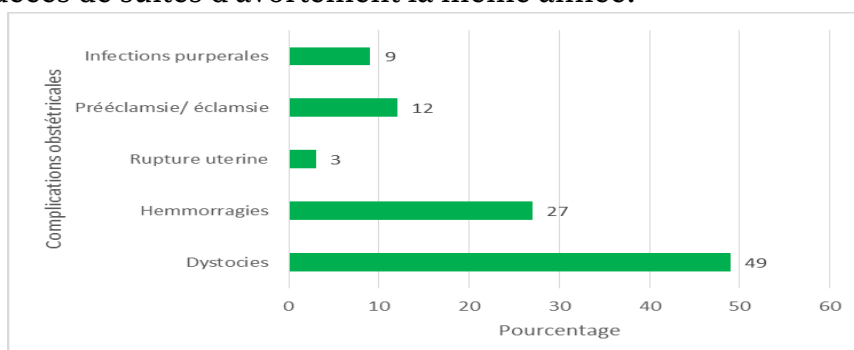


Figure 32: Répartition du poids (%) des complications obstétricales en 2019

Source : MINSANTE, CIS, **Profil de l'offre et de la demande des soins de santé au Cameroun, 2019**

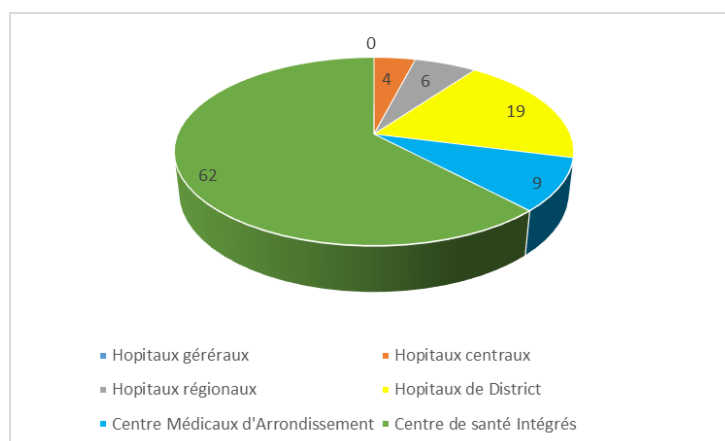


Figure 33: Distribution des formations sanitaires ayant notifié des décès de suites d'avortement en 2019

Source : MINSANTE, CIS, **Profil de l'offre et de la demande des soins de santé au Cameroun, 2019**

93. Ratio de mortalité maternelle hospitalière

C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 accouchements, survenus dans les formations sanitaires.

Les décès maternels restent préoccupants et sous-notifiés. Le système de gestion des incidents a été activé pour améliorer les interventions de la surveillance des décès maternels, périnataux et la riposte (SDMPR). Les données de cet indicateur sont considérées comme sous rapportées dans les MAPE car plusieurs districts de santé sont silencieux et ne permettent pas d'avoir la situation réelle sur le terrain. La région du Centre a les taux d'accouchements institutionnels les plus élevés (91 171 en 2019 et 88 111 en 2020) au cours de ces deux années par rapport aux autres régions.

Tableau 47: Accouchements institutionnels et décès maternels institutionnels 2019-2020

	Accouchements FOSA 2019	Décès Maternels FOSA 2019	Accouchements FOSA 201920	Décès Maternels FOSA 201920
Adamaoua	30676	46	32606	60
Centre	91171	135	88111	138
Est	23304	70	26011	48
Extrême- Nord	56641	205	67297	195
Littoral	68840	253	61765	191
Nord	46605	83	51737	88
Nord- Ouest	30520	66	30788	37
Ouest	56084	46	57099	71
Sud	12637	25	12040	33
Sud-ouest	17617	37	21942	50
CMR	434095	966	449396	911

Sources : MINSANTE, DSF, SDMPR, 2020

94. Revue des décès maternels

C'est le pourcentage de décès maternels survenus dans l'établissement de soins qui ont fait l'objet d'une revue dans le cadre d'un audit.

La revue des décès maternels a été officiellement instituée au Cameroun en 2014 par une décision du Ministre de la Santé Publique. Ce cadre réglementaire a été renforcé en 2017 par l'institutionnalisation des comités de revue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut tout de même préciser que tout ce dispositif se met progressivement en place. En 2020, Sur le plan national, 911 décès ont été notifiés en 2020 et 664 revus soit une proportion de décès revus de 72,89%. Ce taux ne reflète pas la réalité en ce sens que les régions de du Nord-ouest et du Sud ont revu plus de décès que de décès notifiés (rapport annuel 2020 de la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte au Cameroun, 2021).

Tableau 48: Proportion de décès maternels revus par régions en 2019 et 2020

Régions	Adamaoua	Centre	Est	Extrême-Nord	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest
Nombre de DM	93,4	81,48	62,86	80	77,47	62,65	75,76	93,48	76	229,73
Nombre de DM revu	60	66,67	75	65,13	68,49	78,41	116,22	83,10	106,06	72

Source : MINSANTE, DSF, SDMPR 2020

95. Taux de rétention sous traitement antirétroviral (TARV)

C'est le pourcentage des adultes et des enfants séropositifs pour le VIH qui sont toujours en vie et toujours sous traitement antirétroviral 12, 24, 36 (etc.) mois après la mise en route du traitement, chez les patients ayant commencé un traitement antirétroviral pendant une période donnée.

Le taux de rétention sous TARV à 12 mois des patients sous ARV est passé de 72,5% en 2016 à 78% en 2020 au niveau national avec des disparités régionales.

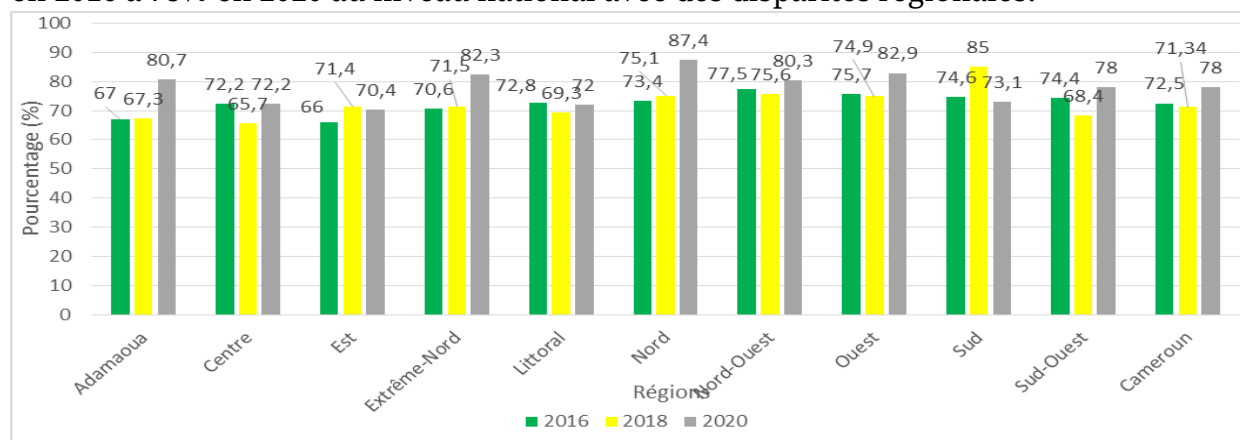


Figure 34: Rétention à 12 mois des PVVIH sous traitement ARV (%) par région entre 2016 et 2020

Source : MINSANTE, CNLS, Rapports annuels 2016, 2018 et 2020

96. Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose

C'est le pourcentage des cas de tuberculose traités avec succès (guérison plus achèvement du traitement) par rapport au nombre de cas de tuberculose notifiés aux autorités sanitaires nationales pendant une période donnée.

Les résultats disponibles à l'issue du suivi du traitement de la cohorte 2019 font état d'un taux de succès thérapeutique de l'ordre de 87% pour toutes les formes de tuberculose confondues (PNLP 2020). Sur la période 2006-2017, le taux de succès thérapeutique contre la tuberculose a progressé passant de 75% en 2006 à 86% en

2017. En 2019, à l'exception de la région du Littoral, toutes les autres régions ont enregistré chacune un taux de succès thérapeutique supérieur à 85%.

Tableau 49: Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019
Succès du traitement	75	76	78	78	78	80	80	82	84	85	85	86	87
Échecs	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Décédés	6	7	6	6	6	6	7	6	6	6	6	5	6
Perdus de vue	14	11	11	10	10	9	8	7	6	6	6	6	4
Transférés	4	5	5	4	5	4	4	3	3	2	2	2	
Non évalué													2
	100	100	101	99	100	100	100	99	100	100	100	100	100

Source : MINSANTE, PNL, Rapports annuels 2006-2017, 2020

97. Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques

C'est le nombre d'établissements de santé proposant des services spécifiques pour 10 000 habitants et satisfaisant à des normes de services minimum mesurées à partir de traceurs pour des services spécifiques, etc.

Tous les services spécifiques répertoriés sont disponibles au Cameroun avec de nombreuses disparités dans les régions et les districts de santé. Le secteur public est celui qui offre la plus grande proportion de service parmi ceux spécifiques.

Tableau 50: Contribution des trois secteurs de l'offre aux consultations pour le paludisme simple, vaccination BCG et accouchement en 2019

	Sous-secteur Public			Sous-secteur Privée laïc			Sous-secteur Privé confessionnel		
	Paludisme simple	Vaccination BCG	Accouchement	Paludisme simple	Vaccination BCG	Accouchement	Paludisme simple	Vaccination BCG	Accouchement
Adamaoua	67	73	65	9	4	4	24	23	32
Centre (Sans yaoundé)	50	73	52	26	9	24	24	18	24
Est	67	75	76	9	5	6	23	20	18
Extrême-Nord	84	87	80	5	2	3	11	11	17
Littoral (Sans douala)	55	64	58	26	15	17	19	21	25
Nord	81	90	88	3	3	4	15	6	8
Nord-Ouest	57	66	60	7	7	9	36	27	31
Ouest	53	66	54	24	18	24	23	16	21
Sud	51	75	58	16	9	10	33	16	32

Sud-ouest	60	78	71	11	5	7	29	18	22
Yaoundé	15	39	29	52	33	39	33	28	32
Douala	22	37	32	43	35	37	35	28	31
CMR	57	71	58	20	12	18	24	17	24

Source : MINSANTE, CIS, **profils de l'offre et de la demande des soins de santé en 2019**

U. ACCESSIBILITE

98. Utilisation des services de consultations externes

C'est le nombre de consultations externes par personne et par an.

Selon le profil de l'offre et de la demande des soins de santé en 2019, le nombre de consultations externes par habitant qui, depuis 2015 était de 30% est passé à 40% en 2019.

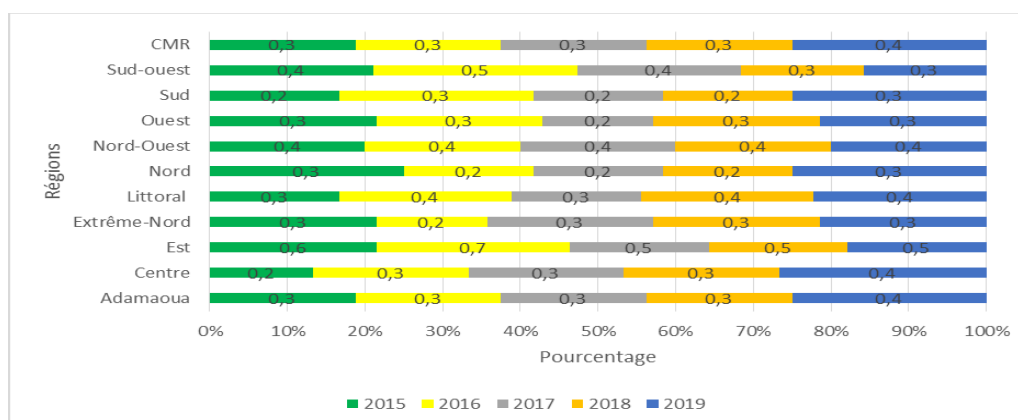


Figure 35: Evolution des consultations per capita de 2015 à 2019

Source : MINSANTE, CIS, **profils de l'offre et de la demande des soins de santé en 2019**

99. Densité et distribution des services (y compris l'accès aux services d'urgence)

C'est le nombre total des établissements de santé pour 10 000 habitants.

La disponibilité des établissements de santé au Cameroun en 2016 était évaluée à 2,19 pour 10 000 habitants (Carte Sanitaire du Cameroun 2016). Toutefois, on note une inégale répartition sur l'ensemble du territoire (0,92 à l'Extrême-Nord vs 3,71 au Sud et 3,68 à l'Ouest).

Tableau 51: Répartition par région du ratio population / FOSA publique en 2019

Régions	Ratio population / FOSA publique en 2019
Adamaoua	9922
Centre (sans Yaoundé)	3564
Est	5929
Extrême-Nord	10228
Littoral (sans Douala)	3911
Nord	10862
Nord-Ouest	8951

Ouest	4859
Sud	4012
Sud-ouest	7937
Yaoundé	57665
Douala	58258
Cameroun	8862

Source : MINSANTE, CIS, **Profil de l'offre et de la demande des soins de santé en 2019**

100. Densité de lits d'hôpitaux, pour 10 000 habitants

C'est le nombre total des lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants.

La densité des lits d'hôpitaux était de 26,49 pour 10 000 habitants en 2016 (Carte sanitaire du Cameroun 2016). Selon le rapport 2019 de l'enquête SDI/HFA/DQR, la moyenne de lit par hôpital est de 17,6, dont en moyenne 12,5 pour l'hospitalisation, 3,8 pour la maternité et 2 pour l'observation.

101. Accessibilité aux médicaments essentiels clés / de base-ODD 3.b.3

C'est la proportion des formations sanitaires qui disposent d'un ensemble de base de médicaments essentiels disponibles et abordables de manière durable.

Le gouvernement, à travers la CENAME et les Fonds Régionaux pour la promotion de la santé, s'est organisé pour rendre le médicament essentiel disponible, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, sur toute l'étendue du territoire camerounais. Des progrès ont été enregistrés en termes du nombre de jours moyen de rupture de stock pour les médicaments traceurs qui est passé de 21 jours en 2012 à 13,69 jours en 2015 (SSS 2016-2027). Les résultats de l'enquête SDI/HFA/DQR (voir tableau N° 83 ci-dessous) indique que 57,7% des formations sanitaires ont une disponibilité observée des médicaments essentiels de la liste de l'OMS avec des disparités selon les régions et le type de structure. La disponibilité observée de médicaments essentiels est meilleure dans les régions du Nord-Ouest (87%), de l'Adamaoua (86,7%) et du Nord (80%). La disponibilité observée des médicaments essentiels est faible dans la région du Centre (44%) et surtout dans les villes de Douala (34,7%) et de Yaoundé (28,2%).

V. RESSOURCES HUMAINES DE SANTE

102. Densité et distribution des ressources humaines en santé, pour 10 000 habitants

C'est le Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants.

Selon les Statistiques Sanitaires Mondiale 2021 ; le pays a 0,9 médecin pour 10 000 Habitants, 0,1 infirmiers, sage-femme, dentiste et pharmacien pour 10 000habitants en 2019. Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2016-2020, le système de routine a

régulièrement capté et suivi l'évolution de la proportion de structures sanitaires qui disposaient d'au moins la moitié des ressources humaines requises. L'estimation effectuée en 2020 situait cet indicateur à 52% soit 2% au-dessus de la cible fixée qui était de 50%.

103. Production des personnels de santé par les institutions de formation

C'est la densité de diplômés d'établissements préparant aux professions de santé (facultés de médecine et de pharmacie, écoles de soins dentaires, écoles de soins infirmiers, écoles de sages-femmes, notamment) au cours de la dernière année universitaire, pour 10 000 habitants.

Selon les données 2018 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) du MINSANTE, près de 5000 professionnels de santé paramédicaux (infirmiers et médico-sanitaires) et en moyenne 620 médecins sortent chaque année des différentes écoles de formation publiques et privées du pays depuis 2014.

W. INFORMATION SANITAIRE

104. Enregistrement des naissances-ODD 16.9.1

C'est la proportion des enfants de cinq ans dont la naissance a été enregistrée dans un registre d'état civil.

Selon l'UNICEF, l'enregistrement des naissances des enfants dans le monde est basé principalement sur les enquêtes-ménages et les données du ministère de la santé. La Banque mondiale estimait à 66% en 2014 et 62% en 2018 le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été portée dans un registre. Selon l'EDSC, pour environ trois enfants sur cinq (62 %) de moins de 5 ans, la naissance a été enregistrée à l'état civil ; Dans cette proportion, un enfant sur deux possède un acte de naissance (49 %). La cible de l'ODD est de garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances d'ici à 2030.

105. Enregistrement des décès-ODD 17.19.2

C'est le pourcentage de décès enregistrés par une autorité compétente, avec toutes les caractéristiques, et notamment l'âge et le sexe.

Les données pour produire cet indicateur ne sont pas encore systématiques dans le pays, il s'agit d'un processus qui doit être systématisé dans le pays, des travaux sont en cours à travers la collaboration BUNEC et Ministère de la Santé Publique.

106. Complétude et promptitude des rapports de notification des maladies à déclaration obligatoire par les formations sanitaires

C'est le pourcentage des formations sanitaires qui rapportent dans les délais requis (complétude et promptitude).

Selon le bulletin épidémiologique du Cameroun de 2021, le taux de complétudes des rapports de surveillance des maladies à potentiel épidémique était de 82,6% et le taux de promptitude de 54,8%. Quatre régions du pays ont atteint un taux de complétude supérieur à la cible (90%). La complétude et la promptitude présente de forte disparité entre les régions notamment dans la région du Sud-Ouest (28%) et la région du Sud (79,5%). Toutefois, la promptitude reste un défi pour toutes les régions qui sont toujours en dessous du seuil de 90% en 2021.

Tableau 52: Répartition par région des taux de complétude et promptitude des rapports MAPE en 2021

Régions	Rapports attendus	Rapport reçus	Complétude %	Rapport reçu à temps	Promptitude %
Adamaoua	9516	8395	88,2	4785	50,3
Centre (sans Yaoundé)	86476	76143	88,1	51199	59,2
Est	13468	10776	80	7388	54,9
Extrême-Nord	22880	21434	91,7	17078	74,6
Littoral (sans Douala)	66040	41702	63,1	20311	30,8
Nord	15548	15326	98,6	12080	77,7
Nord-Ouest	21060	15148	71,9	6604	31,4
Ouest	42588	39879	93,6	33229	78
Sud	14508	13890	95,7	11527	79,5
Sud-ouest	15652	11472	73,3	4501	28,8
CMR	307736	254165	82,6	168702	54,8

Source : MINSANTE, DLMEP, BEC 2021

X. FINANCEMENT DE LA SANTE

107. Total des dépenses courantes de santé, en pourcentage du produit intérieur brut.

Il s'agit de toutes les dépenses de santé (courantes et d'investissements), en pourcentage du produit intérieur brut.

D'après les comptes nationaux de la santé 2011 et 2012, on a observé une évolution du pourcentage des dépenses en santé courantes totales en pourcentage des dépenses publiques, et non du produit intérieur brut (PIB), de 4% à 5,4%. Selon l'OMS, le Cameroun a consacré 3,60% de dépenses courantes de santé en pourcentage de PIB en 2019.

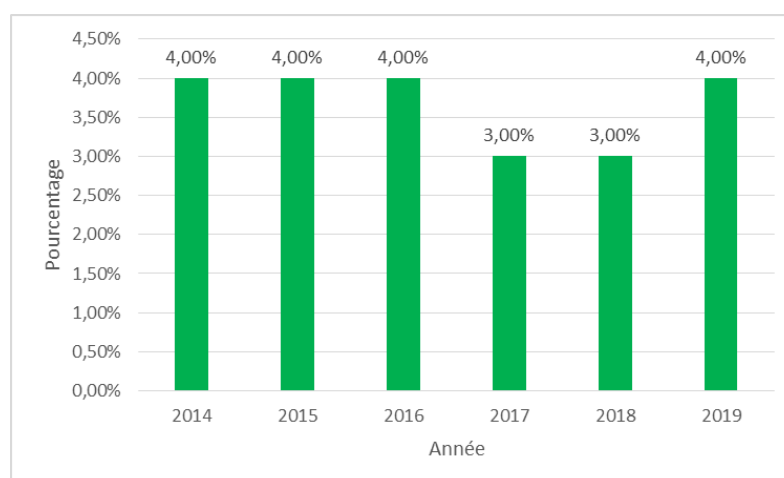


Figure 36: Total des dépenses courantes en santé de 2014 à 2019

Source : OMS GHED 2019

108. Sources de financement intérieures publiques et privées des dépenses courantes de santé, en pourcentage des dépenses courantes de santé

Il s'agit des dépenses publiques courantes de santé, en pourcentage des dépenses totales de santé. Il s'agit de la somme des dépenses courantes en santé payées en numéraire ou en nature par des entités gouvernementales telles que le Ministère de la Santé Publique, d'autres ministères, les organismes parapublics ou les organismes de sécurité sociale, ou par des entités qui gèrent des régimes de santé rendus obligatoires par la loi.

La dépense publique courante de santé prend en compte les dépenses courantes de santé des administrations, et des régimes obligatoires, et les financements extérieurs. Les dépenses des ménages sont documentées et sont généralement les seules à être prises en compte comme dépenses privées.

Les financements du secteur privé ne représentent que 7% des dépenses totales de santé au Cameroun (BM/Cameroun, 2018). Les dépenses publiques de santé (23% des DTS) sont faibles et diminuent en proportion du budget national total.

109. Sources actuelles de financement externes de la santé, en pourcentage des dépenses de santé courantes

C'est la part des dépenses en santé courantes totales financée par des unités institutionnelles extérieures (reste du monde) fournissant des revenus aux régimes de financement, en pourcentage des dépenses courantes totales de santé.

Une part importante des ressources extérieures est inscrite dans le budget national du MINSANTE telle que les prêts, les contrats de désendettement, et les cofinancements. Cependant, il existe des mécanismes parallèles comme l'appui spécifique à un Programme, à une Région, à un District de santé ou à une structure

de santé. Les dépenses couvertes par le financement extérieur ne sont donc pas faciles à maîtriser.

Les comptes nationaux de la santé au Cameroun indiquent que le financement extérieur, qui varie généralement entre 10 et 20 %, selon les années, est passé de 14,40% en 2011 à 7,11% en 2012.

110. Proportion des ménages appauvris par le paiement direct des services de santé

Proportion de la population (ou sous-population) confrontée à un appauvrissement dû aux dépenses en santé directes.

Les CNS 2019 étant en cours de validation, d'après les Comptes Nationaux de Santé (CNS) 2011 et 2012, les dépenses des ménages représentent, depuis le début des années 2000, 60% à 70% des dépenses pour le financement de la santé, ce qui expose la population à un risque élevé de catastrophe financière et surtout d'appauvrissement. En effet, les données des CNS montrent que 4,7% affectent annuellement plus de 40% des dépenses des ménages aux frais de santé. Selon BM/Cameroun (Dépenses Publiques de Santé 2019) les Dépenses Totales de Santé (DTS) par habitant au Cameroun sont relativement élevées, autour de 54 US dollars. Selon ECAM de 2014, 4% de la population est confronté à un appauvrissement dû aux dépenses en santé directes.

111. Ratio des dépenses catastrophiques-ODD 3.8.2

C'est la proportion des ménages confrontés à des dépenses importantes de santé en rapport avec les dépenses totales des ménages ou leurs revenus.

Selon les Statistiques Sanitaires Mondiales 2021, les populations dont les dépenses de ménages en matière de santé représentent plus de 25% des dépenses ou des revenus totaux des ménages s'élevait à 1,78%. Ceux dont les dépenses représentent plus de 10% représentent 10,71%.

112. Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base-ODD 3.b.2

C'est le montant net de l'aide au développement (tous les donateurs) consacré à la recherche en santé.

Selon la DROS du MINSANTE, le budget alloué à la recherche opérationnelle en santé s'élevait à 85 000 000 en 2020 et 100 000 000 en 2021. Toutefois, ce chiffre est sous-estimé car plusieurs études/recherches sont réalisées grâce au financement des partenaires au développement auprès d'autres entités comme la CIRCB, l'IMPM

Y. SECURITE SANITAIRE

113. Indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International

C'est le pourcentage d'attributions des 13 principales capacités requises, atteint durant une période donnée.

Cet indicateur mesure les progrès dans la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005) dont les 13 principales capacités requises en 2020 sont : (1) la législation, les politiques et financement au niveau national, (2) la coordination et les communications assurées par les points focaux nationaux, (3) la surveillance, (4) l'action, (5) la préparation, (6) la communication en matière de risque, (7) les ressources humaines, (8) les laboratoires, (9) les points d'entrée, (10) les événements d'origine zoonotique, (11) la sécurité sanitaire des aliments, (12) les événements d'origine chimique et (13) les situations d'urgence radiologique ou nucléaire. En 2021, 02 capacités ont été rajouté ; il s'agit de (i) Instruments politiques, juridique et normatifs pour l'application du RSI ; (ii) Lutte anti-infectieuse.

Cet indicateur est globalement évalué en 2020 à 50% des 13 principales capacités requises selon le RSI 2005. En 2021, pour les 15 principales capacités, le Cameroun a enregistré un score de 41% (Base de données e-Spar). Tout comme le score national, la plupart des capacités sont en baisses.

Tableau 53: Pourcentage des principales capacités du RSI (2005) en 2020

Capacités (RSI, 2005)	2020
Législation et Financement	60
Coordination pour le RSI et Fonctions des Points Focaux Nationaux RSI	80
Événements Liés à des Zoonoses et Interface Homme-Animal	80
Sécurité Sanitaire des Aliments	40
Laboratoires	60
Surveillance	80
Ressources Humaines	20
Cadre National Pour les Situations d'Urgence Sanitaire	53
Prestation de Services de Santé	33
Communication sur les Risques	20
Points d'Entrée	40
Événements d'Origine Chimique	40
Situations d'Urgence Radionucléaire	40
Cameroun	50

Source : **Rapport SPAR 2020 (State Party Self-Assessment Annual Reporting)**

Tableau 54: Pourcentage des principales capacités du RSI (2005) en 2021

Capacités (RSI, 2005)	2021
Instruments politiques, juridiques et normatifs pour l'application du RSI	20
Coordination pour le RSI, fonctions du point focal national et promotion du RSI	47

Financement	40
Laboratoires	68
Surveillance	60
Ressources humaines	30
Gestion des situations d'urgence sanitaire	47
Prestation de services de santé	47
Lutte anti-infectieuse	20
Communication sur les risques et participation communautaire	27
Santé aux points d'entrée et aux frontières	47
Zoonoses	80
Sécurité sanitaire des aliments	20
Événements d'origine chimique	20
Situations d'urgence radionucléaire	40
Cameroun	41

Source : **Rapport SPAR 2021 (State Party Self-Assessment Annual Reporting)**

Z. GOUVERNANCE

114. Existence d'une politique sectorielle nationale / stratégie / plan

Il s'agit de l'existence d'une Politique Sectorielle de Santé avec des objectifs et des cibles mis à jour depuis au moins 5 ans.

Le Cameroun dispose d'une politique sectorielle santé 2016 -2027 en cours de mise en œuvre. La Stratégie Sectorielle de Santé est ancrée sur les cadres nationaux et internationaux à savoir :

- La loi cadre dans le domaine de la santé ;
- La Vision Cameroun 2035 ;
- Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE 2010-2020)
- Les Objectifs du Développement Durable 2015, volet santé (ODD)

La vision du Secteur Santé est : « *Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés* ».

CHAPITRE V : INDICATEURS ADDITIONNELS

Le contexte de la pandémie au COVID-19 aura mis de l'avant l'expertise de la PCI jusqu'à tout récemment peu connue de la population. L'évolution des cas étant plus rapide que notre capacité à la contrôler nous a directement conduit vers les mesures de PCI.

En décembre 2021, le pays enregistrait 3756 personnels de santé étaient infectés au COVID parmi lesquels 57 sont décédés. Or seulement 28% des FOSA évalué présentait un scorecard satisfaisant (supérieur à 75%).

115. Proportion de personnel de santé infecté

Il s'agit d'un indicateur de surveillance qui détermine le nombre cumulé de cas confirmés d'une affection donnée chez le personnel de santé

Tenant compte de la pandémie de COVID-19 qui sévit au Cameroun depuis 2020, nous nous appesantirons sur le nombre de personnel de santé infectés au COVID-19. Cet indicateur renseigne sur disponibilité des EPI, l'utilisation correcte de ceux-ci

Les agents de santé et les agents de santé communautaires qui fournissent des soins et des services dans des contextes formels et informels sont au cœur des systèmes de santé résistants et pérennes. La COVID-19 a directement menacé leur sécurité et leur capacité à faire leur travail. Toutes les catégories d'agents de santé ont été touchées, ce qui démontre encore une fois la nécessité de fournir de la formation, une protection et des équipements de protection individuelle (EPI) aux agents de santé à tous les niveaux.

En décembre 2021, 3756 personnels de santé étaient infectés au COVID parmi lesquels 57 sont décédés.

116. Niveau de Score-card des Formations Sanitaires

Proportion de formations sanitaire évaluée conformément aux critères du SCORECARD de l'OMS (COVID-19) ayant enregistré un score supérieur à 75%.

La Prévention et le Contrôle de l'Infection est un élément essentiel dans la lutte contre la maladie et l'assurance de la qualité des soins. Le monde connaît actuellement une pandémie de COVID-19, causée par un nouveau virus faisant partie de la famille des coronavirus : le SARS-CoV-2. Cette pandémie a mis en évidence l'importance des mesures de Prévention et de Contrôle de l'Infection (PCI), particulièrement au niveau des structures sanitaires.

La grille SCORECARD de l'OMS est un outil de surveillance qui peut fournir une évaluation de base du programme et des activités de PCI dans un établissement de soins, autant que des évaluations continues par utilisations répétées pour documenter les progrès au fil du temps et faciliter l'amélioration. C'est un questionnaire structuré, à format fermé et avec calcul de score associé. Il est principalement destiné à être auto-administré (outil d'auto-évaluation) et peut être

utilisé comme un indicateur de progression ; mais il peut également être utilisé pour des évaluations conjointes, par le biais des discussions argumentées entre des évaluateurs externes (Ministère de la Santé, OMS ou autres parties prenantes) et le personnel de l'établissement. L'objectif de l'outil est d'évaluer la situation vis-à-vis de la PCI dans l'établissement en termes de ressources et de pratiques et d'identifier les points forts et les lacunes pour argumenter l'élaboration des futurs projets. Pour toutes ces raisons, il est important de déterminer le score correct pour chaque section ainsi que le score global.

Une évaluation menée par l'OMS dans 6 régions du Cameroun a permis d'évaluer 155 FOSA. Il ressort de cette évaluation qu'aucune région n'a enregistré un score supérieur à 75% mais 28% des FOSA sont au vert.

Tableau 55: Répartition des Score-Card parmi les régions évaluées au Cameroun

Régions	Nombre de FOSA	Nombre de FOSA évaluées	% de FOSA évaluées	% des scores moyens par régions
Adamaoua	182	3	1,6	52
Centre	1690	43	2,5	51
Est	261	34	13	57
Extrême-Nord	430	0	0	NA
Littoral	1056	38	3,6	47
Nord	317	0	0	NA
Nord-Ouest	406	34	8,3	59
Ouest	849	3	0,3	0
Sud	277	0	0	NA
Sud-ouest	305	0	0	NA
Cameroun	5773	155	2,6	44

Source : OMS, IMT COVID-19 2022

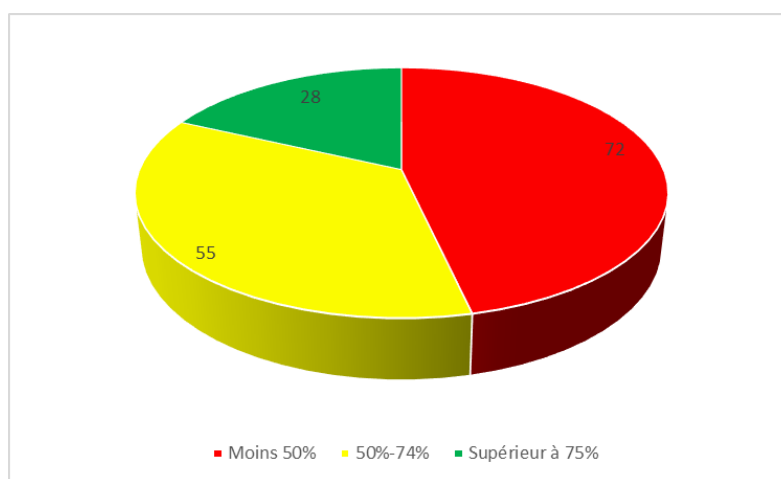


Figure 37: Distribution des performances des FOSAs enquêtées

Source : OMS, IMT COVID-19 2022

Tableau 56: Répartition des scores obtenus par composantes PCI

Composantes PCI	Score obtenu	Cible
-----------------	--------------	-------

Point focal et Comité d'hygiène et de sécurité	57	75
Triage en place	28	75
Identification d'une Zone d'isolement/ attente	47	75
Lavage des mains et Station d'hygiène des mains	59	75
Disponibilité et usage des EPI	36	75
Tri des déchets	65	75
Elimination des déchets	59	75
Formation du personnel	57	75
Alerte des cas suspects intra-hospitaliers (FOSA)	56	75
Stérilisation	71	75
Bio nettoyage de l'environnement du patient	47	75
Exposition d'un agent de santé au Covid-19	60	75
Approvisionnement en eau et stockage d'eau	46	75
Hygiène et propreté au sein de la Fosa	49	75

Source : **OMS, IMT COVID-19 2022**

ANALYSE FFOM

Le processus d'élaboration du Rapport de Suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun de 2021 et les résultats obtenus a permis d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces suivantes :

❖ FORCES

- Volonté affichée des autorités politiques
- Existence d'une plateforme nationale pour les données du SIS (DHIS 2)
- Existence de bibliothèques en ligne
- Existence des différents programmes et cellules du MINSANTE et secteurs apparentés
- Existence de structures, infrastructures et matériels pour la gestion du SNIS
- La disponibilité d'un personnel affecté aux données aux différents niveaux du système ;
- La production régulière d'un annuaire statistique de santé servant de cadre de référence pour l'ensemble du pays, du tableau de bord de la santé, des rapports de progrès, des comptes nationaux de la santé et de la carte sanitaire.
- Le soutien de l'Etat et des partenaires techniques et financiers au développement sanitaire dans la production statistique
- Existence d'un guide technique pour la surveillance des maladies et de la riposte
- Existence des outils harmonisés de collecte des données
- Existence d'une liste des indicateurs essentiels du SNIS

❖ FAIBLESSES

- Survenue de la COVID-19
- La faible production des rapports annuels par les directions centrales et certains programmes
- La qualité de certains indicateurs (La différence de libellés dans les noms des indicateurs dans les différents documents ; La différence d'unité de mesure de certains indicateurs ; ;
- La disponibilité de données actualisées (la plupart des données d'enquêtes nationales disponibles datent de plus de 3 ans, certains indicateurs n'ont pas de données));
- Les délais élevés de validation de documents stratégique
- Bibliothèque électronique pas à jour
- Insuffisance de cadre réglementaire et juridique du SNIS
- Dissémination limitée des élément organisationels et opérationnels du fonctionnement du SNIS (Organigrammes, circuits de l'information, POS, etc)
- Insuffisance de personnel qualifié pour la gestion du SNIS

- Insuffisance des ressources matérielles, infrastructurelles et financières (Couverture de réseau internet, matériel informatique, support de collectes etc)
- Multiplicité des supports de collecte des données
- Les faibles taux de promptitude et de complétude des rapports
- L'irrégularité et la non-exhaustivité des données transmises par les acteurs au niveau communautaire ;
- L'absence de feed-back.
- Manque d'évaluation du SNIS (manque de rapport d'évaluation)

❖ **OPPORTUNITES**

- Engagement des partenaires au développement
- Existence d'un plan national de développement sanitaire
- Collaboration entre le MINSANTE et les ministères apparentés
- Existence d'un plan d'opérationnalisation du DHIS2 en cours de développement

❖ **MENACES :**

- Les crises sécuritaires dans certaines régions du pays (Nord-Ouest, Sud-Ouest, Extrême Nord, Est) et leurs conséquences sur le plan humanitaires et sur les flux migratoires.
- Persistance de la COVID-19
- Mobilisation insuffisante du plan national de développement sanitaire
- Mobilités des acteurs clés du SNIS liée aux affectations et autres raisons

PROCEDURES OPERATIONNELLES STANDARDS DE COLLECTE POUR LA MISE A JOUR REGULIERE DES INDICATEURS CLES

L'ONSP est une structure du MINSANTE qui est chargé de la production et dissémination des connaissances sur la santé des populations afin d'éclairer les politiques publiques. De ce fait, depuis 2017, un rapport qui sert de document général de référence et d'orientation pour les indicateurs standard et leur définition est élaboré de façon biannuelle par l'ONSP. Mais, l'élaboration de ce document intitulé « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun » rencontre depuis lors un réel souci de disponibilité des données. De plus, afin d'enrichir leur base de données qui aidera à faire un état des lieux sur la situation sanitaire du pays dans le but ultime d'éclairer la planification et la prise de décision, l'ONSP se trouve dans la nécessité de collecter à des fréquences régulières les indicateurs clés. Ceci passera donc par l'élaboration d'un protocole opérationnel standard de collecte pour la mise à jour régulière des indicateurs.

Les indicateurs n'ayant pas les mêmes sources, une classification en 03 groupes a été faite afin de faciliter l'élaboration des POS pour chaque groupe.

- Indicateurs avec des sources nationales provenant des enquêtes
- Indicateurs avec des sources nationales provenant des programmes, direction, cellule
- Indicateurs avec des sources internationales

Pour chaque catégorie d'indicateurs, la procédure sera décrite afin de faciliter la collecte et la mise à jour de la base de données de l'ONSP.

I. Elaborer un cadre de collaboration et d'échange entre l'ONSP et les autres parties prenantes

Il s'agira d'élaborer un document stratégique qui régira toutes les actions menées dans le cadre de cette collecte régulière. En effet, ceci est une étape cruciale car ce document devra comprendre la définition de la méthodologie de travail adoptée, l'adoption de la liste des indicateurs à mettre à jour et la validation des sources à utiliser pour chaque indicateur. Ceci sera fait pour chacune des catégories d'indicateurs.

1. Indicateurs avec des sources nationales provenant des enquêtes

Le cadre sera défini entre les organes en charge des enquêtes démographique et l'ONSP. Lors d'une réunion, l'ONSP devra proposer une méthodologie, des indicateurs à mettre à jour et les sources de ces indicateurs.

S'agissant de la méthodologie,

Des indicateurs à mettre à jours devront être déterminés par les deux parties en fonction des capacités de l'organes chargé de l'enquête et des besoins de l'ONSP. De plus, la définition exacte de l'indicateur et son unité de mesure devront être validés.

L'avantage ici est que lors des enquêtes qui ne seront pas de santé, l'INS pourra si les conditions sont réunies collecter certains indicateurs nécessaires à suivi de l'état de santé de la population.

Enfin, les sources des données devront être définie et adoptées, les caractéristiques des enquêtes dont les données pourront être utilisées, les conditions de collectes et d'analyse des données.

2. Indicateurs avec des sources nationales provenant des programmes, direction, cellule

Le cadre sera défini entre les responsables des programmes, direction, Cellule et l'ONSP. Il s'agira d'élaborer un document stratégique qui régira toutes les actions menées dans le cadre de cette collecte

3. Indicateurs avec des sources internationales

A la différence des indicateurs avec les sources nationales, le cadre ici ne contiendra que les définitions des indicateurs et les sources.

II. Identification des points focaux

1. Indicateurs avec des sources nationales provenant des enquêtes

Un point focal devra être défini dans chaque structure faisant des enquêtes ; son rôle sera de renseigner la base de données une fois des données d'enquêtes validées. Le responsable de la structure veillera au respect de la promptitude.

2. Indicateurs avec des sources nationales provenant des programmes, direction, cellule

Un point focal sera défini par structure de préférence le responsable des données afin d'assurer une promptitude dans le remplissage de la base de données dédiées à cet effet. Le responsable de la structure veillera au respect de la promptitude.

3. Indicateurs avec des sources internationales

Un point focal sera désigné au niveau de L'ONSP ; celui-ci devra effectuer la collecte selon la disponibilité des données. Le responsable de la structure veillera au respect de la promptitude.

III. Définir la périodicité de production des données

1. Indicateurs avec des sources nationales provenant des enquêtes

Ici, la périodicité est déterminante car elle se base sur la faisabilité, la capacité, et l Les enquêtes nationales sont pour certaines

2. Indicateurs avec des sources nationales provenant des programmes, direction, cellule

La fréquence ici dépend fortement du temps nécessaire à la validation des données. Une cellule de validation qui rassemblera toutes les structures pourra être créée et se chargera de la validation des données à une fréquence qui sied à toute les parties.

3. Indicateurs avec des sources internationales

Etant des sources internationales, la périodicité ne saurait être clairement définie.

IV. Collecte

Ici, il faudra créer une base de données synchronisé entre les parties prenantes et l'ONSP. Cette base ne contiendra que les indicateurs définis et validé par chaque partie et sera renseignée aux périodes définies. Une fois que les auteurs des indicateurs auront rempli la base, celle-ci sera automatiquement renseignée au niveau de l'ONSP qui se chargera de toiletter et de disséminer les données sur leur plate-forme.

Au niveau international, la collecte sera manuellement des bases de données sélectionnées vers la base de l'ONSP.

V. Dissémination

Etablir des listes de diffusions et un circuit de dissémination. Développer des outils et renforcer les plateformes électroniques dédiées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assemblée générale des Nations Unies / Résolution 68/261, Global indicators framework after 2019 refinement / Cadre Mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de Développement Durable à l'horizon 2030
2. Banque Mondiale / Cameroun, Revue des dépenses publiques au Cameroun, 2021
3. Banque Mondiale, Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS), 2012
4. Biccard, Bruce & Madiba, T E & Kluyts et al. Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: A 7-day prospective observational cohort study. *The Lancet*. 391. 10.1016/S01406736(18)30001-1.
5. Brauer, M et al. « Global burden of disease de 2015 » publié par la Banque mondiale
6. CAMPHIA /DROS, Cameroon Populatedbased HIV impact assessment, 2017
7. Centre Pasteur du Cameroun, Rapport préliminaire de l'étude épidémiologique des hépatites virales B, C et delta au Cameroun. Analyse des échantillons de l'EDS IV, 2015
8. Comité National de lutte contre la drogue au Cameroun (CNLD), Rapport annuel 2020
9. Danielle Victoire Tiako Kanga et al. *The Pan African Medical Journal*, Contribution des avortements et des grossesses extrautérines dans la mortalité maternelle dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé, 2017;27:248. doi:10.11604/pamj. 2017.27.248.12942
10. Ferlay J, Soerjomataram et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: [http:// globocan.iarc.fr](http://globocan.iarc.fr).
11. INS, Annuaire statistique 2015, Chapitre 13 - sécurité
12. INS, Deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la sante au Cameroun, Rapport principal Volet Santé (PETS2), 2010
13. INS, Enquête Démographique et de Santé 1991 (EDS1)
14. INS, Enquête Démographique et de Santé 1998 (EDS2)
15. INS, Enquête Démographique et de Santé 2004 (EDS3)
16. INS, Enquête Démographique et de Santé 2018 (EDS 5)
17. INS, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSMICS) 2011
18. INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5) 2014
19. INS, Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2013
20. INS, Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de santé, 2016
21. INS, Quatrième Enquête Camerounaise auprès des Ménages
22. INS, Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012, 2015
23. International Agency for research on Cancer / Globocan, Cameroon, May, 2021
24. Kingue, et al. Prevalence and risk factors of hypertension in urban areas of Cameroon: a nationwide populationbased cross-sectional study. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2015, vol. 17, no 10, p. 819-824.
25. Kuate Defo et al., Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: a systematic review and meta-analysis of population-based studies, 2019

26. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa et al. Lancet ending preventable stillbirths series study group; Lancet stillbirth epidemiology investigator group.
27. Le 360afrique.com, Consommation de la drogue en milieu scolaire
28. MINEPAT, Voluntary National Review, 2019
29. Ministère des Finances du Cameroun, Loi des finances 2018
30. MINSANTE - ONSP, Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun, 2017
31. MINSANTE - ONSP, Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun, 2019
32. MINSANTE / ONSP, Rapport quadriennale de surveillance des maladies à potentiel épidémique au Cameroun, 2015, 2016, 2017 , 2018
33. MINSANTE / Profil des formations sanitaires, complétude des RMA et recours aux soins à partir du DHIS2, 2018 , www.DHIS-MINSANTE-CM.ORG
34. MINSANTE /Banque Mondiale, Stratégie de financement de la santé au Cameroun, Juin 2019
35. MINSANTE /OASIS, Evaluation organisationnelle pour l'amélioration et le renforcement du Financement de la santé vers la couverture universelle au Cameroun, 2016
36. MINSANTE- DLMEP, Bulletin Epidémiologique du Cameroun 2020, 2021
37. MINSANTE, Bulletin épidémiologique annuel 2018 du Paludisme au Cameroun
38. MINSANTE, Bulletin épidémiologique annuel 2018 du VIH au Cameroun
39. MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2011, 2012
40. MINSANTE, DSF rapport annuel 2020 de la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte au Cameroun, 2021
41. MINSANTE, DPS Rapport d'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, Septembre 2021
42. MINSANTE, Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) 2016-2020
43. MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020
44. MINSANTE, Projet de budget de l'exercice 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018
45. MINSANTE, Rapport annuel de performances, 2013
46. MINSANTE, Rapport d'évaluation finale de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015
47. MINSANTE, Rapport PROGRES PTME 2017
48. MINSANTE, Stratégie de financement de la santé (2018-2027, Draft Novembre 2018
49. MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027
50. MINSANTE/ Groupe Technique CSU, Etat des lieux sur la couverture santé universelle au Cameroun, Présentation, 2017
51. MINSANTE/ Groupe Technique CSU, Instauration de la couverture santé universelle au Cameroun, Présentation atelier, 2017
52. MINSANTE/DRH, Rapport général du recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun, 2011
53. MINSANTE-CIS, Profil de l'offre et de la demande des soins de santé en 2019
54. MINSANTE-CNLS, Bulletin épidémiologique N°5, septembre 2018
55. MINSANTE-CNLS, Bulletin Epidémiologique n°3 -Février 2018
56. MINSANTE-CNLS, Rapport Spectrum 2015-2017 CNLS
57. MINSANTE-CNLS, Rapports annuels 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020
58. MINSANTE-IFORD, Enquête SDI/HFA/ DQR sur les indicateurs de prestations des services de santé, Rapport final, Mai 2019
59. MINSANTE-OMS Cameroun, Liste des indicateurs de santé au Cameroun

60. MINSANTE-OMS Cameroun, Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique, 2017
61. MINSANTE-ONSP Cameroun, Profil Sanitaire Analytique Cameroun 2016
62. MINSANTE-PEV, Rapports annuels 2017, 2018, 2019, 2020, 2021
63. MINSANTE-PNLP, Bulletin Epidémiologique Annuel 2017 du Paludisme au Cameroun
64. MINSANTE-PNLP, Plan de Suivi-Evaluation du Plan Stratégique National de Lutte Contre Le Paludisme au Cameroun (PSE-PSNLP) 2014-2018
65. MINSANTE-PNLP, Rapports annuels 2014, 2015, 2016 et 2017, 2018,2019 ,2020
66. MINSANTE-PNLP, Synthèse des résultats clés 2021
67. MINSANTE-PNLT, Rapports annuels 2014, 2015 et 2016, 2017, 2018, 2019, 2020
68. N Saman Wijesooriya, Roger W Rochat, Mary L Kamb, Prasad Turlapati, Marleen Temmerman, Nathalie Broutet, Lori M Newman. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012, 2016
69. Nations unies_ Commission économique pour l’Afrique, Rapport économique sur l’Afrique 2019
70. Noeske J., Nana Yakam A., Abena-Foe J-L, Epidémiologie de la tuberculose au Cameroun telle qu’elle est reflétée dans les données de notification, 2006-2014, The international journal of Tuberculosis and lung diseases 20(11) :1489-1494, 2016
71. OMS / BM, Rapport Mondial de suivi 2017 de la couverture santé universelle, Résumé analytique
72. OMS, Faire les justes choix pour une couverture santé universelle, Rapport final du groupe consultatif de l’OMS sur la couverture santé universelle et équitable, 2015
73. OMS, Global Health Expenditure Database (apps.who.int/nha)
74. OMS, Global status report on NCDs, 2014
75. OMS, Global tuberculosis report 2016 ;2017; 2018 ; 2020
76. OMS, GLOBOCAN 2020
77. OMS, IMT-COVID-19, Pilier prévention et contrôle des infections 2022
78. OMS, La pratique de sage-femme dans le monde en 2011
79. OMS, Modèle pour l’évaluation de la prévention et du contrôle des infections (PCI) au niveau des établissements de soins
80. OMS, Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2011-2014
81. OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011-2021
82. OMS, Stratégie de coopération 2017-2020, un aperçu
83. ONU, « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l’horizon 2030 », Résolution N°
84. Say, L et al. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health 2(6): e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227- X
Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016 Feb 6;387(10018):587–603. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5) pmid: 26794078
85. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva:
86. UNFPA, Violence basée sur le genre en Afrique durant la pandémie de COVID-19, décembre 2020
87. Uniting to Combat Neglected Tropical diseases, le Cameroun et les maladies tropicales négligées/ Taux de couverture des traitements de masse pour les MTN en 2016
88. WHO / World Bank, Tracking universal health coverage, first global monitoring report
89. WHO, Global Reference list of 100 core indicators (Plus Health -related SDGs,

90. WHO, Non-Communicable Diseases (NCD) Country Profiles, Cameroon, 2018WHO, Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: [http://who.int/phe/publications/air-pollution-global assessment/en/](http://who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/), accessed 21 April 2017)
91. WHO, Tracking Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2017, décembre
92. World Bank High-performance Health Financing for Universal Health Coverage, 2019
93. World Bank Group, Cameroun, Revue des dépenses publiques, 2018, aligner les dépenses publiques aux objectifs de la vision 2035.
World Health Organization; 2019



MINSANTE
Ministère de la Santé Publique



Organisation
mondiale de la Santé
Cameroun



Vital
Strategies

Bloomberg
Philanthropies



DATA FOR
HEALTH INITIATIVE