MINSANTE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Plan National de Développement Sanitaire

PNDS 2016-2020

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux ____ *v*

Liste des figures ____ *v*

Liste des sigles, abbréviations et acronymes ____ *vii*

Préface ____ *xi*

Remerciements ____ *xiii*

Résumé exécutif ____ *xv*

Introduction et approche méthodologique ____ *xix*

PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION ____ *xxiii*

Chapitre 1: Contexte national ____ *2*

1.1 Situation géographique ____ *2*

1.1.1 Milieu naturel, diversité des reliefs et des écosystèmes ____ 2

1.1.2 Le climat ____ 2

1.1.3 L'hydrographie ____ 2

1.2 Situation sociodémographique et ethnologique ____ *2*

1.2.1 Démographie du Cameroun ____ 2

1.2.2 Ethnographie du Cameroun ____ 3

1.2.3 Situation socio-économique ____ 3

1.3 Situation politico-administrative ____ *4*

1.4 Voies de communication ____ *4*

1.5 Accès et usage des technologies de l'information et de la communication ____ *5*

1.6 Equité justice sociale en santé ____ *5*

Chapitre 2 : Situation sanitaire ____ *6*

2.1 Organisation du secteur de la santé au Cameroun ____ *6*

2.2 Profil épidémiologique ____ *7*

2.2.1 Promotion de la santé ____ 8

2.2.2 Prévention de la maladie et prise en charge des cas ____ 9

2.2.2.1 Les Maladies Transmissibles ____ 9

2.2.2.2 Maladies Non Transmissibles (MNT) ____ 15

2.2.2.3 Santé de la Mère et de l'enfant ____ 17

2.2.3 Les Performances du système de santé ____ 19

2.2.3.1 Financement de la santé ____ 19

2.2.3.2 Offre des soins et des services ____ 22

2.2.3.3 Pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques ____ 28

2.2.3.4 Ressources humaines en santé ____ 29

2.2.3.5 Système National d'Information Sanitaire et Recherche en santé ____ 32

2.2.3.6 Gouvernance et pilotage stratégique ____ 32

2.3 Problème central et diagnosctic du secteur santé ___ *35*

DEUXIÈME PARTIE : CADRE D'INTERVENTION ___ *38*

Chapitre 3 : Ancrage, Vision, objectifs et cadre stratégique du PNDS 2016-2020 ___ *40*

3.1 Ancrage institutionnel du PNDS 2016-2020 ___ *40*

3.2 Rappel des axes stratégiques de la SSS 2016-2027 ___ *41*

3.3 Objectifs du Plan de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 ___ *42*

3.3.1 Objectif Global ___ 42
3.3.2 Objectifs spécifiques ___ 43
3.3.2.1 Promotion de la santé ___ 43
3.3.2.2 Prévention de la maladie ___ 43
3.3.2.3 Prise en charge des cas ___ 43
3.3.2.4 Renforcement du système de santé ___ 44
3.3.2.5 Gouvernance et pilotage stratégique ___ 44

Chapitre 4 : Cadre logique d'intervention ___ *45*

TROISIÈME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-ÉVALUATION ___ *94*

Chapitre 5: Cadre de Mise en œuvre ___ *96*

5.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre et mécanismes de coordination ___ *96*

5.1.1 Niveau national ___ 96
5.1.2 Niveau central ___ 96
5.1.3 Niveau déconcentré ___ 98
5.1.3.1 Au niveau intermédiaire : Le Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES) ___ 98
5.1.3.2 Au niveau périphérique : Le Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSES) ___ 99

Chapitre 6 : Cadre de Suivi-Evaluation ___ *102*

QUATRIÈME PARTIE: CADRAGE BUDGÉTAIRE ___ *104*

Chapitre 7. Financement du PNDS 2016-2020 ___ *106*

7.1 Cadrage budgétaire ___ *106*

7.2 Coûts prévisionnels du PNDS 2016-2020 ___ *106*

7.2.1 Hypothèses d'estimation ___ 106
7.2.2 Analyse du coût prévisionnel ___ 107
7.2.2.1 Coût prévisionnel par composante et sous composante ___ 107
7.2.2.2 Coût prévisionnel par année ___ 108
7.2.2.3 Coût et impact projeté ___ 109

7.3 Analyse des gaps de financement ___ *110*

7.4 Stratégie de viabilisation financière ___ *111*

Références ___ *122*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions 6
Tableau 2: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013. 8
Tableau 3: Situation de l'hygiène et de l'assainissement dans les régions 9
Tableau 4: Historique des MAPE au Cameroun de 2011 à 2015 13
Tableau 5: Contribution des partenaires au financement de la santé (milliards de FCFA). 21
Tableau 6: Niveau de couverture des principales interventions de soins de santé primaires 25
Tableau 7: Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2016 26
Tableau 8: Répartition des ressources humaines en santé par région 30
Tableau 9: Description des axes stratégiques 41
Tableau 10 : Cadre logique du PNDS 2016-2020 45
Tableau 11: Organes de coordination de la mise en œuvre du PNDS 100
Tableau 12 : Projections de financement pour la période 2016 - 2020 (en milliards de FCFA) 106
Tableau 13: Décomposition des coûts du PNDS par axe et sous axe stratégiques sur la période 2016-2020 .. 108
Tableau 14 : Répartition annuelle des coûts du PNDS 2016-2020 par axe stratégique 109
Tableau 15: Comparaison entre les besoins réels et les financements prévisionnels (milliards FCFA) 110

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes 7
Figure 2 : Evolution du budget national alloué au secteur santé et en pourcentage du budget national de 2010 à 2015 20
Figure 3 : Diagnostic en images du secteur de la santé 36
Figure 4 : Répartition globale des coûts du PNDS 2016-2020 par composante 107
Figure 5: Evolution des coûts du PNDS 2016-2020 par axe stratégique. 109
Figure 6: Coût du PNDS 2016-2020 et impact sur la mortalité maternelle 2016-2020. 110

LISTE DES SIGLES, ABBRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AMC	Auto Monitorage Communautaire	**DRSP**	Délégation Régionale de Santé Publique
ARV	Antirétroviraux	**DSCE**	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté	**ECAM**	Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages
AVP	Accidents de la Voie Publique	**EDS**	Enquête Démographique et de Santé
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional	**FCFA**	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme	**FDR**	Feuille de Route
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement	**FINEX**	Financements Extérieurs
CENAME	Centrale National d'Approvisionnement en Médicam ents et consommables Médicaux Essentiels	**UNFPA**	United Nations Found for Population Activities
CHRACERH	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine	**GAVI**	Global Alliance for Vaccines and Immunization
CICRB	Centre International de Recherche Chantal Biya	**HTA**	Hypertension Artérielle
CMA	Centre Médical d'Arrondissement	**INS**	Institut National de la Statistique
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida	**IST**	Infections Sexuellement Transmissibles
CNS	Comptes Nationaux de Santé	**LANACOME**	Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise
COGE	Comité de Gestion	**MAPE**	Maladies à Potentiel Épidémique
COGEDI	Comité de Gestion du District	**MICS**	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
COCSEC	Comité Opérationnel de Coordination multisectorielle, de mise en œuvre et de Suivi-Evaluation du PNDS	**MILDA**	Moustiquaires imprégnées longue durée d'action
COPIL	Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé	**MINAC**	Ministère des Arts et de la Culture
CORECSES	comité régional de coordination et de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS	**MINADER**	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
COSA	Comité de Santé	**MINAS**	Ministère des Affaires Sociales
COSADI	Comité de Santé du District	**MINATD**	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
CSI	Centre de Santé Intégré	**MINCOM**	Ministère de la communication
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées	**MINDEF**	Ministère de la Défense
DGSN	Délégation Générale à la Sûreté Nationale	**MINDEPDED**	Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et Pandémies	**MINEDUB**	Ministère de l'Education de Base

MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINEPIA	Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFORPRA	Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique
MINJUSTICE	Ministère de la Justice
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MINRESI	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINTP	Ministère des Travaux Publics
MINTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
MNT	Maladies Non Transmissibles
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OBC	Organisations à base communautaires
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non Gouvernementale
ONSP	Observatoire National de la Santé Publique
OSC	Organisations de la Société Civile
PAISS	Projet d'Appui aux Investissements du Secteur Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PDSD	Plan de Développement Sanitaire de District
PETS	Public ExpenditureTracking Survey
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POS	Procédures Opérationnelles Standards
PRCDS	Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire
PSNIML-MNT	Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME/PECP	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)/Prise en Charge Pédiatrique
PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus du SIDA
RHS	Ressources Humaines en Santé
SAA	Soins Après Avortement
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SRMNEA	Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant et de l'Adolescent
SSP	Soins de Santé Primaires
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
ST-CP/SSS	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé
SWAP	Sector-Wide Approach

Comité de rédaction

Coordination générale:

- Monsieur MAMA FOUDA André
  Ministre de la Santé Publique
- Monsieur HAYATOU Alim
  Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

Supervision générale :

- Pr. KOULLA-SHIRO Sinata
  Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Supervision Technique:

- Pr. KINGUE Samuel
  Conseiller Technique N°3, Vice-Président du GTT

Coordination Technique:

- Dr MATSEZOU Jacqueline
  Coordonnateur du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/CP-SSS)

Membre du Secrétariat Technique :

- M. NDOUGSA ETOUNDI Guy
  Cadre ST/CP-SSS

PRÉFACE

La mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 sera réalisée, au cours du prochain quinquennat, dans un contexte épidémiologique marqué par une prédominance des maladies transmissibles dont les plus importantes sont : le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. On observe également une tendance à la hausse des maladies non transmissibles, notamment : les affections cardiovasculaires, les cancers et les accidents de la voie publique.
Pour réduire les chiffres observés dans le profil épidémiologique, le gouvernement s'emploiera à « **assurer un accès universel aux services et soins de santé de qualité à toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés** ».

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, instrument de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, est le premier jalon vers la réalisation de cette ambition. Il fixe les lignes directrices d'opérationnalisation de la SSS 2016-2027 pour les cinq prochaines années et met l'accent sur les interventions à haut impact dans les domaines prioritaires suivants : (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; (ii) le contrôle des maladies transmissibles prioritaires et des maladies non transmissibles les plus fréquentes, à travers le renforcement du partenariat communautaire ; (iii) le développement des soins de santé secondaires et tertiaires prioritaires et (iv) le renforcement des piliers du système de santé.

Le PNDS est donc le document de référence et un précieux outil de travail pour l'ensemble des acteurs du secteur santé qui y trouveront un point d'ancrage pour l'élaboration de leurs plans opérationnels. A cet effet, la SSS 2016-2027 fait obligation à toutes les parties prenantes, de n'inscrire prioritairement dans les différents plans à élaborer au cours de ce quinquennat, que des activités qui sont en cohérence avec les interventions du PNDS 2016-2020.
Nous invitons par conséquent tous les responsables des structures sanitaires à différents niveaux de la pyramide de santé, les Partenaires Techniques et Financiers, les Ministères Partenaires et les acteurs de la société civile concernés par l'atteinte des objectifs projetés dans la SSS 2016-2027 , à se l'approprier pour rendre sa mise en œuvre effective.

Ministre de la Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au nom du Gouvernement camerounais, je voudrais adresser mes sincères remerciements à tous mes collaborateurs , les PTF et les experts mobilisés qui ont apporté une contribution technique et/ou financière à l'élaboration de cet important document.

Ministre de la Santé Publique

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, premier plan opérationnel de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, a été validé en Janvier 2016 par le comité de pilotage du secteur santé. Le processus d'élaboration de ce PNDS 2016-2020 a été inclusif et participatif, impliquant toutes les parties prenantes du secteur (prestataires des services et des soins du MINSANTE et des ministères partenaires, PTF du secteur santé, société civile, etc.).

Ce document de référence permettra à tous les acteurs, chacun en fonction de ses réalités et dans le respect des stratégies de la SSS 2016-2027, d'élaborer leurs plans de travail annuels ou pluriannuels. Les plans pluriannuels élaborés au niveau opérationnel seront consolidés au niveau régional et serviront de document de travail pour l'élaboration des Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire (PRCDS).

Les domaines prioritaires du PNDS 2016-2020 sont: (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, (ii) le contrôle des maladies transmissibles prioritaires et des maladies non transmissibles les plus fréquentes (diabète, HTA) à travers la revitalisation des soins de santé primaires (SSP) ; (iii) le développement des soins de santé spécialisés prioritaires ; et enfin (iv) le renforcement des piliers du système de santé et de la gouvernance hospitalière.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION

CONTEXTE NATIONAL

Le Cameroun est classé parmi les pays à revenus intermédiaires depuis 2014 avec un PIB de 32,05 milliards US$, correspondant à un revenu annuel de 1 445 US$/habitant. Cependant, 40% de sa population vit encore sous le seuil de pauvreté, défini comme un revenu annuel de 269 443 FCFA, soit 539 US$/adulte[i].

L'indice de Développement Humain (IDH) du Cameroun est faible, le pays occupait en effet le 153ème rang mondial sur les 188 pays évalués en 2014. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a quant à lui connu une évolution à la hausse, passant de 0,330 en 2013 à 0,344 en 2015, ce qui traduit une augmentation des inégalités de niveau de vie dans le pays[1].

SITUATION SANITAIRE

La situation épidémiologique actuelle est marquée par une prédominance des maladies transmissibles (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, etc.) et une progression significative des maladies non-transmissibles, notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales et les traumatismes dus aux accidents de la voie publique.

[i]Taux de conversion utilisé: 500 FCFA = 1USD

En 2001, lors de l'évaluation des performances des systèmes de santé, l'OMS a classé le Cameroun au 164emerang parmi les 191 pays évalués[2]. Ce rang traduit la faiblesse des piliers de son système de santé avec pour conséquence son incapacité à répondre efficacement aux besoins des populations.

DEUXIEME PARTIE : CADRE D'INTERVENTION

OBJECTIFS ET CADRE STRATEGIQUE GLOBAL DU PNDS 2016-2020

L'objectif global du PNDS est de: *«rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité dans au moins 50% des Hôpitaux de districts et régionaux d'ici 2020»*. Il s'agit d'une déclinaison de l'objectif général de la SSS 2016-2027 qui est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable.

CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION

L'analyse de la situation sanitaire du secteur santé a permis d'élaborer un cadre logique d'intervention qui comporte 5 axes stratégiques :
(i) la promotion de la santé qui visera l'adoption par les populations des comportements sains et favorables à la santé ; (ii) la prévention de la maladie qui sera axée sur l'intensification des interventions permettant de réduire la mortalité prématurée due aux principales maladies transmissibles et non transmissibles évitables ; (iii) la prise en charge des cas qui privilégiera la mise en œuvre des paquets d'interventions intégrées à haut impact sur la santé des populations ; (iv) le renforcement du système de santé qui accordera la priorité non seulement à la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé orientée vers la Couverture Santé Universelle (CSU), mais aussi à la réhabilitation et à l'équipement des structures sanitaires défectueuses, à la construction et à l'équipement des hôpitaux du PUTAC. L'axe renforcement du système de santé concernera aussi la fidélisation des RHS aux postes de travail dans les zones difficiles d'accès et à la motivation des Agents de Santé Communautaires (ASC). Toujours dans cet axe, l'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments essentiels, vaccins, consommables et réactifs sera réalisé à travers le renforcement de la logistique de gestion des stocks ; (v) enfin, le renforcement de la gouvernance, du pilotage stratégique et du leadership à tous les niveaux du système de santé qui est le cinquième axe stratégique reposera sur une gestion plus efficiente des ressources financières, la consolidation du système de suivi et évaluation, la contractualisation avec le sous-secteur privé et les acteurs communautaires, le renforcement de la supervision et de la participation communautaire.

L'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS exige deux préalables majeurs : (i) la poursuite des réformes proposées dans la SSS, et (ii) le renforcement des actions multisectorielles.

Pour chaque objectif stratégique retenu, les cibles à atteindre ont été déterminées, et les indicateurs de performance fixés puis regroupés en 3 blocs notamment de : 116 indicateurs de réalisation directe, 59 indicateurs d'effet et 13 indicateurs d'impact.

TROISIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

CADRE DE MISE EN ŒUVRE

La priorité du niveau central du MINSANTE sera d'assurer d'une part (i) la mise en place des réformes proposées dans la SSS 2016-2027, lesquelles sont indispensables à l'atteinte des objectifs du PNDS 2016-2020, et d'autre part (ii) l'alignement de son budget sur les priorités définies. Les Ministères partenaires interviendront avec des actions ciblées dans le cadre de leurs missions spécifiques dans le secteur santé. Les délégations régionales de la santé publique quant à elles assureront un encadrement technique et logistique des districts de santé en charge de la mise en œuvre des interventions planifiées.

La mise en œuvre du PNDS et son suivi-évaluation seront réalisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveaux central, régional et opérationnel). Des plans de travail opérationnels et de suivi-évaluation intégrés seront élaborés à tous les niveaux du système de santé, et leurs objectifs seront alignés sur ceux de la SSS 2016-2027 et des PNDS subséquents.

CADRE DE SUIVI-EVALUATION

L'élaboration du plan de suivi-évaluation sera orientée par les objectifs de la SSS 2016-2027 et du PNDS 2016-2020. Le suivi-évaluation sera mis en œuvre à travers la supervision, la collecte des données de routine, les études, les audits, les évaluations ainsi que les réunions de coordination. Un système d'inspection et de contrôle sera mis en place afin de vérifier : (i) que les tâches planifiées dans le PNDS sont effectivement exécutées selon les normes établies; (ii) la conformité aux règles et procédures ; (iii) la fiabilité des rapports techniques et financiers à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

QUATRIEME PARTIE : CADRAGE BUDGETAIRE

L'estimation des coûts nécessaires à la mise en œuvre des actions identifiées dans le PNDS 2016-2020 a été réalisée grâce à une méthode de budgétisation par objectif (One Health). Le coût total du PNDS 2016-2020 est estimé à 2 135,7 milliards FCFA répartis comme suit : 119,9 milliards FCFA pour la promotion de la santé, 200,2 milliards FCFA pour la prévention de la maladie ; 438,1 milliards FCFA pour la prise en charge curative des cas, 1 256,1 milliards FCFA pour le renforcement du système de santé et 120,7 milliards FCFA pour la gouvernance et le pilotage stratégique. Les fonds disponibles sur la même période ont été estimés à 1 717,8 milliards FCFA, ce qui dégage un gap annuel moyen de 58 milliards FCFA.

INTRODUCTION ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 fait suite à la validation de la stratégie sectorielle de santé 2016-2027 (SSS), adoptée comme contribution du secteur de la santé aux efforts de lutte contre la pauvreté.

Le PNDS 2016-2020 est la première phase d'opérationnalisation de cette stratégie. Il comporte des interventions à haut impact dont la mise en œuvre permettra de relever les défis de la situation sanitaire actuelle. Cette dernière est caractérisée par (i) une forte morbidité et mortalité évitables touchant toutes les régions mais particulièrement les cibles mère et enfant des régions septentrionales et de l'Est ; (ii) une amorce de la transition épidémiologique, traduite par un accroissement significatif du nombre des cas de maladies non transmissibles (MNT) notamment les cancers, l'hypertension artérielle, le diabète, les Accidents Vasculo-Cérébraux (AVC) et enfin; (iii) un système de santé fragilisé par l'insuffisance de ressources et incapable d'apporter des solutions pérennes aux problèmes de santé.

Conformément à la priorisation faite dans la SSS 2016-2027, les volets majeurs du secteur qui bénéficieront d'une attention particulière dans le PNDS 2016-2020 sont : (i) la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; (ii) le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, à travers la revitalisation des soins de santé primaires (SSP) et le renforcement du partenariat communautaire ; (iii) le renforcement des soins de de santé primaires et le développement des soins de santé spécialisés prioritaires; (iv) le renforcement du système de santé et de la gouvernance.
La faiblesse des piliers du système de santé constitue en effet, l'un des principaux goulots d'étranglement qui empêchent les populations de recevoir les paquets de services et de soins de santé qui leurs sont dus.

Le PNDS 2016-2020 comporte quatre parties :

- **Partie 1** : L'analyse de la situation. Cette partie se focalise sur : (i) le contexte national, et (ii) la situation sanitaire (description analytique du profil épidémiologique et des piliers du système de santé) ;
- **Partie 2** : le cadre d'intervention. Cette partie rappelle la Vision de la SSS, les objectifs stratégiques du PNDS et les cadres logiques d'intervention ;
- **Partie 3** : le cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation. Il dévoile le dispositif institutionnel et organisationnel de la mise en œuvre du PNDS ainsi que les modalités

de son suivi/évaluation. Cette partie comporte deux chapitres : (i) le cadre de mise en œuvre et (ii) le cadre de suivi-évaluation;

- **Partie 4 :** le cadre budgétaire (programmation et budgétisation).

APPROCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU PNDS 2016-2020

L'élaboration de la SSS 2016-2027 et du PNDS 2016-2020 s'est largement appuyée sur l'exploitation des documents suivants : (i) le « Rapport d'évaluation de la SSS 2001-2015 » ; (ii) le document « État des lieux et diagnostic du secteur de la santé » ; (iii) le document « Choix stratégiques du secteur de la santé » ; (iv) le rapport des consultations participatives organisées dans les 10 régions du Cameroun, auprès des acteurs de mise en œuvre de la SSS 2001-2015 et auprès des bénéficiaires des interventions de santé ; (v) le PNDS 2011-2015 ; (vi) les différents plans stratégiques de lutte contre les maladies (PPAC, plan SRMNI, plan de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles etc.) ; (vii) les différents rapports d'activités ; (viii) les rapports d'enquêtes (MICS, ECAM, EDS) ; et (ix) le RaSSS 2012.

CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL

Un Groupe Technique de Travail a été mis sur pied par Décision N°1412/D/MINSANTE/SG du 28 novembre 2014, du Ministre de la Santé publique[3]. Présidé par le Secrétaire Général du MINSANTE, ce groupe avait pour mission principale la production des différents livrables du processus d'élaboration de la SSS 2016-2027 et de son premier PNDS 2016-2020. Les membres de ce groupe technique multisectoriel et les experts ad 'hoc mobilisés à cet effet constituent la cheville ouvrière de l'élaboration du PNDS 2016-2020. Ils se sont chargés de la collecte et de la compilation des données ainsi que de la rédaction de ce document qui a été soumis à la validation technique de la Task force multisectorielle d'une part, puis finale du comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé.

L'élaboration du PNDS trouve son ancrage méthodologique dans deux documents de référence à savoir : (i) le Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun, édition de 2011 (MINEPAT)[4] , et (ii) le guide de l'OMS pour l'élaboration d'une politique nationale de santé et d'un plan stratégique national de santé[5].

Le cadre logique de ce PNDS est une déclinaison des orientations stratégiques prioritaires de la SSS 2016-2027. Les activités de son cadre d'intervention ont été validées conjointement par les experts issus des 10 régions et du niveau central.
L'encadrement méthodologique était assuré par le Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) et par les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la SSS a, conformément à ses prérogatives, entériné le projet, la méthodologie et le document final.

METHODOLOGIE OPERATIONNELLE

Sur le plan conceptuel, le processus d'élaboration comportait six (06) étapes successives et complémentaires :

(i) l'analyse du niveau d'atteinte des objectifs du PNDS 2011-2015 et des enseignements tirés de la mise en œuvre de ce document stratégique. En effet, l'analyse des performances réalisées a permis de circonscrire le champ d'action du nouveau PNDS 2016-2020, en tenant compte non seulement des leçons apprises de l'évaluation de la SSS 2001-2015 et de la priorisation faite dans la SSS 2016-2027, mais aussi des capacités des structures sanitaires ;

(ii) l'analyse des résultats issus des consultations participatives (rapports d'interviews et des « focus group discussion» réalisées auprès de toutes les parties prenantes du système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) et les multiples sessions de travail faites en régie ont été nécessaires pour identifier et prioriser les besoins et les attentes des populations dans les 10 régions du pays ;

(iii) l'identification des interventions devant figurer dans le PNDS, s'est appuyée sur la priorisation faite dans la SSS 2016-2027. Les cibles à atteindre dans chacune des cinq composantes a tenu compte à la fois des besoins exprimés par les populations, des ressources disponibles et des capacités des structures sanitaires ;

(iv) la rédaction du premier draft du PNDS ;

(v) la validation technique du PNDS par les Task force multisectorielle

(vi) la validation du PNDS par le comité de pilotage.

Dans le souci de privilégier l'approche participative et de garantir la qualité du document à produire, l'expertise des différentes parties prenantes et des expertises appropriées a été sollicitée à chaque étape du processus.

PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION

CHAPITRE 1: CONTEXTE NATIONAL

1.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, a une superficie de 475 650 km². Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord par le Tchad. Indépendant depuis 1960, il a deux langues officielles : le français et l'anglais.

1.1.1 MILIEU NATUREL, DIVERSITÉ DES RELIEFS ET DES ÉCOSYSTÈMES

Le Cameroun se caractérise par les éléments suivants : (i) les Hauts plateaux à l'Ouest; (ii) les basses terres du Centre et de l'Est; (iii) les plaines côtières, les bassins fluviaux et le bassin du Lac Tchad.

Le pays compte six principaux écosystèmes (marin et côtier, forêt tropicale dense et humide, de montagnes, de savane tropicale boisée, d'eau douce et semi-aride) d'où la diversité de topographie, de végétation et de conditions climatiques observée[6].

1.1.2 LE CLIMAT

Le Cameroun peut être divisé en trois grandes zones climatiques :

- la zone équatoriale humide, avec une température moyenne annuelle de 25°C, un écart annuel qui oscille autour de 3°C et des précipitations annuelles nuancées, variant entre 1500 mm à Yaoundé et 3000 mm à Douala ;
- la zone soudanaise, caractérisée par des précipitations annuelles moyennes de 1000 mm réparties en deux saisons ;
- la zone soudano-sahélienne, caractérisée par de faibles précipitations, dont la moyenne annuelle est de 700 mm, réparties sur 2 saisons[6].

1.1.3 L'HYDROGRAPHIE

Le Cameroun est doté de nombreux fleuves, rivières et lacs répartis autour de 4 bassins principaux : les bassins de l'Atlantique (Sanaga, Nyong, Wouri), du Congo (Kadéï, Ngoko), du Niger (Bénoué) et du Tchad (Logone). La densité de ce réseau hydrographique est un atout majeur pour faciliter l'accès à l'eau potable.

1.2 SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET ETHNOLOGIQUE

1.2.1 DÉMOGRAPHIE DU CAMEROUN

D'après le 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat, la population du Cameroun était estimée au 1er janvier 2015 à environ 22 179 707 habitants. Elle devrait atteindre 25 094 303 habitants en 2020.

Cette population est caractérisée par son extrême jeunesse avec un âge médian de 17,7 ans. L'âge moyen quant à lui est de 22,1 ans. La tranche de la population ayant moins de15 ans

représente 43,6% de la population totale tandis que celle des moins de 25 ans représente 64,2%[7].

La majorité de cette population réside en milieu urbain (52%). On note une forte densité de la population dans les deux grandes villes que sont : Douala (2 717 695 habitants en 2015) et Yaoundé (2 785 637 habitants en 2015)[8].

1.2.2 ETHNOGRAPHIE DU CAMEROUN

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuplades soudanaises, peuhls et bantus. Le pays compte près de 250 ethnies réparties en cinq grands groupes culturels :

- les peuples des régions semi-arides du grand Nord de type Soudanais, Hamites et Sémites, généralement musulmans, chrétiens ou animistes ;
- les peuples des plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) de type semi-Bantu, généralement christianisés ou animistes ;
- les peuples des forêts tropicales côtières (régions du Littoral, du Sud-Ouest et côte de la région du Sud), de type bantu, le plus souvent chrétiens et animistes ;
- les peuples de la forêt tropicale équatoriale du Sud (régions du Centre, du Sud et de l'Est), de type bantu d'une part, généralement chrétiens et animistes, et d'autre part de type semi-bantu, soudanais ou pygmées, principalement animistes ou chrétiens.

1.2.3 SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

Sur le plan social, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 152ème rang sur les 187 pays évalués en 2014. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a connu une évolution à la hausse, passant de 0,330 en 2013 à 0,344 en 2015[9].

L'accessibilité aux formations sanitaires publiques est plus évidente pour les couches les plus aisées de la population, à l'instar de celles vivant dans les zones urbaines. Par exemple, 46,7% des accouchements étaient assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine[7].

Malgré le recul de l'incidence de la pauvreté monétaire sur le plan national de 2,4 points entre 2007 et 2014 (37,5% en 2014, contre 39,9% en 2007), la pauvreté en milieu rural n'a pas diminué. Son incidence se situe à 56,8% en 2014 ; soit une hausse de 1,8 points par rapport à 2007. A contrario, le milieu urbain affiche une incidence de pauvreté de 8,9%, soit une baisse de 3,3 points par rapport à 2007[10].

Le taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus) était de 70,7%, dont 63,0 % pour les femmes contre 78,9 % pour les hommes. En 2010, le taux brut de scolarisation dans le primaire était estimé à 119,8 %, avec 110,9 % pour les filles et 128,6 % pour les garçons[11].

La situation sur les conditions de vie révèle les informations suivantes :

- sur le plan de l'habitat, 60 % de la population ne disposent pas de documents (même informels) en règle (bail, contrat de location ou titre de propriété) pour le logement occupé ;
- s'agissant de l'eau, en 2010, 71% de la population avait accès à de l'eau potable ;
- l'économie camerounaise, quoique très diversifiée, est à prédominance agricole et tire principalement ses ressources de l'exportation des matières premières, les produits manufacturés étant pour l'essentiel importés. Elle a connu une relative prospérité au cours des années postindépendance, suivie d'une importante récession dès le milieu des années 80, induite par une sévère crise économique mondiale. En 2014, le PIB du Cameroun a atteint 32,05 milliards US$, soit 1 445 USD par habitant. Ce qui le classe parmi les pays à revenus intermédiaires[12].

En matière d'emploi, la récession économique a rétréci le champ des perspectives. On note une disproportion entre l'offre réduite des emplois salariés et une demande de plus en plus élevée. D'où l'essor remarquable du secteur informel de l'économie dans les grandes métropoles. En outre, on relève une forte concentration des femmes dans le secteur informel, notamment le petit commerce et la production vivrière. Malgré leur rôle majeur dans le développement socio-économique, elles restent confrontées entre autres aux problèmes d'analphabétisme et le faible accès à des filières de formation clés.

1.3 SITUATION POLITICO-ADMINISTRATIVE

En 2015, le Cameroun compte 10 Régions, divisées en 58 Départements, 360 Arrondissements et 360 Communes[13]. La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, le décret No 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes, à savoir : la construction, l'équipement et la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI).

Par ailleurs, les maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines. Le paysage politique quant à lui est animé par plus de 200 partis politiques.

1.4 VOIES DE COMMUNICATION

Le Cameroun dispose d'infrastructures de transport denses intégrant les réseaux routiers et ferroviaires. Le réseau routier s'est considérablement développé atteignant en 2012 près de 77 589 km, dont 5 133 seulement étaient revêtus[14]. Le réseau routier est très peu entretenu ; par conséquent, des efforts considérables doivent être déployés pour limiter les risques d'accidents.

Le pays possède en outre un réseau aérien et un réseau maritime. Le réseau aérien compte 06 aérodromes fonctionnels, dont 03 aéroports internationaux (Douala, Yaoundé-Nsimalen

et Garoua) et 03 aéroports secondaires (Maroua, N'Gaoundéré et Bafoussam). Quant au réseau maritime, le pays compte 04 ports autonomes : Douala, Garoua, Kribi et Limbe[15].

1.5 ACCÈS ET USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

En 2014, 78,9% des camerounais ont utilisé un téléphone mobile, 21,2 % un ordinateur et seulement 16,2% ont eu recours à internet[16]. Le nombre d'abonnés au téléphone mobile est passé de 4,5 millions à 14,8 millions entre 2007 et 2013, atteignant une couverture géographique de 83,3%[17].

En ce qui concerne l'exposition hebdomadaire aux médias de masse, les responsables des ménages sont plus fréquemment exposés à la télévision (42%) qu'à la radio (24%) ou à la lecture d'un journal (11%). Cependant, un peu plus de la moitié des responsables de ménages (51%) n'est exposée à aucun média (radio, télévision ou journal) de manière hebdomadaire.

L'exposition aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et aux medias s'accroît avec le niveau d'instruction et le niveau de revenus. Par conséquent, l'information sanitaire n'est pas toujours accessible aux couches les plus défavorisées.

Par ailleurs, les réseaux sociaux sont de plus en plus mis à contribution pour la mobilisation et l'éducation des populations.

1.6 EQUITÉ JUSTICE SOCIALE EN SANTÉ

Le Cameroun a ratifié plusieurs conventions internationales parmi lesquelles celles relatives à l'élimination de toutes les formes de discrimination, notamment celles qui concernent les droits de l'enfant et de la femme. Par ailleurs certains groupes de la population restent marginaux à l'instar : (i) des pygmées (forêts) ; (ii) des bororos (septentrion), ou (iii) des populations vivant dans les îles en raison, soit de leur attachement à leur environnement socio-culturel et économique, soit des actions encore insuffisantes et/ou inadaptées menées en vue de leur intégration.

Les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux plus aisés: 14,5% pour le quintile le plus pauvre contre 25% pour le quintile le plus riche en 2007. Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain)[18].

CHAPITRE 2 : SITUATION SANITAIRE

2.1 ORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU CAMEROUN

Au Cameroun, le secteur de la santé est structuré en trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et comprend trois sous-secteurs : (i) un sous-secteur public ; (ii) un sous-secteur privé (à buts non lucratif et lucratif); et (iii) un sous-secteur traditionnel. Chaque niveau de la pyramide dispose des structures administratives, sanitaires et de dialogue (voir tableau 1).

Tableau 1: Les différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	-Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, - SESP - Directions techniques et assimilées	- Elaboration des politiques - Coordination - Régulation - Supervision	- Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés (CENAME, CPC, - CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP)	- Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	- 10 Délégations Régionales	- Appui technique aux Districts de Santé - Coordination régionale - Régulation - Supervision	- Hôpitaux régionaux et assimilés ; Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé.	- Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	- 189 Districts de Santé	- Offre de soins - Coordination du District - Régulation	- Hôpitaux de District - Cliniques - CMA - CSI, Cabinet de soins	- COSADI; COGEDI - COSA; COGE

Source : MINSANTE. Plan de développement des ressources humaines : État des lieux et diagnostic (2012). Complété à partir de l'organigramme de 2013

Le secteur de la santé a été segmenté en cinq composantes. Trois sont verticales, à savoir : (i) promotion de la santé ; (ii) prévention de la maladie ; (iii) prise en charge des cas. On retrouve par contre deux composantes horizontales ou transversales : (iv) renforcement du système de santé et (v) gouvernance (normalisation, régulation et redevabilité) et pilotage stratégique (planification, supervision, coordination et veille stratégique et sanitaire).

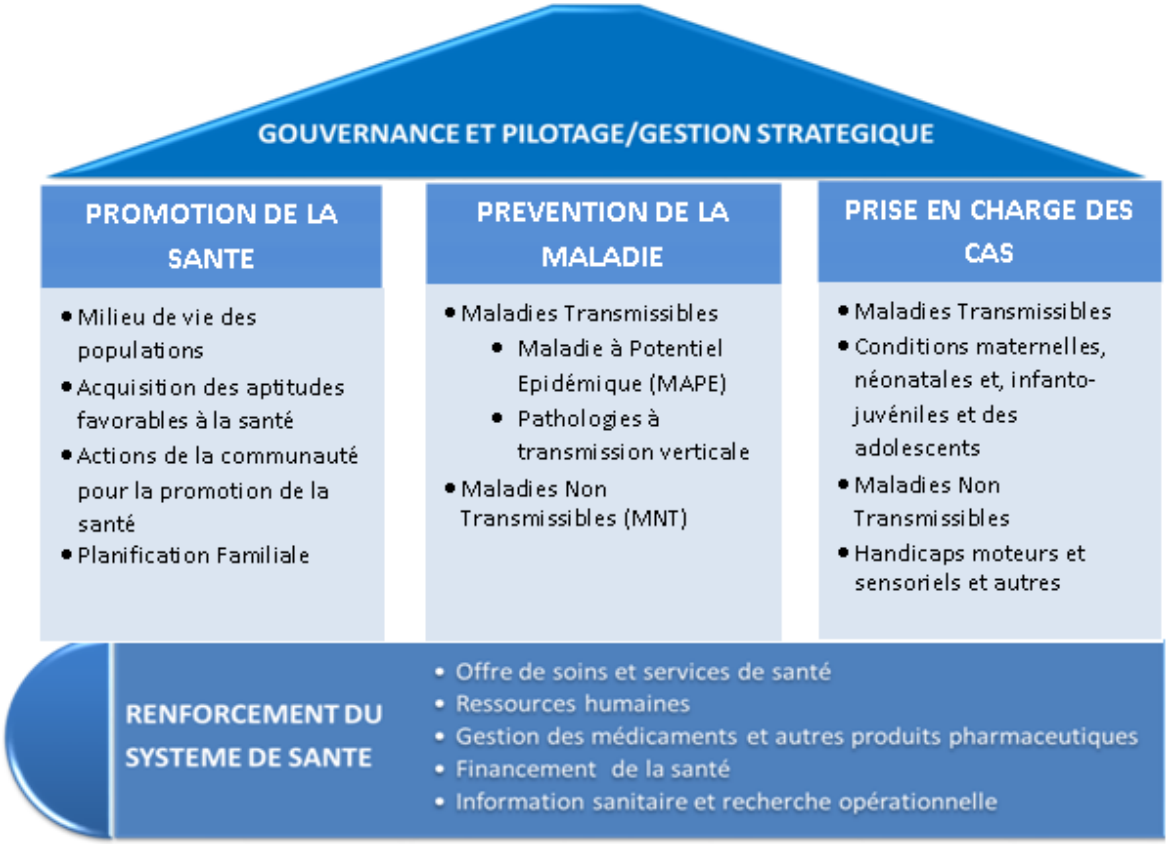


Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes

Source : MINSANTE, SSS 2016-2027

2.2 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le profil épidémiologique du pays (voir tableau 2) est marqué par une prédominance des maladies transmissibles. Les plus importantes sont : le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Ces trois maladies représentent 23,66% du poids global de la morbidité. On note aussi une augmentation de la mortalité due aux Maladies Non Transmissibles (MNT), notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales et les traumatismes dus aux accidents de la voie publique. A cette liste, non exhaustive, s'ajoutent les accidents de travail (chez 12,2% des travailleurs) et les maladies professionnelles (7,5% des travailleurs)[19].

Chez les enfants de moins de 5 ans, les infections respiratoires basses, le paludisme, les maladies diarrhéiques et les carences nutritionnelles constituent les principales causes de morbi-mortalité. La mortalité maternelle quant à elle reste élevée et est de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes[20].

Tableau 2: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013.

N°	Maladies ou groupes de maladies	Contribution au poids de la maladie (DALY)	Contribution aux décès (%)
1	VIH/SIDA	11,48%	14,24%
2	Maladies néonatales	11,27%	8,47%
3	Paludisme	10,77%	8,78%
4	Infections Respiratoires Basses	10,12%	10,52%
5	Maladies diarrhéiques	5,57%	5,01%
6	Carences nutritionnelles	5,03%	3,74%
7	Maladies cardiovasculaires	4,67%	11,56%
8	Accidents de la voie publique	3,95%	4,38%
9	Maladies mentales et abus de substances	3,53%	0,86%
10	Accidents non intentionnels	2,88%	2,87%
11	Cancers	2,02%	4,45%
12	Complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période infanto-	1,95%	2,17%
13	Maladies musculo-squelettiques	1,82%	0,14%
14	Maladies Tropicales Négligées	1,82%	0,22%
15	Tuberculose	1,41%	2,08%
16	Maladies respiratoires chroniques	1,38%	1,47%
17	IST	1,31%	1,01%
18	Cirrhoses	1,30%	2,42%
19	Maladies neurologiques	1,15%	0,87%
20	Maladies rénales	0,76%	0,83%
21	Autres causes	15,81%	13,91%
	Total	100,00%	100,00%



Source: résultats obtenus de l'exploitation des données du Global Burden of Diseases 2013[21]

2.2.1 PROMOTION DE LA SANTÉ

Les principaux déterminants de la santé identifiés au Cameroun sont : (i) le faible accès à l'eau potable, (ii) les mauvaises pratiques d'hygiène et de gestion des déchets, (iii) la précarité de l'habitat, (iv) la sédentarité, (v) les carences nutritionnelles et en micronutriments, (vi) le surpoids, (vii) l'usage abusif des substances illicites ou nocives et (viii) les besoins non satisfaits en planning familial.

L'analyse du niveau de couverture des populations par l'offre de service de base de promotion de santé est encore faible ; ce qui indique que les attentes des populations ne sont pas comblées. Ceci se justifie par : (i) une faible participation communautaire dans la mise en œuvre des actions de santé ; (ii) le faible accompagnement des individus et des ménages dans l'adoption des comportements sains favorables à la santé ; (iii) le faible financement des interventions de promotion de santé ; (iv) la faible rétribution des ASC, au regard de leur niveau de sollicitation par le système de santé.
A titre illustratif, le tableau ci-après présente la situation de l'hygiène et de l'assainissement par région en 2011.

Tableau 3: Situation de l'hygiène et de l'assainissement dans les régions

Région	Proportion (en %) de la population ayant accès à une eau potable de boisson**	Proportion (en %) de la population habitant dans des logements disposant d'installations sanitaires améliorées[(a)]**	Pourcentage de ménages occupant des logements considérés comme non durables*
Adamaoua	60,7	60,6	4,8
Centre (sans Yaoundé)	58,8	37,9	19,9
Est	25,3	35,8	20,2
Extrême-Nord	37,8	16,9	8,5
Littoral (sans Douala)	78,6	66,8	12,6
Nord	35,4	32,6	17,0
Nord-Ouest	51,5	56,2	7,8
Ouest	59,7	56,4	4,7
Sud	44,3	55,6	14,5
Sud-Ouest	75,4	61,4	12,5
Yaoundé	89,1	85,8	7,8
Douala	96,4	85,4	1,8
Urbain	88,5	81,3	6,4
Rural	42,0	34,3	13,6
Cameroun	59,8	52,4	10,2

*Source des données : *EDS-MICS, 2011 ; **INS, Rapport national de progrès des OMD année 2012 ; [(a)] WC avec chasse d'eau, latrines aménagées*

2.2.2 PRÉVENTION DE LA MALADIE ET PRISE EN CHARGE DES CAS

Depuis 2010, le pays amorce une transition épidémiologique, caractérisée par une légère diminution de la prévalence des maladies transmissibles et une augmentation de celles des maladies non transmissibles (HTA, diabète, etc.)[21].

2.2.2.1 Les Maladies Transmissibles

En 2013, le VIH/SIDA, les IST, le Paludisme, la Tuberculose, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques représentaient environ 41% du poids global de la maladie et ont

entraîné 42% des décès. (voir Tableau 2). Les fortes prévalences des maladies suscitées ont été à l'origine de la mise en place des programmes de santé prioritaires suivants : PNLP, PNLT, CNLS, PEV (réponse institutionnelle pour réduire leur ampleur).

VIH/SIDA et IST

La prévalence du VIH /SIDA a connu une baisse au cours de ces dernières années, passant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011. La prévalence chez les hommes se situe à 2,9% tandis que celle des femmes est de 5,6%[22], traduisant ainsi une féminisation de l'épidémie. On note par ailleurs une prévalence élevée (8,1%) dans la tranche d'âge de 35 à 39 ans. De même, la prévalence chez les adolescents et les jeunes entre 15-19 ans est de 1,2% [23]. En 2014, le nombre de nouvelles infections au VIH était estimé à 58 775 contre 44 477 cas en 2015[24]. Les populations les plus exposées au VIH sont : les travailleurs du sexe (36,8 %)[25], les homosexuels (37,2 %)[26] et les camionneurs (16%)[27].

Depuis le 1er mai 2007, les antirétroviraux sont gratuits pour les patients suivis dans les sites de prise en charge (PEC) du VIH (CTA/UPEC)[28]. Cette gratuité a permis de passer de 17 156 PVVIH sous TARV en 2005 à 145 038 en 2014[29], ce qui ne représente cependant que 27% des besoins estimés[30].

Les problèmes majeurs observés dans la PEC du VIH/SIDA sont:

- le dépistage tardif des cas et le faible recours aux soins des personnes séropositives ;
- la proposition du conseil/dépistage aux clients/patients qui n'est pas systématique dans les FOSA ;
- la faible disponibilité des UPEC (44% des DS n'ont pas de site de prise en charge[31]) ;
- l'absence d'un plan de soutenabilité/durabilité pour l'acquisition des ARV, après l'éventuel arrêt des financements du Fonds Mondial projeté en 2020 ;
- l'insuffisance des RH qualifiées pour la prise en charge globale des PVVIH et l'absence d'une décentralisation de la « distribution contrôlée» des ARV dans la communauté par les ASC ;
- l'insuffisance fonctionnelle du dispositif d'aide à l'observance thérapeutique des patients sous TARV.

Plusieurs études sur le VIH/SIDA ont été réalisées, particulièrement dans les domaines de : l'observance thérapeutique des malades sous ARV et de la résistance du VIH aux ARV, mais très peu de leurs résultats ont été exploités pour la prise de décision.

Hépatites virales

Les séroprévalences moyennes des hépatites virales B, C et D étaient respectivement de 12%, 1,03% et 10% en 2014[32]. La vaccination contre l'hépatite virale B est disponible et gratuite pour les enfants de 0 à 11 mois. En l'absence d'un vaccin contre l'hépatite virale C, l'Etat subventionne le coût de la prise en charge thérapeutique de cette affection. Cependant, celui-ci reste encore inaccessible aux plus démunis (en moyenne 2 262 000 CFA pour 48 mois de traitement)[33]. Les ARV pour la prise en charge de l'hépatite virale B sont

quant à eux disponibles dans les hôpitaux de district et leur coût subventionné est de 5000 FCFA/mois.

Tuberculose

Le Cameroun est un pays à forte incidence de tuberculose (TB). En 2015, selon le PNLT, 26 570 cas de TB toutes formes confondues ont été détectés au nombre desquels 15 082 nouveaux cas à microscopie positive, ce qui correspond à des taux de notification respectifs de 132,85 et de 75,41 par 100 000 habitants[34,35]. La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux varie de 16% dans l'Extrême-Nord à 63% dans le Nord-Ouest. Le taux de guérison de la TB oscille entre 65% (Yaoundé) et 86% (Région du Nord). La TB sévit plus sévèrement en milieu carcéral, où l'on relève un taux de notification dix fois supérieur à la moyenne nationale qui se situe à 125/100 000 habitants[36]. En 2013, le nombre de Centres de Diagnostic et de Traitement de la TB (CDT) fonctionnels était de 238 soit, un ratio d'un CDT pour 87 886 habitants (la norme OMS étant comprise entre 50 000 et 150 000 habitants)[37].
Les problèmes rencontrés dans la prise en charge globale de la TB sont :

- le faible taux de notification des cas (seulement de 48% en 2013)[38] ;
- les délais du diagnostic qui sont relativement longs ;
- le traitement tardif des cas en raison de la faible accessibilité financière aux services et soins de santé ;
- l'insuffisance des mesures préventives en milieux hospitalier et carcéral.

Paludisme

Le paludisme reste la première cause de consultation et d'hospitalisation au Cameroun. En effet, en 2013, 28,7%[39] de personnes ont été consultées pour le paludisme dans les formations sanitaires (FS) tandis que ce fléau était responsable de 22% des décès[40].
La morbidité hospitalière due au paludisme a baissé entre 2008 et 2012, passant de 41,6% à 27,5%[41]. Au cours de la même période, cette morbidité chez les femmes enceintes a diminué, passant de 49% à 11%[42]. La réponse institutionnelle jusqu'ici a consisté en la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, la distribution gratuite des MILDA à la population générale (37,4% des ménages possédant une MILDA pour 2 personnes en 2014[43]), le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes (26% des femmes enceintes venues en CPN ont reçu au moins 3 doses de TPI en 2014[44]) et la chimio-prophylaxie du paludisme saisonnier dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord.
Les principaux problèmes rencontrés dans la lutte contre le paludisme sont :

- la faible utilisation des MILDA distribuées aux populations ;
- le non-respect par certains prestataires de soins, des directives du PNLP concernant la prise en charge du paludisme (diagnostic et traitement) ;
- le non-respect dans certaines formations sanitaires de la mesure de la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme.

LES MALADIES À POTENTIEL ÉPIDÉMIQUE (MAPE) ET LES URGENCES

Au cours des cinq dernières années, le paysage épidémiologique national (voir tableau 4) a été particulièrement marqué par des épidémies de choléra, de méningite bactérienne, de grippe, de rougeole, de fièvre jaune et de poliomyélite. Par ailleurs, de nouvelles MTN comme la rage, l'envenimation par morsures de serpent et la dengue ont été identifiées mais ne sont pas encore pour la plupart suffisamment documentées[45].

Certaines MAPE sont ciblées par le Programme Elargi de Vaccination de routine. Il s'agit de: la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos maternel et néonatal, la coqueluche, l'hépatite virale B, les infections à *Heamophilus influenzae type B*, les infections à pneumocoque, les diarrhées à Rotavirus, la fièvre jaune, la rougeole et la rubéole. La qualité des données de routine, l'insuffisance du matériel roulant et de la chaine de froid, la faible réalisation des stratégies avancées et la forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs pour l'acquisition des intrants restent des préoccupations et défis à relever pour le PEV de routine.

SYSTÈME DE SURVEILLANCE DES MAPE ET ÉVÈNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

La stratégie de surveillance intégrée des MAPE et de riposte a été adoptée au Cameroun en 2005. En 2011, le guide de SIMR a été révisé pour prendre en compte les aspects de RSI (2005), y compris les principes inhérents à l'approche « une santé ». À ce jour, il n'existe pas de plan stratégique national multisectoriel de réponse aux épidémies et autres urgences sanitaires pour garantir une réponse efficace devant toute épidémie. Les difficultés rencontrées dans la surveillance et la riposte sont entre autres : les capacités insuffisantes du personnel chargé de détecter et de prendre en charge correctement et promptement les cas déclarés, l'acheminement tardif des prélèvements effectués vers les laboratoires de référence et la faible disponibilité de la logistique pour la préparation et la riposte en cas d'épidémie, etc. L'historique des MAPE sur les quatre dernières années est résumé dans le tableau 4.

Tableau 4: Historique des MAPE au Cameroun de 2011 à 2015

MAPE	2011			2012			2013			2014			2015		
	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)	Cas suspects	Décès	Létalité (%)
Cholera	23 152	843	3,6	125	4	3,2	29	0	0,0	3 355	184	5,5	228	10	4,4
Méningites	2 733	191	7,0	1 128	103	9,1	1 013	68	6,7	1 156	60	5,2	1 230	62	5,0
Paludisme	1 389 072	2 255	0,2	-	-	-	614 433	711	0,1	1 291 938	1 769	0,1	-	-	-
Rougeole	4 574	27	0,6	14 806	73	0,5	1 681	10	0,6	4 152	16	0,4	9 895	39	0,4
Gastroentérite aigue sévère	1366	2	0,1	21877	60	0,3	46017	63	0,1	53477	80	0,1	56706	70	0,1
Diarrhées sanglantes	2 114	4	0,2	7 376	13	0,2	10 966	7	0,1	13 066	11	0,1	12 892	9	0,1
Fièvre typhoïde	-	-	-	55100	21	0,0	138758	31	0,0	176899	28	0,0	229849	28	0,0
Grippe humaine	34 087	14	0,0	35 868	37	0,1	70 234	6	0,0	83 640	5	0,0	99 645	12	0,0
Poliomyélite	187	0	0,0	216	1	0,5	444	2	0,5	700	2	0,3	498	2	0,4

Source : MINSANTE, Historique des MAPE, 2011-2015. (DLMEP, non publié)

De ce tableau 4, il ressort que les MAPE ayant causé le plus grand nombre de décès entre 2011 et 2014 sont : le paludisme (4 735 décès en l'absence des données de 2012 et de 2015), le choléra (1 041 décès), les méningites bactériennes (484 décès), la gastroentérite (205 décès) et la rougeole (126 décès). Les expériences tirées de ces épidémies n'ont malheureusement pas été suffisamment exploitées pour la mise sur pied d'une structure et d'une stratégie pérennes de riposte, tel que recommandé par le Guide Technique National pour la SIMR.

MALADIES TROPICALES NEGLIGEES

Les principales Maladies Tropicales Négligées (MTN) font l'objet de programmes de santé prioritaires. Il s'agit de :

L'onchocercose :

En 2013, plus de 1,5 millions de personnes présentaient des lésions graves de la peau [46] dues à cette affection. En 2014, le taux de couverture thérapeutique par le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) était de 79,84%, et le taux de couverture géographique s'élevait à 98,98%[47].

La filariose lymphatique :

Sa prévalence varie de 6% au Nord-Ouest à 1,1% à l'Ouest[48]. La cartographie réalisée en 2012 a montré les résultats suivants : (i) 154 des 181 DS enquêtés étaient endémiques à la filariose lymphatique, (ii) 100 DS étaient co-endémiques à l'onchocercose et (iii) 24 DS à la loase[49]. A ce jour, la stratégie de lutte contre la filariose lymphatique est basée sur le traitement de masse à l'Ivermectine et à l'Albendazole dans les zones endémiques[50].

La schistosomiase :

Elle touche actuellement 2 millions de camerounais[51]. Les enfants en âge scolaire (5-14 ans) constituent le groupe le plus vulnérable et représentent 50% des personnes infectées. Un tiers de la population générale est du reste exposé aux facteurs de risques de cette maladie[52].

La lèpre :

En 2014, 719 cas de lèpre ont été enregistrés au Cameroun. A ce jour, une quinzaine de districts de santé restent hyper-endémiques à cette maladie[53]. Quatre régions, à savoir l'Adamaoua, l'Est, le Nord et le Sud-Ouest, concentrent le plus grand nombre de cas, avec des chiffres de 2 à 4 fois plus élevés que la moyenne nationale[54].

L'ulcère de Buruli:

Il sévit principalement dans la vallée du Nyong (Centre), dans la cuvette de Bankim (Adamaoua) et dans la zone de Mbonge (Sud-Ouest). Le nombre de districts de santé endémiques est passé de 5 en 2005 à près de 30 en 2015, malgré la gratuité du traitement.

Cependant, le nombre de Centres de Traitement de l'ulcère de Buruli (CDT-UB) stagne. Des études ont montré que les coûts indirects inhérents à sa prise en charge constituent un fardeau important pour les malades et leurs familles[55,56].

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)[57] :

Il existe actuellement cinq foyers actifs de THA au Cameroun, à savoir : Campo, Bipindi, Fontem, Mamfé et Doumé. Des activités ponctuelles de sensibilisation, de mobilisation, de dépistage et de traitement gratuit sont organisées annuellement dans ces foyers. Les données de morbidité concernant la THA ne sont pas actualisées. Toutefois, la population à risque était évaluée à environ 70 000 personnes en 2006.

Le trachome :

Il est endémique dans les régions de l'Extrême-Nord (14 districts de santé) et du Nord (3 districts de santé). En 2014, 1 156 483 patients ont été traités et 3 889 cas de trichiasis opérés[58].

La prise en charge des MTN est intégrée dans les paquets de services des FOSA du niveau opérationnel. Certaines de ces affections bénéficient d'une chimio-prophylaxie de masse, administrée annuellement (schistosomiase, onchocercose, helminthiase, filariose lymphatique et trachome), ce qui réduit considérablement leur charge de morbidité. Les autres MTN sont traitées au cas par cas.

2.2.2.2 Maladies Non Transmissibles (MNT)

De manière globale, la situation épidémiologique des Maladies Non Transmissibles (MNT) est encore peu élucidée, tout comme la prévalence de leurs facteurs de risques. En 2013, les maladies chroniques non-transmissibles représentaient près de 40% du poids global de la maladie (voir tableau 2). Au cours de la même année, elles ont été responsables de 882 et 862 décès pour 100 000 habitants respectivement chez les hommes et les femmes[59]. Au rang des plus fréquentes figurent : les maladies cardiovasculaires, les cancers et les accidents de la voie publique.

Groupe 1 : HTA et autres affections cardiovasculaires, diabète et maladies rénales chroniques : Responsable de près de 11,56% des décès, le groupe des maladies cardiovasculaires représentait la deuxième cause de mortalité au Cameroun en 2013 (voir tableau 2). La prévalence nationale de l'hypertension artérielle était de 29,7% et celle du diabète de 6,6% en 2015[60]. Les documents normatifs pour une prise en charge de qualité des pathologies sus citées au niveau opérationnel ne sont pas disponibles et cette prise en charge n'est ni harmonisée, ni suffisamment supervisée. Les données sur la prévalence nationale des maladies rénales ne sont pas encore disponibles. Toutefois, on peut observer que la prise en charge de la maladie rénale chronique et de ses complications, bien que subventionnée reste encore onéreuse et inaccessible pour la majorité des patients.

Groupe 2 : cancers, asthme et affections respiratoires chroniques : En 2012, 14 000 nouveaux cas de cancers ont été dépistés et près de 25 000 personnes vivaient avec le cancer. Plus de 80% des personnes atteintes se font diagnostiquer à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent ce diagnostic. Les cancers les plus fréquemment observés sont ceux du sein (18,5%), du col de l'utérus (13,8%), des ganglions tels que les lymphomes non hodgkiniens (11,9%), de la prostate (7,3%), du tissu conjonctif tel le sarcome de Kaposi (6,9%), et du foie (3%)[61]. La prévention et le dépistage de ces cancers restent insuffisants.
La prévalence nationale de l'asthme quant à elle n'est pas connue. Elle était cependant de 2,3% dans la ville de Yaoundé en 2014[62]. Quant à la lutte anti-tabac, elle constitue un défi majeur à relever pour le système de santé, dans la mesure où elle nécessite la conjugaison d'efforts de plusieurs autres secteurs.

Groupe 3: Affections bucco-dentaires, troubles visuels et auditifs chroniques : La prévalence nationale des affections bucco-dentaires n'est pas encore connue et il n'existe ni de politique nationale, ni de plan de lutte pour la santé bucco-dentaire. Cependant certaines études y afférentes faisaient état des prévalences de 73,3% dans la tranche d'âge de 9 à 12 ans, et de 92,3% chez les 13-17 ans en 1999 dans les zones rurales de la région du Nord-ouest[63]. Par ailleurs, les déficiences sensorielles (3,5%) sont les plus fréquentes, en particulier les déficiences visuelles (2,2%) et auditives (1,2 %)[64].
Les affections oculaires constituent quant à elles un réel problème de santé publique, ce qui a nécessité la mise sur pied d'un Programme National de Lutte contre la Cécité et l'Onchocercose. Toutefois, les ressources humaines qualifiées et les services dédiés à la prise en charge de ces affections dans les FOSA du niveau opérationnel font défaut. En ce qui concerne la cataracte, des caravanes mobiles sont régulièrement organisées pour réaliser des opérations de masse dans les DS. Les soins ORL quant à eux sont pour la plupart dispensés dans les hôpitaux de 1ère,2ème ,3ème et 4ème catégorie. A ce jour, le pays ne compte que 72 médecins spécialistes en ORL[65].

Groupe 4: Épilepsie et autres affections neurologiques, mentales et psychosociales, drépanocytose, maladies génétiques et dégénératives : La prévalence de l'épilepsie en 2008 au Cameroun était estimée à 5,8% en milieu hospitalier[66]. Les localités les plus touchées sont le grand Mbam (Mbam Inoubou et Mbam et Kim) 6%, la Lékié (5,9%), le Nkam, les districts de santé de Mbengwi, de Batibo, Kumbo et Ndu (dans le Nord-Ouest) et la ville de Garoua. La tranche d'âge de 10 à 29 ans en est la plus affectée (89,2%)[67].
La prévalence du trait drépanocytaire au Cameroun varie, selon l'OMS entre 20 et 30%. Ce qui représente une population d'environ 3,5 millions de personnes, avec près de 2% d'homozygotes[68]. Le diagnostic néonatal du trait drépanocytaire n'est pas encore systématique chez les nouveau-nés à risque et les actions de sensibilisation et de prévention de la drépanocytose tout comme celles des maladies mentales restent encore faiblement

exécutées. Les maladies neuropsychiatriques contribuent à leur tour à la charge morbide globale à hauteur de 6,1%[69].

Groupe 5 : Traumatismes, violences, intoxications, urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique : Le Cameroun a connu plusieurs catastrophes naturelles, à l'instar des inondations, des flambées épidémiques, et d'autres urgences (actes terroristes, afflux de réfugiés et des populations déplacées, accidents de la voie publique (AVP), accidents de travail, crash d'avion, naufrage de navire, multiples incendies récurrents dans les marchés). Entre 2011 et 2013, le nombre de victimes d'AVP a légèrement diminué, passant de 3 552 à 3 071 pour les blessés et de 1588 à 1170 pour les décès. Cependant, le taux de létalité des AVP reste élevé (40%)[70].
La préparation et la coordination multisectorielle dans la gestion des cas d'urgence et des évènements de santé publique sont insuffisantes. Il en est de même des ressources financières qui y sont allouées. Les causes sus évoquées constituent les principaux goulots d'étranglement de la riposte aux situations d'urgence. Un plan national de contingence a été élaboré en 2011 pour la gestion des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique. Mais celui-ci tarde à être mis en œuvre de manière optimale.
Pour ce qui concerne les MNT en général, des documents de politique et des plans stratégiques de lutte contre ces maladies ont été élaborés pour mieux structurer la réponse institutionnelle face à leur ampleur. Mais la majorité des structures sanitaires du niveau opérationnel ne disposent pas des plateaux techniques appropriés pour offrir des services et des soins de qualité conformes aux attentes des populations. Enfin, bien qu'un plan stratégique de lutte contre les MNT ait été élaboré, la surveillance des facteurs de risque de ces affections est faiblement assurée.

Handicaps : Environ 5% de la population souffrent d'au moins un handicap. Les déficiences sensorielles (3,5%) sont les plus fréquemment rencontrées, suivies des déficiences motrices (1,5%)71. Quelques formations sanitaires disposent des services de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle, mais de manière globale, les aspects de prévention et de prise en charge des handicaps ne sont pas insuffisamment pris en compte dans le système de santé.

2.2.2.3 Santé de la Mère et de l'enfant

Santé de la mère

Au plan national, la mortalité maternelle est passée de 669 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011[72]. Parmi les facteurs qui expliquent cette situation figurent : (i) le faible taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (64,7% en 2014)[73], (ii) la faible accessibilité financière et géographique aux services de soins , (iii) la faible disponibilité des produits sanguins ; (iv) la faible mise en œuvre des interventions à haut impact sur la santé de la mère.

Consultation Prénatale : Entre 2011 et 2014, la couverture en CPN a régressé et est passée de 84,7% à 82,8% pour la CPN1. Au cours de la même période, la proportion des femmes ayant effectué la CPN4 a baissé de 3,4 points (passant de 62,2% à 58,8%)[74].

Accouchements assistés : Le taux d'accouchements assistés par un personnel formé est passé de 63,6% à 61,3% entre 2011 et 2014, soit une régression de 2,3%[75].

Consultation Postnatale : Un peu plus d'un tiers des parturientes (35%) n'ont pas reçu de soins postnataux en 2014 et il existe de fortes disparités régionales[76].

Planification familiale : En 2014, la prévalence contraceptive était de 34,4%[77].La prévalence contraceptive moderne (MAMA exclue) était de 16,1% (MICS 2014) alors que les besoins non-couverts étaient évalués à 18%[78]. Le taux d'avortement chez les femmes de 15 à 35 ans quant à lui varie entre 30% et 40 %[79].
Plus de la moitié des décès maternels (69%) dus aux causes obstétricales directes pourraient être évités si l'offre de services et des soins pour la santé de la mère est renforcée surtout au niveau opérationnel. Ces causes directes sont : les hémorragies (41,9%), la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie (16,7%), l'infection sévère du postpartum (4,4%) et les complications graves de l'avortement (4,1%)[80].

Santé de l'enfant

Entre 2011 et 2014, la mortalité néonatale a légèrement baissé, passant de 29 à 28‰. Au cours de la même période, la mortalité infanto-juvénile(MIJ) régressait de 144‰ à 103‰, tandis que le taux de mortalité infantile(TMI) décroissait de 62% à 60‰[81]. Chez les enfants âgés de 2 mois à 5 ans, ce sont le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/SIDA (7%) qui constituent les principales causes de cette mortalité[82]. Par ailleurs, la malnutrition chronique est la cause de 14,7% de décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans[83]. Les pratiques familiales essentielles et les interventions à haut impact sur la santé de l'enfant (vaccination, allaitement maternel exclusif, etc.) ne sont cependant pas suffisamment mises en œuvre pour inverser la tendance des chiffres susmentionnés.

PTME

Selon le rapport de progrès annuel PTME 2014 du CNLS, sur 825 150 grossesses attendues, 573 793 (69,5%) ont été vues en CPN et 493 510 (86% des CPN et 60% des grossesses attendues) ont eu accès au dépistage du VIH, parmi lesquelles 31 112 (6,3%) se sont avérés positives. Cette séropositivité varie de 12,2% dans la région du Centre à 2,2% dans la région du Nord[84]. Au total, 10 599 (34%) des 31 112 femmes enceintes séropositives dépistées étaient mises sous ARV, soit 25% des femmes enceintes séropositives attendues[85].
L'objectif d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015 n'a donc pas été atteint. Bien que le nombre de formations sanitaires offrant les services de

PTME a augmenté de 2010 à 2014, en passant de 2067 à 3466 sur les 3990 FOSA fonctionnelles que compte le pays, ce taux reste encore très faible [86].

L'option B+ qui consiste à **« Mettre toutes les femmes enceintes séropositives sous traitement sans attendre les résultats des CD4 »** a été adoptée par le pays en 2012. En 2014, sur 41 684 femmes enceintes séropositives attendues , 31 112 (74%) ont été testées au VIH et 11 698 (soit 71%) ont été mises sous prophylaxie ARV[87]. L'intégration du volet PTME dans les activités de la CPN est effective dans toutes les régions, même si la couverture de cette CPN n'est pas toujours satisfaisante.

Les facteurs limitant qui contribuent à la mauvaise réponse du système dans le domaine de la PTME sont entre autres :

- l'offre des services de PTME insuffisante en zones rurales (personnel formé insuffisant et intrants non disponibles dans certaines FOSA) ;
- les ruptures de stocks récurrentes en tests de dépistage et en ARV[88].

2.2.3 LES PERFORMANCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Classé 164eme parmi 191 pays, d'après une évaluation réalisée par l'OMS en 2011, le système de santé camerounais est fragile et par conséquent ne répond pas efficacement aux besoins des populations[89]. Afin de décrire ce système de santé et d'apprécier l'impact de chacun des piliers du système de santé sur la performance globale, notre analyse portera sur les 6 points suivants : (i) financement de la santé ; (ii) offre des soins et des services de santé ; (iii) pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques; (iv) ressources humaines ; (v) système d'information sanitaire et recherche en santé ; (vi) gouvernance et pilotage stratégique.

2.2.3.1 Financement de la santé

Le Cameroun ne dispose pas encore d'une stratégie nationale de financement de la santé. Les différentes fonctions du financement décrites ci-dessous (collecte des ressources, mécanismes de partage des risques et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national.

COLLECTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES

En 2012, le volume total du financement de la santé était de 728 milliards de FCFA, soit 5,4% du PIB. Les principales sources de financement étaient: les ménages (70,6%), le Gouvernement (14,6%), le secteur privé (7,7%) et les bailleurs de fonds (6,9%)[90].

Financement de l'Etat : Sur la période 2010-2015, le budget national alloué au secteur santé a connu une augmentation substantielle en valeur absolue passant de 166,6 à 207,1 milliards de FCFA. Malgré cette augmentation, la part allouée au secteur santé, exprimée en pourcentage du budget national, a diminué passant de 7,2% en 2011 à 5,5% en 2015[91]. Il est important de relever que depuis la réforme du budget programme en 2013, le MINSANTE

est considéré comme le seul ministère du secteur santé. Malgré l'absence d'un document stratégique de plaidoyer pour l'augmentation des ressources financières de l'Etat en faveur de la santé, il est important de relever que plusieurs actions de *plaidoyer* pour l'augmentation du budget du MINSANTE *ont été menées* les années précédentes mais n'ont pas abouti à un engagement politique fort en faveur de la santé.

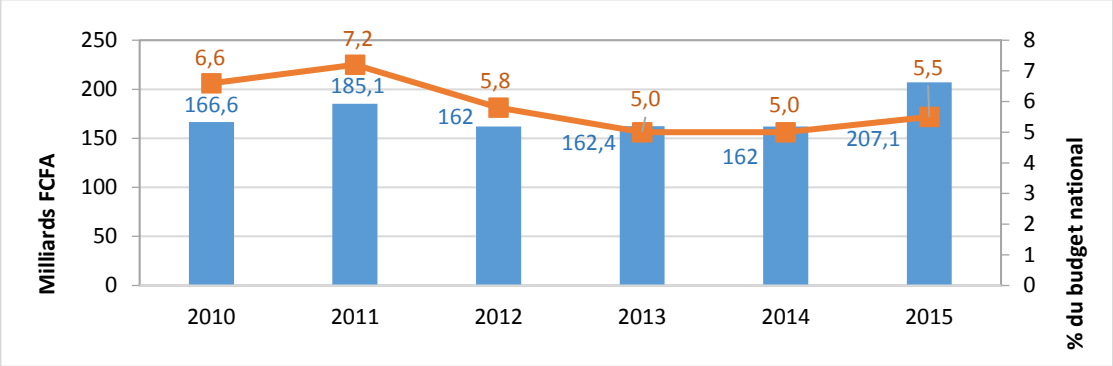


Figure 2 : Evolution du budget national alloué au secteur santé et en pourcentage du budget national de 2010 à 2015.

Source : Lois de règlement 2010-2014 et loi de finance 2015

Financement venant des ménages : La contribution des ménages aux dépenses de santé représentait 70,6 % des dépenses totales de santé en 2012[92]. La quasi-totalité de ces financements se fait par paiements directs au moment des soins, et il n'existe pas encore de stratégie visant à capitaliser ces fonds pour renforcer l'efficience globale et l'équité dans le secteur.

Financements extérieurs (FINEX) : Sur la période 2011-2015, les FINEX ont contribué à hauteur de 519,7 milliards de FCFA, dans les dépenses de santé, soit une moyenne annuelle de 104 milliards (voir Tableau 5)[93]. En 2015, l'initiative Global Financing Facility (GFF) a été lancée dans le but de financer les interventions à haut impact ciblant la santé de la mère et de l'enfant.

Tableau 5: Contribution des partenaires au financement de la santé (milliards de FCFA).

Partenaires	Financement total 2011-2015 (en milliards de FCFA)
Multilatéraux	423.9
Fond Mondial	292.2
GAVI	66.1
Banque Mondiale	12.5
OMS	4.5
Autres	48.6
Bilatéraux	91.5
Chine	35.0
KFW	14.0
Autres	42.5
ONG internationales	4.3
TOTAL 2011-2015	1035.1

Source : MINSANTE 2015. DCOOP. Document non publié.

Financements innovants : Le recours aux financements innovants est encore très peu développé au Cameroun. Toutefois, certaines initiatives sont en cours d'expérimentation. On peut citer à titre illustratif, la participation à l'initiative mondiale UNITAID à travers la taxe sur les billets d'avion des vols internationaux (prélèvement de 10% opéré sur les droits de timbre d'aéroport). Cependant, ces initiatives ne représentent pas une source de financement substantiellement importante dans la perspective de la mise en place de la CSU.

MECANISMES DE MISE EN COMMUN DES RESSOURCES ET DE PARTAGE DU RISQUE MALADIE :

Les mécanismes de mise en commun des ressources demeurent insuffisants dans le secteur de la santé. En effet les dépenses de santé des ménages sont constituées à près de 99% par les paiements directs au point de contact avec l'offre de soins. Seulement 1% de ces dépenses passent par des mécanismes de mutualisation du risque ou de tiers[94]. On note parmi ceux-ci: les mutuelles de santé (43 actives en 2014) qui couvrent 63 000 personnes, les compagnies d'assurance privées (16 actives en 2014) qui assurent 190 408 personnes sur le risque maladie, les mutuelles des fonctionnaires et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (branche accident du travail et maladie professionnelle) qui assurent la protection sociale de 1 163 534 personnes[95,96].

Il existe également un fonds de solidarité, alimenté à hauteur de 10% par les paiements effectués au niveau des formations sanitaires, qui a été mis en place afin de résoudre des problèmes urgents de santé et d'assurer l'équité dans le système sanitaire. Cependant, il n'existe pas de texte encadrant son utilisation.

En 2011, on estimait le taux de couverture de la population par un mécanisme de protection du risque maladie à moins de 3%[97]. Les recommandations du Comité Interministériel d'Examen des Programmes, lors de sa session de 2015, préconisent le développement d'une

stratégie pour la mise en place de la couverture santé universelle (CSU) au Cameroun. Il est capital de relever que la CSU ne pourra être implémentée qu'en mobilisant de manière équitable les ressources internes.

ACHAT DES SOINS ET SERVICES DE SANTE

Plusieurs mécanismes de paiement des prestations existent dans le secteur santé, à savoir:
(i) les paiements directs des soins par les ménages ; (ii) le remboursement des frais de soins par les mutuelles/assurances maladies pour les personnes couvertes avec ticket modérateur; (iii) la subvention de la gratuité des soins pour certaines interventions prioritaires ; (iv) le financement basé sur la performance et (v) l'allocation budgétaire de l'Etat pour le fonctionnement des structures sanitaires.

Allocation budgétaire : Dans le cadre de la politique de décentralisation en cours, 6 milliards de FCFA du budget du MINSANTE ont été envoyés aux CTD pour l'investissement en santé en 2015. Ces financements sont insuffisants par rapport aux besoins des structures sanitaires. Il n'existe pas encore de critères objectifs préétablis pour la répartition de l'enveloppe budgétaire aux structures sanitaires. La gestion des ressources financières reste encore fortement centralisée.
Par ailleurs, les crédits de fonctionnement alloués aux formations sanitaires sont insuffisants et difficiles à mobiliser à cause des procédures complexes et des lignes budgétaires pas toujours adaptées aux missions et besoins opérationnels des structures de santé.

Exécution budgétaire : Le taux d'engagement a oscillé entre 88 et 96% sur la période 2010-2015. Toutefois, il est indispensable de connaitre les montants réellement exécutés sur les engagements effectués. De plus, l'efficience dans les dépenses de santé effectuées est encore faible. À titre illustratif, en 2012, le Cameroun a dépensé $61 par habitant mais a obtenu des résultats sanitaires comparables à ceux des pays dépensant entre $10 et $15 par habitant[98]. En général, l'analyse du financement de la santé se heurte à de nombreuses difficultés à savoir : la faible efficience dans l'utilisation des ressources, l'insuffisance des ressources financières allouées à la santé au regard des besoins identifiés, la disponibilité différée de l'information financière, la faible visibilité et prévisibilité de la chaîne des dépenses, etc.

2.2.3.2 Offre des soins et des services

LE NIVEAU CENTRAL

Les hôpitaux de 1ère et de 2ème catégories constituent les deux types de FOSA du niveau central. A ce jour, ceux-ci ne jouent pas pleinement leur rôle de structures de référence principalement du fait de l'insuffisance des plateaux techniques appropriés, des références et du recours tardif aux soins des malades et des coûts des prestations qui restent élevés pour la majorité des patients. Des subventions pour certains types de prestations sont

aujourd'hui faites dans ces hôpitaux afin de réduire les coûts de la prise en charge de certaines maladies chroniques telles que les insuffisances rénales terminales nécessitant une hémodialyse, certains cancers, etc. Mais en l'absence des mécanismes pérennes de mutualisation du risque maladie, les soins et services de santé octroyés dans ces hôpitaux resteront toujours inaccessibles pour les couches sociales les moins nanties.

Par ailleurs, ces hôpitaux qui sont supposés apporter un appui technique aux FOSA du niveau déconcentré, délivrent aussi le PMA et le PCA au même titre que les hôpitaux de district, les CMA et les CSI. Une évaluation permettant d'identifier les obstacles et les difficultés qui empêchent ces structures de jouer efficacement leur rôle régalien sera envisagée.

Enfin au niveau central, les réunions de coordination qui sont régulièrement organisées servent le plus souvent au partage d'informations, aux propositions de solutions et de directives. Leur contenu devrait par conséquent être amélioré et intégrer l'analyse des goulots organisationnels et structurels qui empêchent l'atteinte des objectifs projetés . Les réunions du COPIL et celles organisées par les comités multisectoriels des programmes prioritaires de santé, sont également des opportunités de concertation avec tous les acteurs clés pour résoudre les problèmes transversaux de santé et assurer une bonne cohérence et efficacité des interventions multisectorielles mises en œuvre dans le secteur. Leur fréquence n'est cependant pas respectée et elles n'associent guère les Délégations Régionales de Santé Publique qui sont pourtant chargées d'assurer la planification de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau déconcentré (réunions techniques multisectorielles).

LE NIVEAU INTERMÉDIAIRE

Délégations Régionales de Santé Publique (DRSP) : le niveau intermédiaire ou régional est constitué des dix Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP). Elles ont une mission permanente d'appui technique aux districts de santé, de coordination et de gestion administrative de l'ensemble des RHS de la région. On trouve au sein de ces délégations régionales des brigades de contrôle des activités et des soins de santé. Cependant, aucune étude n'a jusqu'alors permis d'évaluer le niveau réel d'exécution de leurs missions. La plupart des DRSP ne disposent pas de plans de développement sanitaire. De plus, faute de financement adéquat, les Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire (PRCDS) élaborés entre 2006 et 2009 n'ont pas pu être mis en œuvre de façon optimale. Le rapport des missions effectuées en 2013 dans les 10 régions par le ST/CP-SSS[99] a relevé une insuffisance globale en ressources humaines, matérielles et financières ainsi qu'une faible capacité des délégations régionales et des chefs des districts à mettre en œuvre le processus gestionnaire. Ce déficit qualitatif et quantitatif en ressources humaines compromet la capacité de planification, de coordination et d'appui technique du niveau régional. C'est ainsi qu'on retrouve dans plusieurs délégations : (i) une pléthore de plans thématiques contenant de nombreux doublons et plusieurs outils de suivi évaluation en lieu et place d'un plan unique consolidé et d'un seul plan de suivi évaluation de la délégation.

Formations sanitaires du niveau intermédiaire : le niveau intermédiaire compte aujourd'hui 14 hôpitaux régionaux et assimilés (3ème catégorie) qui sont supposés recevoir les cas référés des structures sanitaires du niveau opérationnel. Cependant, faute d'évaluation pertinente de leur fonctionnalité, il est difficile d'apprécier objectivement leurs performances. En ce qui concerne les ressources humaines desdits hôpitaux, le renforcement de leurs capacités n'obéit pas toujours à un plan de formation préalablement élaboré. L'absence d'un plan de gestion prévisionnelle du personnel à ce niveau, et l'insuffisance des ressources financières par rapport aux besoins de formation exprimés ou identifiés expliquent en partie cette situation.

Par ailleurs, les réunions de coordination constituent des opportunités de partage des connaissances entre prestataires de soins et de capitalisation des meilleures pratiques. Mais celles-ci sont de moins en moins organisées, à cause d'une part de l'insuffisance des financements alloués à la coordination et d'autre part du leadership des directeurs de ces hôpitaux qui est encore faible[100].

LE DISTRICT DE SANTÉ

Le Décret n° 95/013 du 7 février 1995 organise le territoire national en districts sanitaires et leur autonomisation constitue le stade ultime de leur développement (viabilisation).

La SSS 2001-2015 s'était fixée entre autres pour objectif de « **réduire d'un tiers la charge morbide globale en mettant en place une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA), à une heure de marche et pour 90% de la population** »[101].

Pour jouer leur rôle de façon optimale et offrir aux populations les soins de santé primaires, les districts de santé doivent être viabilisés[102,103]. Cependant il est difficile à ce jour d'apprécier le niveau de viabilisation des 189 districts de santé du pays ; aucune étude n'ayant été récemment réalisée dans ce sens. Toutefois, seulement 7,4% des districts de santé en 2007 étaient considérés comme viables[104]. Dans ces conditions, la plupart des structures de ce niveau de la pyramide sanitaire n'ont pas un niveau de développement leur permettant d'offrir de manière optimale un PMA et un PCA de qualité aux populations.

Les résultats de l'enquête PETS II ont d'ailleurs montré que : 24,5% des formations sanitaires du niveau opérationnel ne disposaient pas de boite d'accouchement ; 39,5% n'avaient pas de système de stérilisation à la chaleur ; 67,5% ne disposaient pas de kits de césarienne et 11,6% n'avaient pas de microscopes fonctionnels[105].

Situation de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP) : Le niveau de couverture des composantes des SSP est faible (Cf. tableau 6).

Tableau 6: Niveau de couverture des principales interventions de soins de santé primaires

Composantes	Indicateur	Valeur	Année	Référence
Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles	Taux d'insécurité alimentaire (%)	8,1	2011	106
	Prévalence de l'allaitement (%)	28,2	2011	107
	Anémie chez les femmes (%)	40	2011	108
	Anémie chez les enfants (%)	60	2011	
	Obésité chez la femme (%)	32	2011	
Approvisionnement suffisant en eau potable et mesure d'assainissement de base : WASH	Accès à l'eau potable (%)	72,9	2014	109
	Accès aux latrines améliorées (%)	34,9	2014	
	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	782	2011	110
	Mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances)	103	2014	
	Prévalence contraceptive moderne (%)	21	2014	
Vaccination contre les principales maladies infectieuses	Enfants vaccinés par l'antigène de référence DTC3 (%)	79,6	2014	111
Prévention et contrôle des endémies et épidémies locales	Morbidité hospitalière due au paludisme (%)	20,7	2014	112
Traitement des maladies et lésions courantes	Taux de morbidité subjective (%)	25	2007	113
	Recours aux soins de santé (%)	52,6	2007	
Fourniture de médicaments essentiels	Disponibilité des médicaments essentiels (%)	86	2015	114 115
	Rupture de stock moyenne par an (jour)	18.1	2015	
	Consommation des médicaments essentiels de mauvaise qualité (%)	61,4	2012	
Éducation pour la Santé	Taux de litératie en santé	n.d.	n.d.	

Source: MINSANTE 2015. « État des lieux et Diagnostic du Secteur santé »

Situation de la mise en œuvre des Paquets Complémentaires d'Activités (PCA) : les HD et assimilés ont pour mission principale d'offrir le PCA aux populations. Mais à ce jour, le nombre d'hôpitaux de districts offrant un PCA complet est marginal.

Infrastructures et équipements : En 2011, on dénombrait 4034 formations sanitaires (tableau 7) publiques (72%) et privées (28%)[116]. Ces chiffres seraient en deçà de la réalité du fait de l'absence d'une carte sanitaire actualisée. De plus, on observe d'importantes disparités dans la distribution des FOSA entre les régions sanitaires d'une part, et entre les zones rurales et urbaines d'autre part. On note également une prolifération anarchique des formations sanitaires privées dont plusieurs ne sont pas agréées par le MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle.

La faible disponibilité des données désagrégées sur : (i) la fonctionnalité des plateaux techniques existants, (ii) le niveau de mise en œuvre des PMA/PCA, (iii) l'état des infrastructures (constructions abandonnées, en cours de réhabilitation, vétustes), ne permet pas de décrire avec précision les déséquilibres qui existent entre les milieux urbain et rural

ou entre les régions en ce qui concerne la disponibilité des infrastructures et des équipements de qualité.

En valeur absolue, le nombre de formations sanitaires de premier échelon est élevé[117]. Mais il n'existe pas encore de rapport d'évaluation permettant de renseigner la proportion des FOSA construites, équipées et disposant des RHS selon les normes. **Il n'y a pas encore d'adéquation entre le rythme de construction des formations sanitaires, leur équipement, l'affectation des ressources humaines et de la logistique sanitaire**. Ceci entrave la dispensation des PMA complets dans les FOSA du niveau opérationnel. Dans ces conditions, il est difficile de fournir des informations sur le pourcentage de la population couverte par les paquets de soins de santé primaires de qualité (soins de base)[118] et le PCA.

Par ailleurs, en ce qui concerne les équipements, il existe peu d'informations sur la proportion des FOSA dont le niveau de vétusté des équipements a été évalué[119]. La maintenance des équipements techniques biomédicaux n'est pas correctement assurée à cause du manque non seulement d'un système de maintenance fonctionnel, mais aussi d'un personnel multidisciplinaire compétent dédié à cette tâche. Dans les aires de santé, la plupart des infrastructures des FOSA, du matériel roulant et des équipements sont aussi vétustes ou non fonctionnels en raison de l'absence d'un système approprié de maintenance et d'amortissement.

Tableau 7: Répartition des formations sanitaires par région au Cameroun en 2016

REGION	Privé Confessionnel	Privé Laïc	Privé Lucratif	Public	TOTAL
Adamaoua	38	39		124	201
CENTRE	187	750	191	474	1602
Est	58	74		177	309
Extrême-Nord	19	65		356	440
Littoral	184	581	148	244	1157
Nord	18	49	6	254	327
Nord	90		45	234	369
Ouest	83	318		415	816
Sud	35	72	1	206	314
SUD-OUEST	35		92	191	318
Total général	**747**	**1948**	**483**	**2675**	**5853**

Source : Carte sanitaire 2016/CIS MINSANTE

Prise en charge au niveau communautaire : Il n'existe pas encore une politique nationale de santé communautaire. Dans chaque aire, on trouve un comité de santé (COSA) constitué des représentants de chaque village de l'aire. Parmi les principaux acteurs du système de santé au niveau communautaire, on peut citer les ASC, mais leur travail n'est pas valorisé. Plusieurs travaillent comme bénévoles et/ou volontaires. Pourtant, leur niveau de sollicitation est incompatible avec le bénévolat. Une réflexion visant à pourvoir tous les DS

en ASC et à mettre en place des mécanismes de compensation ou de motivation des ASC est en cours.

AUTRES TYPES D'OFFRES DE SOINS ET DE SERVICES

- *La médecine traditionnelle*

Le sous-secteur traditionnel est un maillon important du système de santé car environ 80% des populations africaines ont recours à cette forme de médecine[120]. Au Cameroun, ce chiffre n'est pas connu.
L'intérêt du Gouvernement pour la promotion de la médecine traditionnelle s'est traduit par la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans le texte portant organisation du Ministère de la Santé Publique[121]. Toutefois, cet intérêt tarde à se matérialiser par d'autres actions notamment, la mise en place d'un cadre juridique organisant le fonctionnement, la coordination et le suivi des activités de ce sous-secteur.

- *Les soins à domicile*

La faible qualité des soins dans les structures sanitaires publiques et les coûts très élevés des prestations dans les formations sanitaires privées incitent les usagers à recourir aux soins informels ou à domicile. D'autres facteurs expliquent le développement des soins de santé informels à domicile à savoir: (i) l'usurpation de l'identité professionnelle des personnels de santé ; (ii) le besoin d'intégration sociale chez les professionnels qualifiés et (iii) la valeur ostentatoire des soins à domicile chez certains patients.

MODALITÉS D'OFFRES DE SERVICES

Les stratégies fixes et avancées

Les activités du PMA et du PCA sont délivrées en stratégie fixe, avancée ou mobile. Une étude sur l'accessibilité géographique aux services de santé, différenciée selon le quintile de richesse et le milieu ou la région de résidence, a montré que les plus pauvres avaient besoin de deux fois plus de temps pour accéder au Centre de Santé Intégré le plus proche que les plus aisés. Ce temps est de 19,4 minutes pour les personnes du quintile le plus riche contre 43, 2mn pour les populations défavorisées. En outre, le village le plus éloigné se situait à 80 km d'un centre de santé, ce qui limite l'accès aux soins[122].

Le système de référence et contre référence

Il n'existe pas d'études exhaustives publiées sur la fonctionnalité du système de référence et de contre-référence au Cameroun. Cependant, il a été plusieurs fois décrit comme étant très peu performant et presque pas documenté[123,124,125].

AUTRES MODALITÉS D'OFFRES DE SERVICES

De nouvelles modalités d'offres de services ont récemment vu le jour dans le système de santé. Il s'agit de la contractualisation, du marketing social, de la décentralisation avec implication des Collectivités Territoriales Décentralisées, de la Télémédecine et de la

délégation des tâches[126]. Tous les avantages de ces modalités innovantes d'offres de services ne sont pas suffisamment exploités et capitalisés pour améliorer l'accessibilité géographique et financière aux services et soins de santé.

2.2.3.3 Pharmacie, laboratoire, médicaments et autres produits pharmaceutiques

Approvisionnement et distribution : Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels comprend la CENAME, les FRPS et les pharmacies des formations sanitaires. Le ratio pharmacien par habitant varie de 1 pour 6 920 à 1 pour 177 051 habitants en fonction des régions[127].

Accessibilité géographique et financière: En 2008, le niveau de disponibilité des médicaments traceurs était estimé à 86% et la durée moyenne de rupture de stock au premier semestre 2015 était de 18 jours[128,129]. Depuis quelques années, certaines classes thérapeutiques telles que : (i) les antituberculeux, les antirétroviraux de 1ère et 2ème lignes et les combinaisons antipaludiques (ACT, Artésunate et Artémether sous forme injectable pour les enfants âgés de 0 à 5 ans) ; (ii) les anti-lépromateux ; (iii) certains anticancéreux, etc. sont délivrées gratuitement ou sont subventionnées.

Régulation des médicaments: Il n'existe pas de cadre de concertation entre les différentes structures de l'ANRP pour le partage d'informations et une meilleure application des orientations en matière de régulation du secteur pharmaceutique. Le contrôle qualité qui est assuré par le LANACOME n'est malheureusement pas systématique pour tous les lots importés. Par ailleurs, l'inspection des établissements pharmaceutiques est irrégulière.

Pharmacovigilance : Le système national de pharmacovigilance est en cours de développement. Un projet de texte organisant la pharmacovigilance et un guide de bonnes pratiques de pharmacovigilance ont été élaborés, mais ils ne sont pas encore validés. Il existe une commission spécialisée de pharmacovigilance au sein de la Commission Nationale du Médicament. La DPML conformément à ses missions définies dans le texte portant organisation du MINSANTE, joue le rôle de Centre National de Pharmacovigilance.

Laboratoire : L'exercice de la biologie médicale, tout comme les modalités de création et de fonctionnement des laboratoires d'analyses médicales privés sont réglementés par le décret n° 1465 du 09 novembre 1990. Quant aux laboratoires des formations sanitaires publiques, leur organisation et leur fonctionnement dépendent de l'organisation interne desdites formations sanitaires.
Le Décret n° 450/PM du 22 octobre 1998 fixant les modalités d'homologation des produits pharmaceutiques comporte des dispositions permettant l'enregistrement des réactifs de laboratoires par une des sous commissions spécialisées de la Commission Nationale du Médicament. Ladite sous-commission ne dispose pas toujours de la logistique et des

ressources humaines adéquates pour une évaluation efficace et diligente de la qualité des réactifs.
Le Laboratoire National de Santé Publique, créé en 2013, fait l'objet d'une rénovation pour l'amélioration de son plateau technique. L'évaluation nationale de la qualité des analyses des laboratoires n'est pas effective. En dehors d'une expérience pilote soutenue par un partenaire au développement, il n'existe pas de système d'accréditation des laboratoires et la réglementation en la matière reste à ce jour inexistante. Par ailleurs, l'absence de la mise en réseau des laboratoires du pays ne permet pas d'optimiser leurs capacités respectives.

Pharmacie de la rue et automédication : Pendant de nombreuses années au Cameroun, la vente du médicament était réservée aux pharmacies d'officine et aux pro-pharmacies. Mais, le phénomène de l'offre informelle pharmaceutique s'est développé depuis 1980 de façon exponentielle. Cette situation expose les populations à la consommation de produits sous dosés, contrefaits et parfois périmés[130]. Pour lutter contre ce fléau, le Cameroun a adhéré à quelques initiatives parmi lesquelles «Impact de l'OMS», «l'Appel de Cotonou de la fondation CHIRAC sur la lutte contre la contrefaçon des produits de santé » et s'est doté d'un plan national de lutte contre la vente illicite des médicaments.
Par ailleurs, conformément à la décision conjointe N°0050/MINDIC/MSP du 19 août 1996 portant modalités pratiques de lutte contre la vente illicite des médicaments et produits pharmaceutiques, dix (10) comités de lutte présidés par les gouverneurs de régions ont été mis sur pied. L'Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et du Laboratoire quant à elle coordonne les activités de lutte initiées contre la vente des médicaments illicites.

2.2.3.4 Ressources humaines en santé

Situation et besoins du secteur: Les besoins globaux en RHS ont été évalués au terme du Recensement Général des Personnels de la Santé (RGPS) de 2011. Ces besoins sont détaillés dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH)[131]. En 2012, le secteur de la santé comptait 38 207 personnels de santé, toutes catégories confondues[132]. Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSDRHS 2013-2020) relevait une insuffisance de personnel dans les catégories suivantes : médecins, pharmaciens, infirmiers qualifiés et sages-femmes.
Par ailleurs, on notait leur forte concentration dans les grands centres urbains, en particulier Yaoundé et Douala. Le ratio personnel de santé/population (médecin, infirmier et sage-femme) était de 1,07 pour 1 000 habitants en 2011 alors que l'OMS recommande 2,3 personnels pour 1 000 habitants[133].

Tableau 8: Répartition des ressources humaines en santé par région

Qualifications	REGIONS										Diaspora	TOTAL
	Adamaoua	Centre	Est	Extrême Nord	LT	NO	NW	OU	SU	SW		
ARC	3	26	27	131	6	11	47	97	11	8	0	367
Assistant social	1	54	1	9	9	3	0	12	5	11	0	105
Autres professionnels de santé	7	305	55	176	508	26	499	555	44	237	1	2413
Personnel administratif	47	770	58	69	191	58	184	131	64	152	0	1724
Chirurgien-dentiste	4	22	0	4	17	1	2	3	3	2	0	58
Commis de pharmacie	5	133	42	166	137	92	211	234	24	134	0	1178
Infirmiers	817	4512	874	1733	3276	965	1590	2599	781	1804	3	18954
Médecin généraliste	38	500	53	71	307	42	82	116	45	94	72	1420
Médecin spécialiste	16	192	5	10	127	3	9	26	11	16	7	422
Paramédicaux	176	1343	204	342	786	160	377	593	175	368	2	4526
Personnel d'appui	77	1401	120	816	1534	227	844	726	100	828	0	6673
Pharmacien	7	38	4	12	40	8	2	26	4	21	0	162
Tradipraticiens / matrones	0	0	0	189	0	10	0	1	1	4	0	205
Total	**1 198**	**9 296**	**1 443**	**3 728**	**6 938**	**1 606**	**3 847**	**5 119**	**1 268**	**3 679**	**85**	**38 207**

Source: MINSANTE, RGPS, 2011.

De manière générale, les ressources humaines du MINSANTE sont insuffisantes en qualité et en quantité, et inégalement réparties sur l'ensemble du territoire national. A ce jour, des efforts sont entrepris pour fidéliser le personnel exerçant dans les zones difficiles notamment dans les trois régions du Septentrion, le Sud-ouest (Bakassi et Akwaya) et le Centre (Yoko, Deuk, etc.).

Production des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) : La multitude des écoles de formation médicale et paramédicale devrait aboutir à une surproduction des professionnels de santé au cours des cinq prochaines années. Cette situation poserait alors un réel problème d'absorption du personnel formé, avec un risque potentiel de dérapage et de mauvaises pratiques.
La formation continue des professionnels de santé, pourtant indispensable, n'est pas systématique. Elle est également peu structurée et insuffisante au regard des besoins des structures sanitaires. On note aussi une absence de visibilité sur les formations continues à effectuer dans plusieurs thématiques prioritaires (processus gestionnaire, santé mentale, prise en charge des MNT etc.).

Utilisation des ressources humaines :on note une instabilité du personnel de santé au poste de travail. Dans le sous-secteur public, les salaires octroyés à ce jour au personnel de santé ne favorisent pas leur rétention dans le système. Ce qui explique en partie la fuite des compétences observée. Pour les services déconcentrés, les plans d'affectation ne tiennent pas toujours compte des renseignements fournis par les délégués régionaux de la santé publique. Parfois, il existe une inadéquation entre le profil du personnel et le poste de travail, ce qui pourrait expliquer en partie la faiblesse des performances réalisées.

Gestion des carrières : il n'existe pas de plan de gestion de carrière des RHS. La promotion des agents ne se fait pas toujours sur la base du mérite. Les avancements ne sont pas automatiques. Le personnel surtout en zone rurale reste parfois très longtemps au même poste de travail, ce qui généralement constitue une source de démotivation et même de frustration. Certains personnels dans les formations sanitaires déconcentrées restent toute leur carrière sans aucune possibilité de formation ou de promotion.

Rémunération : le niveau de rémunération des RHS est bas quels que soient la catégorie et le corps considérés. En outre dans les FOSA publiques, les mécanismes mis en place pour réduire le coût des soins pour la cible mère-enfant, entraînent une baisse des recettes, avec une réduction subséquente des revenus du personnel rémunéré grâce aux recettes provenant du recouvrement des coûts. Par ailleurs, l'absence des mesures d'accompagnement pour compenser le manque à gagner des prestataires des soins et des formations sanitaires après l'exemption de paiement de certaines prestations aggrave certaines mauvaises pratiques : prescriptions onéreuse et parfois non justifiée de certains

examens de laboratoire ou de certains médicaments pour accroitre les recettes des formations sanitaires, ruptures réelles ou fictives du stock des médicaments gratuits, dénigrement de l'efficacité du médicament gratuit.

2.2.3.5 Système National d'Information Sanitaire et Recherche en santé

- *Le système national d'information sanitaire*

Le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) fait face aujourd'hui à de nombreuses difficultés dues notamment à : (i) la multiplicité des outils de collecte, (ii) une pléthore d'indicateurs à collecter et à analyser ; (iii) l'existence de plusieurs sous-systèmes d'information parallèles sans interconnexion entre-eux. Par ailleurs, le cadre institutionnel et organisationnel du SNIS reste fragmenté. Il n'existe pas de manuel de procédures de gestion et très peu de structures disposent des tableaux de bord pour le suivi des activités.
La faible disponibilité des données désagrégées par région et par district sur les thématiques analysées ne permet pas toujours de disposer des informations précises sur la situation sanitaire des populations et par conséquent, d'orienter le choix des zones d'actions prioritaires et d'affecter les ressources en fonction des besoins.
Cette faible disponibilité d'informations sur (i) les indicateurs de santé désagrégés et sur les capacités réelles des DS et des DRSP à atteindre les objectifs projetés, (ii) les rythmes de progression antérieure, constituent un handicap majeur pour l'orientation de l'appui technique émanant du niveau central.

- *Recherche en Santé*

La recherche en santé est un instrument d'aide à l'orientation de la politique sanitaire. Les points faibles enregistrés dans ce domaine sont : (i) le non-respect du cadre réglementaire légal existant et qui régit la pratique de la recherche en santé au Cameroun ; (ii) l'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation ; (iii) le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées ; (iv) l'insuffisance de l'encadrement éthique, (v) et l'insuffisance d'une culture de recherche en santé.
Les recommandations internationales prescrivent qu'au moins 2% des budgets nationaux des ministères en charge de la santé et au moins 5% des fonds d'aide au développement soient affectés à la recherche en santé, mais cette proportion est encore faible (moins de 1%). On note en outre, une faible vulgarisation et exploitation des résultats de cette recherche lorsqu'ils existent, et la faible capacité nationale à les utiliser dans la prise de décision.

2.2.3.6 Gouvernance et pilotage stratégique

- *Gouvernance*

Cadre législatif et règlementaire : Le dispositif législatif et réglementaire de la santé au Cameroun s'est renforcé depuis l'indépendance. A ce jour, de nombreux instruments juridiques encadrent les principales fonctions et la mise en œuvre des interventions dans le

système de santé. Cependant, plusieurs autres textes réglementaires doivent encore être élaborés pour compléter ce dispositif et faciliter la gouvernance du système, notamment le code de santé publique et les textes relatifs à la réforme hospitalière (les textes législatifs et/ou réglementaires encadrant : (i) la prise en charge des urgences ; (ii) la gratuité des soins pour les indigents ; (iii) la tarification des actes qui est obsolète car les prix pratiqués actuellement ne correspondent plus à la réalité socio-économique du pays, etc.).
Par ailleurs, la régulation reste plombée par de nombreuses difficultés, à savoir : (i) La faible application des textes existants ; (ii) l'insuffisance des ressources humaines formées en sciences juridiques et politiques, particulièrement au niveau déconcentré ; (iii) le non-respect du circuit d'élaboration des instruments juridiques par les acteurs du système de santé, conduisant ainsi à la prolifération d'actes législatifs et règlementaires aux dispositions parfois concurrentes voire antinomiques et (iv) la méconnaissance des textes juridiques existants.
A propos de la gouvernance, la législation en vigueur prévoit des sanctions administratives ou judiciaires selon la catégorisation des fautes commises. Cependant, le dispositif organisationnel et structurel mis en place pour gérer les problèmes juridiques dans le système de santé reste limité au niveau central, à travers la Division des Affaires Juridiques et du Contentieux qui est le plus souvent engorgée.

Audits et contrôles internes : Les audits et les contrôles internes sont limités du fait de l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que des moyens logistiques. Par ailleurs, on observe une faible mise en œuvre des recommandations issues des missions d'inspection[134]. Pour remédier en partie à cette difficulté, des brigades de contrôle ont été créées dans les Délégations Régionales de la Santé Publique. Ces brigades ont également été dotées de personnels[135] pour assurer à moindre coût le suivi, le contrôle interne des structures sanitaires de la région, et pour s'attaquer promptement aux problèmes des faibles performances identifiées. Mais à ce jour, leur fonctionnalité n'est pas optimale.
Pour ce qui concerne la perception négative de la qualité des services et des soins de santé offerts (36% de réponses négatives Selon ECAM III), le gouvernement a depuis plusieurs années consenti des efforts considérables à travers le Programme National de Gouvernance (PNG). Ledit programme a pour but d'améliorer la qualité des services offerts aux usagers. Le PROMAGAR (projet de modernisation de l'administration camerounaise par la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats) quant à lui vise l'amélioration du fonctionnement des services publics.

Redevabilité : La notion de redevabilité sous-entend le devoir de rendre compte de manière systématique aux parties prenantes. Il existe dans le secteur santé des plateformes de concertation et d'échanges des bonnes pratiques. Au niveau central, on peut mentionner : (i) le comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé.

Ce comité est un cadre multisectoriel de coordination qui regroupe tous les intervenants majeurs du secteur[136] ; (ii) les conférences des services centraux et extérieurs organisées chaque année par le MINSANTE qui servent de plateforme d'échanges entre les intervenants majeurs du secteur de la santé ; (iii) les réunions de coordination organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire qui sont également des cadres de concertations mis en place pour impliquer toutes les parties prenantes du système de santé dans la mise en œuvre du PNDS, et assurer ainsi la redevabilité. Toutefois, la fonctionnalité de ce dispositif institutionnel est à parfaire car, la reddition des comptes n'est pas encore systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Contrôle social: A propos du contrôle social, sur 226 plaintes et dénonciations enregistrées en 2013, 174 (77%) ont été traitées[137]. Il convient néanmoins de noter que le contrôle social dans le système de santé reste limité en raison du déficit d'informations des usagers et des prestataires de soins et services de santé sur leurs droits et devoirs respectifs. Pourtant, bien réalisé, le contrôle social est un levier important pour améliorer la gouvernance. Dans le système de santé, les organes en charge du contrôle social sont entre autres : (i) le Conseil National de Santé d'Hygiène et des Affaires Sociales (niveau central) ; (ii) les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) (niveau régional) ; (iii) les comités de santé des districts, les COGEH, les COSA (niveau périphérique)[138]. De manière générale, ces structures de dialogues sont peu fonctionnelles.

- *Pilotage stratégique*

La veille stratégique : Dans le secteur de la santé, le dispositif de veille stratégique est organisé autour de l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) créé en 2010. Cependant, ses missions ne sont pas efficacement mises en œuvre du fait de l'insuffisance des ressources humaines, financières et technologiques. Par ailleurs, la coordination entre la CIS et l'ONSP n'est pas suffisamment assurée et la transmission des données n'est pas systématique entre ces deux structures.

Planification, coordination et suivi des interventions : Les organes de coordination et de suivi de la mise en œuvre de la SSS ont été créés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais sont peu fonctionnels au niveau déconcentré.

Sur un autre volet, les structures sanitaires ne disposent pas toujours des plans d'actions et quand ceux-ci sont élaborés, ils ne sont pas toujours alignés sur les priorités du PNDS. Par ailleurs, le suivi des données dans le système se heurte à trois types de problèmes : (i) l'information sanitaire de qualité pour éclairer la prise de décision n'est pas toujours disponible et les outils de collecte des données dans les formations sanitaires sont encore très nombreux ; (ii) il n'existe pas d'outils intégrés et harmonisés par niveau de la pyramide sanitaire pour assurer la compilation, la synthèse des données, le contrôle qualité et la transmission systématique de ces données; et (iii) le suivi et la supervision des structures

sanitaires de niveau hiérarchique inférieur par celles du niveau hiérarchique supérieur se heurtent à des difficultés logistiques, financières et programmatiques.

En 2006, plusieurs plans pluriannuels ont été élaborés notamment : i) les Plans Régionaux de Développement Sanitaire Consolidés (PRDSC) ; ii) les Plans de Développement Sanitaire des Districts de Santé (PDSD) ; iii) les plans des différents programmes prioritaires de santé. Toutefois, la plupart de ces plans n'ont pas été mis en œuvre du fait :

- des faibles capacités institutionnelles des structures qui les ont élaborés ;
- des contraintes et obstacles liés aux lourdeurs administratives lors de la mobilisation des ressources financières dans le sous-secteur public (longues procédures pour la passation des marchés publics) ;
- de la faible participation des ministères partenaires et des CDT dans le financement des activités de santé planifiées ;
- de la faible visibilité sur le long terme des financements octroyés par les PTF ;
- de l'absence d'un diagnostic clair et d'une priorisation des problèmes à résoudre dans les différents plans élaborés (en effet, les responsables des structures sanitaires ont programmé un nombre pléthorique d'interventions qui étaient difficiles à financer et à suivre).

2.3 PROBLÈME CENTRAL ET DIAGNOSCTIC DU SECTEUR SANTÉ

A ce jour, le problème majeur du système de santé est « **sa faible capacité à répondre aux besoins socio-sanitaires des populations à cause de la faiblesse de ses piliers** ».

Ces besoins sont de trois ordres : promotionnels, préventifs et curatifs.

En effet, confronté à la faiblesse de ses piliers, le système de santé actuel ne permet pas de prévenir la maladie, de promouvoir la santé des populations et d'assurer une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie.

Les faiblesses de ces piliers ont pour conséquences :

- la faible adoption des comportements sains par les populations ;
- les prévalences et incidences croissantes des facteurs de risque des maladies évitables ;
- la faible qualité de la prise en charge des patients dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- les morbidités et mortalité évitables qui sont en augmentation pour ce qui concerne les maladies non transmissibles.

En pratique, la faible capacité du système de santé à répondre efficacement aux besoins de bien être de la population se traduit par des indicateurs sanitaires peu satisfaisants avec notamment une morbi-mortalité qui reste encore élevée et un accroissement des dépenses de santé surtout pour les ménages..

Par ailleurs, ce système de santé éprouve des difficultés à réaliser ses missions en raison d'une allocation budgétaire inappropriée : hypertrophie du financement de la composante

« **prise en charge des cas** » au détriment des composantes « **promotion de la santé et de la prévention de la maladie** » qui sont faiblement financées (voir figure 3).

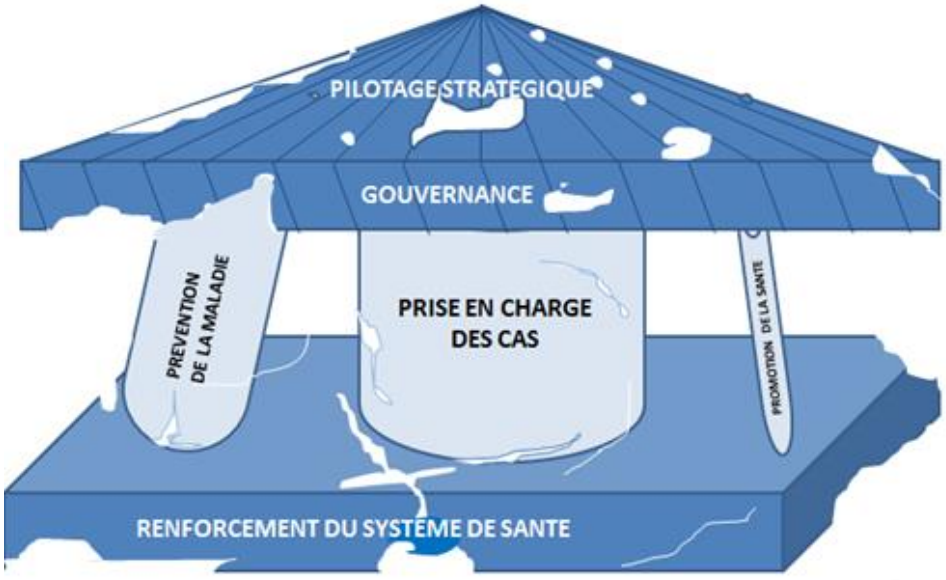


Figure 3 : Diagnostic en images du secteur de la santé

Source : MINSANTE. Etat des lieux du secteur santé 2015.

En effet, des trois composantes verticales identifiées dans le secteur, celle qui concerne la prise en charge des cas présente un développement hypertrophique du fait de l'importance financière qui lui est allouée et ce au détriment des deux autres composantes verticales qui sont : ***la « promotion de la santé » et dans une moindre mesure la prévention de la maladie ».***

En fait, les déterminants sociaux de la santé sont principalement adressés par d'autres ministères qui n'appartiennent pas au secteur de la santé. Dans ces Ministères partenaires, la faible allocation des ressources financières pour promouvoir la santé des individus[2], ne permet pas d'améliorer de manière durable la santé des populations.

Enfin, le pilotage stratégique et la gouvernance qui devraient donner de la cohérence aux actions du système et favoriser l'atteinte des objectifs fixés sont insuffisants. Des manquements sont en effet observés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans la planification, le suivi stratégique, la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de santé. Dans un tel contexte, l'atteinte des objectifs fixés ne peut qu'être difficile.

---

[2] La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs sur les questions de santé. Elle souligne qu'il est plus facile d'atteindre les objectifs de santé lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément clé de l'élaboration des politiques.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE D'INTERVENTION

CHAPITRE 3 : ANCRAGE, VISION, OBJECTIFS ET CADRE STRATÉGIQUE DU PNDS 2016-2020

3.1 ANCRAGE INSTITUTIONNEL DU PNDS 2016-2020

En 2009, le Cameroun s'est doté d'une vision à l'horizon 2035 : ***« Le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité »***. Dans cette vision, le pays s'est assigné quatre objectifs généraux parmi lesquels celui de *« Réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable »*.

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi DSCE 2010-2020, instrument de mise en œuvre de la première phase de cette vision, a identifié l'amélioration de l'état de santé des populations comme étant un objectif à la fois de développement social et de croissance économique [139]. Le DSCE a aussi réaffirmé la ferme volonté du Gouvernement de poursuivre la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans leur ensemble.

Pour atteindre les objectifs tant nationaux et qu'internationaux en matière de santé (contenus respectivement dans le DSCE et les ODD) et évoluer vers la Couverture Sanitaire Universelle, le Cameroun vient de se doter d'une nouvelle SSS qui prévoit :

a) L'extension des services et soins de santé essentiels de base : les interventions majeures dans ce domaine seront donc orientées vers les Soins de Santé Primaires (promotion de la santé, prévention de la maladie, prise en charge curative des maladies courantes de la communauté). Il s'agit ici d'offrir des paquets de services en soins essentiels et complémentaires (PMA et PCA) pour lutter contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles, et faire efficacement face aux évènements de santé publique.
b) L'amélioration de l'offre des services et des soins de santé spécialisés prioritaires : il est question dans ce volet d'accroître l'offre de services pour la prise en charge des maladies chroniques prioritaires et des évènements de santé publique nécessitant des soins ou des mesures spécialisés.

Pour rendre cet accès aux soins de santés primaires et spécialisés prioritaires effectif, le PNDS 2016-2020 met principalement l'emphase sur le renforcement du système de santé et la gouvernance, l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ainsi que la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique.

3.2 RAPPEL DES AXES STRATÉGIQUES DE LA SSS 2016-2027

Tableau 9: Description des axes stratégiques

OBJECTIF GLOBAL DE LA STRATEGIE : Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable **INDICATEURS TRACEURS:** - Espérance de vie à la naissance 57,35[207] ans en 2014 - Taux brut de mortalité : 10,4 pour 1000 habitants en 2014 **SOURCES DE VERIFICATION :** EDS-MICS, rapports annuels OMS					
Axe stratégique	**Objectifs stratégiques**	**Indicateurs de performance**	**Baseline (2015)**	**Cibles (2020)**	**Sources de vérification**
Promotion de la santé	Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027	% des ménages utilisant les toilettes améliorées	34,9% en 2014 MICS 5	45%	EDS, MICS, ECAM, études
		Prévalence de l'obésité en milieu urbain	23,5% en 2015 Kingue et al.	22%	STEPS
		Taux de consommation du Tabac (fumeurs de tabac)	6 % en 2014 (GATS)	5 %	Enquête GATS
		Pourcentage d'entreprises ciblées qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail	ND *	20%	EDS, MICS, ECAM, études
		Taux de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans	14,8% en 2014 (MICS 5)	13,8%	EDS, MICS, ECAM, études
Prévention de la maladie	Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention	Prévalence de l'HTA en milieu urbain	29.7% en 2015 Kingue et al.	28%	STEPS
		% d'enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA.	54,8% en 2014 MICS5	85%	EDS-MICS
		% des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un TARV	59,3% en 2015	75%	Rapport CNLS 2015
Prise en charge des cas	Réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté	Taux de mortalité péri opératoire dans les hôpitaux de 3ème et 4ème catégorie	ND*	- 50% annuellement	Etudes/ Enquêtes
		Ratio de mortalité maternelle	782 /100 000 naissances vivantes en 2011 (EDS-MICS)	638 / 100 000	EDS-MICS
		Taux de mortalité infantile	60 / 1 000 naissances vivantes en 2014 (MICS 5)	52/1 000	EDS-MICS
		Taux de mortalité néo-natale	28 /1000 naissances vivantes en 2014 (MICS5)	24/1000	EDS-MICS
		Taux de mortalité infanto-juvénile	103 / 1 000 naissances	90/1000	EDS-MICS

OBJECTIF GLOBAL DE LA STRATEGIE : Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable **INDICATEURS TRACEURS:** - Espérance de vie à la naissance 57,35[207] ans en 2014 - Taux brut de mortalité : 10,4 pour 1000 habitants en 2014 **SOURCES DE VERIFICATION :** EDS-MICS, rapports annuels OMS					
Axe stratégique	**Objectifs stratégiques**	**Indicateurs de performance**	**Baseline (2015)**	**Cibles (2020)**	**Sources de vérification**
			vivantes en 2014 (MICS 5)		
		Taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière	ND*	-20 % sur la période	Etudes/Enquêtes
Renforcement du Système de santé	Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité	Indice Global de disponibilité des soins et services de santé (IGDS)	ND*	25%	Enquête SARA
Gouvernance et pilotage stratégique	Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux.	Taux de réalisation des objectifs de la SSS 2016-2027	ND*	30%	Rapports COPIL

*Pour les indicateurs n'ayant pas de valeurs de référence, des études seront réalisées au début de la mise en œuvre du PNDS , afin de les déterminer le plus rapidement possible et à l'issue de ce travail, les cibles projetées pourront être affinées.

3.3 OBJECTIFS DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2016-2020

3.3.1 OBJECTIF GLOBAL

Objectif global du PNDS: *«**rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité dans au moins 50% des Hôpitaux de districts et régionaux d'ici 2020** ».*

Autrement dit, le Cameroun ambitionne d'offrir un accès universel aux services essentiels de santé de qualité, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination. C'est dans cette perspective que s'inscrit résolument le PNDS 2016–2020 qui privilégie le renforcement du système de santé et la gouvernance pour la réalisation optimale des interventions à haut impact, capables de réduire significativement la mortalité et la morbidité chez toutes les cibles, avec un accent particulier pour les plus vulnérables (cible mère-enfant).

La mise en œuvre du PNDS s'articulera autour de 3 axes verticaux, à savoir (i) la promotion de la santé, (ii) la prévention de la maladie, (iii) la prise en charge des cas ; et de 2 axes

transversaux qui sont (iv) le renforcement du système de santé et (v) la gouvernance et le pilotage stratégique.

3.3.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

3.3.2.1 Promotion de la santé

Pour l'axe promotion de la santé, il s'agira d'ici 2020 :

(i) de renforcer les capacités institutionnelles, communautaires et la participation communautaire dans la mise en œuvre des interventions de santé dans 40% de DS ;
(ii) d'améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 30% des districts de santé ;
(iii) développer des actions de promotion dans au moins 40% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés ;
(iv) d'amener 25 % de familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale.

3.3.2.2 Prévention de la maladie

Concernant l'axe stratégique prévention de la maladie, il sera question d'ici 2020 :

(i) de réduire d'au moins 10% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et d'éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA) ;
(ii) de réduire dans au moins 50% des districts, les risques de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses ;
(iii) d'accroitre d'au moins 70% la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfants dans au moins 60% de DS ;
(iv) de réduire d'au moins 5% l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles.

3.3.2.3 Prise en charge des cas

Pour ce qui est de l'axe prise en charge des cas, d'ici 2020 il faudra :

(i) assurer une prise en charge curative selon les normes des principales maladies transmissibles et non-transmissibles et de leurs complications dans au moins 30% des formations sanitaires ;
(ii) assurer une prise en charge globale selon les normes des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au niveau communautaire et dans au moins 60% des structures sanitaires ;
(iii) assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique suivant les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 60% des DS ;

(iv) réduire d'au moins 10% la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigeable.

3.3.2.4 Renforcement du système de santé

Pour l'axe renforcement du système de santé, cinq objectifs ont été arrêtés pour l'horizon 2020 :

(i) réduire d'au moins 10% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ;

(ii) assurer la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets de services et de soins de santé selon les normes dans au moins 40% des formations sanitaires de 3 ème , 4 ème , 5 ème et 6 ème catégories ;

(iii) accroitre de 25% la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé ;

(iv) augmenter selon les besoins priorisés, la disponibilité des RHS dans au moins 40% des DS, des DRSP et des directions centrales ;

(v) assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.3.2.5 Gouvernance et pilotage stratégique

Dans cet axe stratégique, les deux objectifs suivants ont été retenus :

(i) renforcer le respect des normes, la régulation et la redevabilité dans 80% des FOSA du niveau opérationnel et intermédiaire ;

(ii) renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire dans 80% des DS et des DRSP.

CHAPITRE 4 : CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION

Objectif Global de la Stratégie : Contribuer au Développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable

Indicateurs d'impact de la SSS:

Ratio de mortalité maternelle (Baseline 782 décès/ 100 000 NV en 2011)

Taux de mortalité infanto- juvénile (Baseline 103 décès /1000 NV en 2011)

SOURCES DE VERIFICATION : EDS-MICS, rapports annuels OMS

Objectif global PNDS : ***Offrir et rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité à la population***

Tableau 10 : Cadre logique du PNDS 2016-2020

AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE									
Problème central de la composante	Capacités insuffisantes des populations à adopter des comportements favorables à la santé								
Objectif stratégique	Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2020								
Indicateurs traceurs :	- % des membres des ménages utilisant les toilettes améliorées non partagées								
	- Prévalence de l'obésité en milieu urbain								
	- Pourcentage d'entreprises ciblées qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail								
	- Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans								
Sous axe stratégique 1.1 : Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la promotion de la santé									
Objectif spécifique PS 1.1 : D'ici 2020, renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 40% des DS	**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
				2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
	Proportion des DS disposant d'un COSADI fonctionnel [(a)]	65 % en 2015	Rapport DOSTS 2015	70%	75%	80%	85%	90%	

Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Indicateurs traceurs	Responsables	Partenaires d'exécution	2016	2017	2018	2019	2020	Conditions de réussite
1.1.1 Mise à disposition de l'expertise technique et transfert des compétences aux administrations du secteur santé pour une mise en œuvre efficace des actions de promotion de la santé	1.1.1.1.Renforcer à tous les niveaux la disponibilité des intrants de promotion dans les structures sanitaires (ressources humaines, financières, médicaments, matériel de sensibilisation, etc.)	Proportion du budget du MINSANTE alloué aux interventions de promotion de santé	DRFP	DPS, DRSP, MINFI, DPML, MINFOPRA	X	X	X	X	X	Disponibilité des ressources financières et humaines, recrutement par le MINFOPRA en fonction des besoins en RHS exprimés
1.1.2 Transfert des compétences aux acteurs communautaires pour une appropriation des interventions de santé	1.1.2.1. Apporter un appui technique aux leaders et acteurs communautaires (OBC, OSC, ASC, CTD et Structures de Dialogue) dans la résolution des problèmes de santé de leur environnement	Proportion des DS ayant au moins 3 OSC affiliés à la plateforme régionale des OSC et ayant contribué à la mise en œuvre du PTA du DS	DOSTS	DPS, DLMEP, DRSP, DS, COSADI, PTF, OSC/ONG, MINATD CTD DCOOP	x	X	X	X	X	
	1.1.2.2. Recruter des ASC polyvalents pour la dispensation des activités du PMA au niveau communautaire (voir annexe 2)	Proportion des DS disposant d'au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation du PMA communautaire	DOSTS	DRH, DPS, DRSP, FRSP, SD	X	X	X	X	X	
1.1.3 Renforcement du cadre juridique pour une meilleure participation communautaire	1.1.3.1. Actualiser le cadre juridique de la participation communautaire	Disponibilité d'un texte réglementaire actualisé régissant la participation communautaire aux interventions de santé	DOSTS	MINSANTE (Inspections Générales, DAJC, DPS, DPML, PNTS, Dir. Tech., ST-CP/SSS, Comité d'éthique, DRSP, DS)	x	X				

1.1.4 : Mise à disposition de l'expertise technique et transfert de compétences aux CTD et aux organisations à base communautaire, (Structures de dialogue, Organisations de la Société Civile, Organisations Non gouvernementales) dans le domaine de la promotion de la santé[(b)]										
1.1.5 Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé	1.1.5.1.Elaborer et mettre en œuvre un Plan pluriannuel et multisectoriel de promotion de la santé	Taux de réalisation des objectifs du plan pluriannuel de promotion de la santé	DPS		X	X	X	X	X	Les principaux acteurs participent à toutes les phases du processus d'élaboration du plan (approche participative), les ressources financières conséquentes sont disponibles pour mettre en œuvre et assurer la S/E des interventions planifiés , les bénéficiaires comprennent ,adhèrent et participent aux activités de promotion

	1.1.5.2.Elaborer et exécuter les activités du PTA de promotion de la santé en milieux scolaire, universitaire et professionnel	Proportion des DS dont au moins 50% d'établissement secondaires mettent en œuvre les activités de promotion de la santé	MINEDUB MINESEC, MINSESUP MINTSS	MINSANTE (DPS), CTD, OSC	X	X	X	X	X	
1.1.6: Actualisation des curricula de formation pour une meilleure prise en compte de l'approche socio environnementale dans les programmes d'enseignements[(b)]										
1.1.7 : Amélioration de l'offre de services de promotion de la santé répondant aux besoins de l'individu dans sa globalité	1.1.7.1. Assurer la disponibilité et la mise en œuvre des paquets de services et des soins de santé communautaire	Proportion des DS ayant mis en œuvre au moins 50% d'activités communautaires inscrites dans leur PTA	DPS	DRSP, DS, COSADI, COSA, OSC, Société Civile, CTD	X	X	X	X	X	Le cadre juridique, et le guide d'interventions communautaires qui encadrent la participation communautaire est actualisé, diffusé et prend en compte les aspects de motivation des acteurs communautaire

Sous-axe stratégique 1.2 : Cadre de vie des populations										
Objectif spécifique PS 1.2 : D'ici 2020, améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 30% des districts de santé		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Proportion des ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner	80,4%	MICS 5	78%	76,5 %	75%	72,5 %	70%	
		Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable	72,9 %	MICS 5	73,5%	74%	75%	76,5 %	78%	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
1.2.1 : Amélioration de l'hygiène du milieu (Eau, hygiène, assainissement, etc.)	1.2.1.1.Poursuivre la mise à échelle de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) dans les communes/DS	Proportion des DS mettant en œuvre l'ATPC[(a)]	DPS	DRSP, DS, SD, MINEE, CDT, MINATD,	X	X	X	X	X	La collaboration et la coordination est effective entre le MINSANTE et le MINEE dans la mise en place de l'ATPC; les CTD participent activement aux activités d'assainissement et considèrent l'ATPC comme actions prioritaires ; les barrières socio culturelles pour l'utilisation des toilettes sont levées

	1.2.1.2.Assurer la formation et le déploiement équitable du personnel de génie sanitaire dans les DS	Proportion des DS disposant des techniciens du génie sanitaire	DPS	DRSP,DS, SD, OSC, CTD		X			X	
	1.2.1.3.Développer en milieu professionnel les interventions de promotion de santé et de prévention des maladies	Taux d'exécution des activités prévues dans le plan santé des entreprises ciblées au cours des 12 derniers mois	MINTSS	DCOOP, Groupements patronaux, Entreprises, MINTSS, DPS	X	X	X	X	X	Les responsables des entreprises (publiques et privées) comprennent les enjeux et s'impliquent dans les activités de promotion de la santé de leurs employés
1.2.2 : Promotion de l'urbanisation structurée des villes et aménagement des bidonvilles[(b)]										
1.2.3 : Renforcement des actions de prévention contre la pollution des sols, de l'eau et de l'air[(b)]										
1.2.4 Développement de bonnes pratiques de résilience et de gestion des risques et catastrophes liés au changement climatique[(b)]										

Sous axe stratégique 1.3: Renforcement des aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés										
Objectif spécifique PS3 1.3: D'ici 2020, développer des actions de promotion dans au moins 40% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Prévalence des grossesses chez les adolescentes	25,2%	MICS 5	24%	22%	19%	17%	14%	
		Prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus	6%	GATS 2013	6%	5,5%	5,5%	5,5%	5%	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
1.3.1 Promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles	1.3.1.1.Développer la C4D pour l'adoption des comportements sains dans le domaine de l'alimentation/nutrition	% des DS disposant d'un plan intégré de communication pour la promotion de la santé et la prévention des maladies	DPS	MINCOMMERCE, MINADER, ANOR, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINMIDT	X	X	X	X	X	
1.3.2 : Lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool et la consommation des substances illicites	1.3.2.1. Renforcer le dispositif d'interdiction de commercialisation des drogues et des produits alimentaires frauduleux ou de contre bande	Nombre annuel de saisies de produits alimentaires de contre bande réalisées	MINCOMMERCE	MINCOMMERCE, MINADER, ANOR	X	X	X	X	X	
1.3.3 Renforcement de la sécurité routière	1.3.3.1.Renforcer les capacités des transporteurs et des riverains des principaux axes accidentogènes aux gestes de premiers secours (prise en charge pré-hospitalière)	Proportion des DS qui disposent d'équipes communautaires formées aux gestes de premiers secours	DOSTS	DLMEP, ONSP, MINATD, MINTRANSPORT, MINTP, DGSN, DRSP, Croix-Rouge, Sapeurs Pompiers, AMUCAM, etc.			X		X	

	1.3.3.2.Renforcer les C4D en faveur de la sécurité routière	Nombre de victimes (blessés ou morts) de la voie publique en interurbain	MINTRANSPORT	DPS, DOSTS, Secrétariat d'Etat à la défense, DGSN, CONAROUTE	X	X	X	X	X	Objectifs du PNDS internalisés dans les plans de travail des Ministères partenaires, forte collaboration entre le MINSANTE et le MINTRANSPORT
1.3.4 Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives	1.3.4.1.Assurer la construction/réhabilitation des infrastructures sportives de proximité pour la pratique de l'exercice physique	Proportion des CTD/DS ayant des espaces aménagés et conventionnels pour la pratique des activités physiques et sportives	CU	DPS, DRSP, DS, MINATD, CTD, MINHDU, MINSEP		X	X	X		Forte collaboration entre le MINSANTE et le MINSEP
	1.3.4.2.Renforcer les effectifs des éducateurs sportifs dans les départements/arrondissements	Proportion des centres agréés pour la pratique des activités physiques et sportives qui disposent d'un éducateur sportif qualifié	MINSEP	Tous les ministères	X	X	X	X	X	
1.3.5. Renforcement de la communication intégrée pour le développement (C4D) et le marketing social	1.3.5.1.Développer la C4D pour l'adoption des comportements sains dans les domaines suivants (alimentation/nutrition, prévention et dépistage des maladies transmissibles et non transmissibles, abus des substances psycho actives notamment les stupéfiants et l'alcool)	% d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu des repas comprenant au moins quatre groupes d'aliments durant le jour précédent l'enquête Prévalence de la carie dentaire chez les élèves de l'école primaire	DPS	MINCOM, DRSP, DS, FOSA, ASC, Mairies, OSC/OBC, MINADER, MINEPIA, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, Opérateurs de téléphonie mobile	X	X	X	X	X	Forte collaboration et coordination entre le MINSANTE et les ministères partenaires

Sous Axe stratégique 1.4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement										
Objectif spécifique PS4 1.4: D'ici 2020, amener 25 % de familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer	16%	Calculé à partir des données de MICS 5	22%	24%	25%	27%	30%	
		Proportion des besoins non satisfaits en PF	18%	MICS 5	17%	16%	16%	15%	14%	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
1.4.1 : Amélioration des politiques publiques en faveur de la PF[(b)]										
1.4.2 : Amélioration de la demande des services de PF[(b)]										
1.4.3 : Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de PF	1.4.3.1.Étendre et assurer la disponibilité de l'offre des services de PF dans les FOSA et au niveau communautaire (contraceptifs modernes, matériels PF, etc.)	Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestres dans les HD (PM)	DSF	DPS, DRSP, SSD, DSF, CENAME, DPML, MINJEC, MINESEC, MINESUP, OSC	X	X	X	X	X	L'information et les procédures d'approvisionnement rationnel sont maitrisées dans la chaine
1.4.4 : Renforcement du suivi et de la coordination des interventions de SR/PF[(b)]										

1.4.5 : Renforcement des autres pratiques familiales essentielles favorables à la santé	1.4.5.1.Développer dans les communautés des mécanismes de partage d'informations en faveur de la PFE (groupes de discussions , visites à domicile, etc.)	Proportion d'HD disposant d'un personnel technique formé en PFE[(a)]	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (DPS, DRH,DRSP, SSD, FOSA)		X			X	
	1.4.5.2.Renforcer l'éducation sanitaire et la C4D dans les familles , en milieu carcéral et scolaire afin d' amener les individus à s'organiser pour résoudre leurs problèmes de santé (mobilisation citoyenne)	Pourcentage des ménages mettant en œuvre au moins 7 des 15 pratiques familiales essentielles[(a)]	DPS	MINCOM, DSF, DRSP, DS, SD, acteurs communautaires	X	X	X	X	X	Disponibilité des ressources financières

AXE STRATEGIQUE2 : PREVENTION DE LA MALADIE									
Problème central de la composante	La morbidité et la mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles restent élevées au Cameroun								
Objectif stratégique	D'ici 2020, réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention								
Indicateurs traceurs	- Prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) chez l'adulte de plus de 15 ans en milieu urbain								
Sous Axe stratégique 2.1 : Prévention des Maladies Transmissibles									
Objectif spécifique PREV1 2.1: réduire d'au moins 10% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et d'éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)	**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
				2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
	Incidence du VIH	2,4‰	Profil des estimation pays du VIH au Cameroun 2010-2020	2,3‰	2,2 ‰	2,1 ‰	2,0 ‰	1,9 ‰	
	Prévalence du VIH	4,3%	EDS-MICS 2011	4,2%	4,1 %	4,1 %	4,0%	3,9%	
	Prévalence de l'hépatite virale B	11,9%	CPC 2015	11,5%	11,0 %	10,5 %	10,3 %	10,0 %	
	Couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose (couverture TIDC)	80%	Rapport d'activités 2015 des MTN	81%	82%	83%	84%	85%	
	Incidence de la tuberculose TPM+	117 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2015	Instance de Coordination Nationale du Cameroun. Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017	102,5	88	73,5	58,5	44,5	

Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Indicateurs traceurs	Responsables	Partenaires d'exécution	2016	2017	2018	2019	2020	Conditions de réussite
2.1.1 : Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles	2.1.1.1.Renforcer les compétences techniques des acteurs institutionnels et communautaires (OBC, ASC, responsables des CTD) pour la prévention intégrée des maladies transmissibles les plus fréquentes (VIH, IST, hépatites virales, paludisme, cholera et Ebola)	Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation d'un PMA communautaire de qualité (promotion de la santé, prévention de la maladie et prise en charge des cas de maladies) PM	MINSANTE (DRH)	MINSANTE (DPS, DLMEP, DRSP, DS), MINATD, OSC/ONG, Partenaires, CTD		X		X		
	2.1.1.2.Elaborer et mettre en œuvre une stratégie intégrée de communication prenant en compte les aspects de promotion de santé et de prévention des maladies	Pourcentage de DS ayant réalisé et documenté au moins 75% des activités d'IEC/C4D inscrites dans leur Plan intégré de communication	MINSANTE (DPS)	MINCOM, MINSANTE (DLMEP, DRSP, DS, CNLS et autres Programmes prioritaires), acteurs communautaires	X	X	X	X	X	
2.1.2 : Amélioration de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables	2.1.2.1.Approvisionner régulièrement les FOSA en intrants de prévention pour les maladies transmissibles	Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD (PM)	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (CENAME, DRSP, FRPS, DS, FOSA), OSC/OBC	X	X	X	X	X	

	2.1.2.2.Organiser les activités de communication/conseil/dépistage pour la prévention des principales maladies transmissibles dans la population générale et auprès des populations spéciales (prisons, lycées, universités, entreprises, etc.).	Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant en milieu carcéral, ayant réalisé un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois et qui ont retiré leur résultat								
		Pourcentage des personnes de 15-49 ans ayant réalisé un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois et qui ont retiré leur résultat	MINSANTE (DPS)	MINSANTE (DLMEP, DRSP, DS), MINATD, MINESEC, MINESUP, MINJUSTICE, OSC/ONG, CNLS	X	X	X	X	X	Disponibilité des ressources matérielles, financières
2.1.3 Renforcement de la prévention du Paludisme	2.1.3.1.Acquérir et distribuer des MILDA	Proportion des ménages disposant d'une MILDA pour 2 personnes	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DPS, DRFP, DOSTS, DCOOP, PNLP), MINFI, OSC/ONG, PTF	X				X	Disponibilité des ressources matérielles, financières
	2.1.3.2.Organiser des campagnes de traitement préventif du paludisme saisonnier et des MTN	Proportion d'enfants de moins de 5 ans des régions du Nord et de l'Extrême Nord ayant reçu un traitement préventif pour le paludisme saisonnier	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DPS, DRFP, DOSTS, DCOOP, PNLP), MINFI, OSC/ONG, PTF	X	X	X	X	X	Disponibilité des ressources matérielles, financières
2.1.4: Renforcement de la prévention des MTN et des autres maladies transmissibles[(b)]										

Sous axe stratégique 2.2: MAPE et évènements de santé publique surveillance et réponse aux maladies a potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de sante publique										
Objectif spécifique PREV2 2.2: D'ici 2020, réduire dans au moins 50% des districts, les risques de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Proportion des DS en épidémies de rougeole confirmées et ayant organisés une riposte selon les directives nationales	34%	Rapport DLMEP 2014	70%	80%	90%	95%	95%	
		Proportion d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées	50%	Rapport DLMEP 2014	70%	80%	90%	95%	95%	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
2.2.1 Renforcement du système de surveillance épidémiologique	2.2.1.1.Renforcer les capacités institutionnelles des CERPLE (Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Epidémies) pour la coordination des urgences au niveau des régions	Proportion des CERPLE disposant des capacités opérationnelles minimales requises pour la surveillance des MAPE /événements de santé publique et pour la riposte[(a)]	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DRSP, DRH, DSF), structure de dialogue, partenaires		X			X	
	2.2.1.2.Développer et animer un réseau national de laboratoires fonctionnels pour la surveillance des MAPE et des autres maladies	Proportion des DRSP disposant des laboratoires de référence qui fonctionnent en réseau pour la surveillance des MAPE	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (DRSP, DS, LNSP), PTF	X	X	X	X	X	

	2.2.1.3. Actualiser chaque année la cartographie des risques sanitaires dans les DRSP/DS (DS à risque d'épidémies et d'urgence sanitaire) et élaborer les plans opérationnels annuels de réponses appropriées aux risques sanitaires identifiés	Proportion de DRSP disposant d'une cartographie annuelle actualisée des risques d'épidémie et des plans opérationnels de riposte conséquents	MINSANTE (DLMEP)	MINATD, MINCOM, MINSANTE (DRSP, ONSP, CIS)	X	X	X	X	X	
2.2.2 : Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination	2.2.2.1. Organiser les campagnes et les activités supplémentaires intensifiées de vaccination (Vaccination contre la Polio, déparasitage des enfants de 12 à 59mois lors des SASNIM) à l'échelle nationale	Nombre d'enfants manqués par la vaccination de routine	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (PEV, DPS, SDV, DRSP, DS, FOSA, ASC), PTF, OSC/OBC	X	X	X	X	X	
	2.2.2.2. Renforcer l'offre de service de la vaccination de routine (acquisition des vaccins, renforcement des liens avec la communauté, micro-planification , stratégies avancées) PM	Nombre d'enfants manqués par la vaccination de routine (PM)	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (PEV, SDV, DRSP, DS, FOSA, ASC), structure communautaire	X	X	X	X	X	
2.2.3 : amélioration de la prévention des autres MAPE non prises en compte par le PEV[(b)]										

2.2.4 Renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux évènements majeurs de santé publique	2.2.4.1.Assurer l'approvisionnement permanent des DS en intrants nécessaires à la riposte contre les épidémies et les maladies émergentes potentielles.	Proportion des DS disposant d'intrants pour la riposte contre les autres MAPE non ciblées par le PEV au cours des trois derniers mois	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (DLMEP, DRSP, SSD, FOSA, ASC, CENAME), partenaires, OSC/OBC	X	X	X	X	X	Disponibilité des ressources financières et contrôle du flux des réfugiés dans les régions frontalières
	2.2.4.2.Renforcer le dispositif de Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) contre les MAPE	Proportion des DS en épidémies de rougeole confirmées et ayant organisé une riposte selon les directives nationales (PM)	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DPS, DPML, DRSP, SSD, FOSA, ASC, CENAME), PTF, OSC/OBC	X	X	X	X	X	Des ressources sont mobilisées pour la détection des cas et la riposte

Sous axe stratégique 2.3 : Santé Maternelle Néonatale infantile des adolescents et PTME

Objectif spécifique PREV3 2.3: D'ici 2020 accroitre d'au moins 70% la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfants dans au moins 60% de DS	**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
				2016	2017	2018	2019	2020	
	Couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3)	84,50%	MINSANTE Rapport PEV 2015	85%	86%	88%	90%	92%	
	Couverture en CPN 4	58,8%	MICS5	62%	65%	68%	71%	74%	
	Couverture vaccinale en VAR/RR	80%	MICS5	81%	82%	83%	85%	86%	
	Proportion de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV	84,4%	Rapport CNLS 2015	85%	86%	86,5 %	87%	88%	
	Proportion d'enfants de 0-5 ans dormant sous une MILDA	54,80%	MICS 5	85%	86%	88%	89%	90%	
	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (proportion d'enfants exposés séropositifs)	6, 5%	Rapport CNLS 2014	6%	5,5%	5%	4,5%	4%	
	Proportion de nouveau-nés de faible poids (poids inf. à 2500 grammes)	9%	MICS5	7%	7%	6%	6%	6%	
	Proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)	26%	MICS 5	35%	40%	45%	50%	55%	

Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Indicateurs traceurs	Responsables	Partenaires d'exécution	2016	2017	2018	2019	2020	Conditions de réussite
2.3.1 Renforcement des capacités institutionnelles (FOSA) et communautaires dans le domaine de la SRMNEA	2.3.1.1.Assurer dans les FOSA, la disponibilité permanente des intrants pour la MEO efficace des interventions à haut impact sur les cibles Mère, Nouveau-né, Enfant et Adolescent (tests de dépistage précoce du VIH, PCR, équipements pour les maternités, médicaments pour la TPI, la PTME , le VIH, vaccins etc.)	Nombre moyen des jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD (PM)	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (DLMEP, CENAME, FRPS, DSF, DRSP,SSD, FOSA), PTF, ONG		X	X	X	X	
	2.3.1.2.Renforcer les capacités des prestataires institutionnelles et communautaires des DS ciblés pour une offre de service de qualité dans les aspects suivants (PTME, CPN, soins post nataux, soins post abortum)	Proportion d'HD disposant d'au moins un prestataire formé à la dispensation des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infantile.	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (DLMEP, DEP, DRSP, DS, FOSA, FRSP, CENAME), ONG	X	X	X	X	X	Les centres de santé ambulatoires sont suffisamment développés et opérationnels
2.3.2 : Amélioration de l'offre de services et des soins SRMNEA	2.3.2.1.Etendre progressivement à l'échelle nationale l'offre de services et des soins SRMNEA de qualité (stratégie avancées, télémédecine, subvention ou gratuité pour certains groupes, etc.)	Proportion d'HD qui offrent les SONUC selon les normes (9 fonctions) [(a)]	MINSANTE (CNLS)	MINSANTE (DLMEP), PTF	X	X	X	X	X	Disponibilité des ressources financières

2.3.3 : Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SRMNEA	2.3.3.1.Poursuivre la C4D (plaidoyer, mobilisation sociale, CCC et animation communautaire) pour renforcer l'utilisation des services et soins de santé offerts dans les FOSA et par les ASC	Proportion de nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (DLMEP), PTF						
Sous axe stratégique 2.4 : Prévention des maladies non transmissibles										
Objectif spécifique PREV 4 2.4: D'ici 2020, réduire d'au moins 5% la prévalence des principales maladies non-transmissibles (diabètes et HTA)		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) chez l'adulte de plus de 15 ans en milieu urbain (PM)	29,7%	Kingue et al. 2015	29%	28,5 %	28%	27,5 %	27%	
		Prévalence du Diabète type 2 chez les adultes ayant au moins 18 ans en milieu urbain	6,60%	Kingue et al. 2015	6,60%	6,60 %	6,5%	6%	5,8%	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
2.4.1 : Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des MNT [(b)]										
2.4.2 promotion de la recherche pour réduire l'incidence des MNT[(b)]										

2.4.3 Sensibilisation de la population sur la problématique des maladies non transmissibles et incitation à leur prévention	2.4.3.1.Développer une stratégie de communication intégrée pour la prévention des maladies non transmissibles (PM)	% des DS disposant d'un plan intégré de communication pour la promotion de la santé et la prévention des maladies (PM)	MINSANTE (DPS)	MINSANTE (DLMEP, DROS, DRSP, DS, FOSA), INS, PTF, MINCOM	X	X	X	X	X	
	2.4.3.2.Organiser au niveau régional au moins une campagne annuelle de prévention et de dépistage des MNT (HTA, diabète, cancers, etc.)	Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de prévention et de dépistage des MNT (HTA, diabète, cancers, etc.)	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DOSTS, DPS, DRSP, SSD, FOSA, Programmes prioritaires), PTF	X	X	X	X	X	
2.4.4 amélioration de la prévention des affections bucco-dentaires, des troubles visuels et auditifs[(b)]										
2.4.5 Renforcement de la prévention de la Drépanocytose des autres maladies génétiques et dégénératives	2.4.5.1.Renforcer la disponibilité de l'offre de services de prévention des maladies génétiques (drépanocytose) au niveau opérationnel	Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne de sensibilisation et de dépistage de la drépanocytose	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DRSP, DS, FOSA, structure de dialogue), acteurs communautaire	X	X	X	X	X	
2.4.6 renforcement de la prévention des maladies mentales, épilepsies et autres affections neurologiques[(b)]										
2.4.7 Renforcement de la prévention du Diabète, de l'HTA, des autres maladies cardiovasculaires et des maladies rénales[(b)]										
2.4.8 Renforcement de la prévention du cancer, de l'asthme et des autres										

affections respiratoires chroniques[b]										
2.4.9 Renforcement de la prévention des maladies rares[b]										

AXE STRATEGIQUE 3: PRISE EN CHARGE DES CAS										
Problème central de la composante	La qualité du diagnostic ,de la prise en charge curative des cas est insuffisante entrainant une morbi-mortalité intra-hospitalière élevée									
Objectif stratégique	D'ici 2020, réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté									
Indicateurs traceurs	- Taux de mortalité péri-opératoire dans les hôpitaux de 2eme, 3ème et 4ème catégorie									
	- Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans									
	- Taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière									
	- Ratio de mortalité maternelle									
	- Taux de mortalité néonatale									
	- Taux de mortalité infantile									
	- Taux de mortalité infanto-juvénile									
Sous axe stratégique 3.1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles										
Objectif spécifique PEC 1 3.1: D'ici à 2020, assurer une prise en charge curative selon les normes des principales maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que leurs complications dans au moins 30% des formations sanitaires		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Taux de succès thérapeutique chez les tuberculeux à bacilloscopie positive	82%	cohorte 2013, Rapport PNLTB	83%	84%	85%	86%	87%	Taux de succès thérapeutique des TPB+
		Proportion des cas d'ulcère de Buruli guéris sans complications	80%	Rapport d'activités MTN	82%	84%	86%	88%	90%	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
3.1.1.Amélioration de la qualité des soins et des services de santé dans les FOSA dans leurs 8 dimensions, en mettant l'accent sur l'accueil des patients.	3.1.1.1. Sensibiliser les prestataires des services et soins de santé sur l'importance d'un bon accueil	Indice de satisfaction des bénéficiaires des services et des soins de santé	MINSANTE et INS	MINSANTE(DOSTS, DRFP, FOSA , Cellule de comm., CONAC, CONSUPE, DGRE	X	X	X	X	X	

3.1.2 Amélioration du diagnostic et de la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de la TB, des IST et des Hépatites virales	3.1.2.1.Assurer la disponibilité des intrants pour le diagnostic et la prise en charge des cas de maladies transmissibles (VIH, TB, IST et Hépatites virales)	Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD (PM)	DPML	DLMEP, DRSP, PNLT, CNLS, CAPR, SSD, FOSA, ASC	X	X	X	X	X	Mesures d'anticipation prises au vu du retrait éventuel de certains PTF engagés dans l'acquisition des médicaments en particulier les ARV, Vaccins, produits SR, sang et dérivés.
3.1.3. Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de paludisme et des principales causes de fièvre (Dengue, Typhoïde, Grippe…)	3.1.3.1. Systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme	Proportion d'hôpitaux de 4ème, 5ème et 6ème catégorie ciblés dont 75% du personnel technique applique les protocoles de PEC des maladies transmissibles (PALU, SIDA,TB)	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DOSTS, IGSMP, DPS, DRSP, SSD, Programmes prioritaires, FOSA)		X	X	X	X	
3.1.4 : Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Tropicales Négligées	3.1.4.1.Systématiser le recours aux procédures opérationnelles et aux protocoles validés pour le diagnostic et le traitement des MTN	Proportion d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles de prise en charge des principales MTN (Ulcère de Buruli, Lèpre)	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DOSTS, IGSMP, DPS, DRSP, SSD, Programmes prioritaires, FOSA)		X	X	X	X	
3.1.5: Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de Maladies Non Transmissibles	3.1.5.1.Décentraliser la PEC des Maladies Chroniques (Hypertension, AVC, diabète, etc.) à travers la création des centres médicaux ambulatoires et la délégation des tâches au niveau déconcentré	% des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les directives de délégation des tâches lors de la PEC de l'HTA et du diabète	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DSF, DPML, CSI, CMA, HD, DS), Programmes prioritaires, acteurs communautaires	X	X	X	X	X	

	3.1.5.2.Organiser des activités/campagnes de soins en dehors des FOSA pour les populations vivant dans les zones d'accès difficiles	Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de sensibilisation et de dépistage de l'HTA/Diabète en dehors des FOSA y compris lors des Journées Mondiales de lutte contre ces pathologies	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DLMEP, DRSP, SSD,Programmes prioritaires, FOSA, ASC), OSC	X	X	X	X	X	Processus de délégation des tâches au niveau opérationnelle effectif dans le système de santé
3.1.6 : Amélioration de la prise en charge globale (holistique) des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	3.1.6.1 Développer et veiller à l'utilisation des guides et des protocoles simplifiés pour la prise en charge globale des maladies	Proportion d' hôpitaux de 4ème, 5ème et 6ème catégorie ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles de PEC des maladies transmissibles (PALU, SIDA, TB) (PM)	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DLMEP, DRSP, SSD, FOSA, ASC), OSC	X	X	X	X	X	
		% des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique utilisent les normes/protocoles de prise en charge des principales maladies non transmissibles (diabète, santé mentale, HTA)								
	3.1.6.2. Sensibiliser les prestataires sur « l'approche centrée sur le patient » (prise en charge holistique des cas)	Indice de satisfaction des bénéficiaires des services et des soins de santé (PM)	MINSANTE (Inspection Générale) et INS	MINSANTE(DOSTS, DRFP, FOSA , Cellule de communication), CONAC, CONSUPE, DGRE	X	X	X	X	X	

	3.1.6.3.Assurer la PEC hospitalière des enfants de moins de 5 ans selon les normes	% des CSI et des CMA ciblés ayant pris en charge au moins 80% des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée/IRA avec l'approche PCIME	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DOSTS, DSF, FOSA, DRSP, DS)	X	X	X	X	X	
	3.1.6.4.Elaborer et mettre en œuvre les protocoles de soins palliatifs	% de personnels d'HD et d'HR évalués qui utilisent les protocoles validés des soins palliatifs	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DLMEP, PNLCa, FOSA, DRSP, DS)	X	X	X	X	X	
Sous axe stratégique 3.2 : Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents										
Objectif spécifique PEC2.3.2: D'ici 2020, assurer une prise en charge globale et selon les normes des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au niveau communautaire et dans au moins 60% des structures sanitaires		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Proportion de nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance (PM)	68,5%	MICS5	69%	69,5 %	70%	72,5 %	75%	Amélioration des plateaux techniques , de l'accueil et de l'accessibilité aux soins
		Taux d'accouchements dans une structure sanitaire	61,3%	MICS5	62%	64%	66%	68%	70%	
		Proportion des cas de fistules obstétricales réparées	ND		augmentation de 30% sur la période					Amélioration de l'accessibilité financière aux soins
		Taux d'accouchements par césarienne	2,4%	Enquête SONUC 2015	3,5%	5%	6%	7%	8%	

Stratégie de mise en œuvre		Indicateurs traceurs	Responsables	Partenaires d'exécution	2016	2017	2018	2019	2020	Conditions de réussite
3.2.1 Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins et aux services de SRMNEA en ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables et les districts les plus défavorisés	3.2.1.1.Renforcer la mise en œuvre des stratégies en cours visant à améliorer l'accessibilité géographique, culturelle et financière des cibles SRMNEA aux services et soins de santé de qualité	Proportion des CSI ayant réalisé au moins la moitié des stratégies avancées/mobiles planifiées	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (DLMEP, DRSP, DS, FOSA)	X	X	X	X	X	
3.2.2. amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité géographique aux services de prévention de la transmission verticale du VIH et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant (mise à échelle de la PTME dans l'ensemble des FOSA fonctionnelles)										
3.2.3 Amélioration de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique et communautaire)	3.2.3.1.Offrir aux enfants de moins de 5 ans les services et soins de santé avec l'approche PCIME	Pourcentage d'HD disposant d'au moins un personnel formé à la PCIME clinique	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (DLMEP, DRSP, FOSA, ASC), OSC/OBC, MINJUSTICE, DGSN, MINDEF	X	X	X	X	X	Disponibilité des ressources financières pour la formation des RHS en PCIME
3.2.4 : amélioration de la disponibilité des paquets d'offre des services et soins SRMNEA de qualité.	3.2.4.1.Assurer l'utilisation correcte à tous les niveaux des documents normatifs et des procédures opérationnelles de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant.	Proportion des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DSF, IGSMP)	X	X	X	X	X	

	3.2.4.2.Renforcer l'offre de services pour la prise en charge adéquate des problèmes de santé des adolescents dans les hôpitaux de district.	Proportion d'HD disposant des services conviviaux et d'écoute pour la PEC des problèmes de santé des adolescents	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (DOSTS, FOSA), MINPROFF, MINJEC, MINAS		X	X	X	X	
	3.2.4.3.Assurer dans les DS, la disponibilité des paquets d'interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SONUB, SONEU, SONUC, SAA…)	Proportion d'enfants nés de mères séropositives et mis sous TARV	MINSANTE (DSF)	MINSANTE (DRH, DLMEP, DPML, CNLS)	X	X	X	X	X	
		Proportion d'HD qui offrent au moins 75% des interventions du PCA (PM)								
3.2.5 Renforcement des capacités institutionnelles dans les FOSA et au niveau communautaire en SRMNEA										
3.2.6: Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des problèmes de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.										

Sous axe stratégique 3.3 : Urgences et évènements de santé publique										
Objectif spécifique PEC3.3.3: D'ici 2020, assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des évènements de santé publique suivant les procédures opératoires standards (POS) dans au moins 60% des districts de santé		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Taux de mortalité péri opératoire dans les hôpitaux de 2ème, 3ème et 4ème catégorie (PM)	ND		Réduction de 20% à échéance					Etude de base, Engagement des parties prenantes (PTF, MINSANTE, Acteurs communautaires , secteur privé) au financement des interventions du PNDS
		Proportion d' HD ciblés ayant pris en charge au moins 80% des cas d'urgences médico-chirurgicales selon les POS au cours des 6 derniers mois	ND		13%	40%	53%	100%	100 %	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
3.3.1 : Renforcement de la coordination multisectorielle dans la prise en charge des urgences et des évènements de santé publique	3.3.1.1.Mettre en place et à tous les niveaux un fonds de soutien pour la coordination de la gestion des urgences et des évènements de santé publique (PM Voir CERPLE)	Proportion de CERPLE disposant de capacités opérationnelles minimales requises pour la surveillance des MAPE /événements de santé publique et pour la riposte (PM)	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DCOOP, DLMEP, DRSP, DS), autres ministères, PTF	X	X	X	X	X	
	3.3.1.2.Assurer le fonctionnement du Centre National des opérations d'urgences de santé publique pour une gestion et une coordination efficace des activités de terrain	Disponibilité d'un plan national de gestion des événements de santé publique budgétisé et des rapports annuels de MEO de ce plan	MINSANTE (DOSTS/DLMEP)	MINSANTE (DRSP, DS), MINATD, autres ministères, PTF	X	X	X	X	X	

3.3.2 : Renforcement du processus de gestion prévisionnelle des ressources pour une prise en charge efficace des cas d'urgences médico- chirurgicales et des événements de santé publique	3.3.2.1 Approvisionner régulièrement les structures sanitaires en intrants de prise en charge des urgences médico-chirurgicales après évaluation de leurs capacités institutionnelles , de consommation et de gestion	Proportion d'HD disposant des médicaments/ consommables pour une gestion efficace des cas d'urgences médico-chirurgicales les plus courantes	DPML	DOSTS, DLMEP, FRPS, MINATD, autres ministères, PTF	X	X	X	X	X	
	3.3.2.2.Renforcer la fonctionnalité du dispositif de réponse aux urgences (simulation régulière des situations d'urgences; dotation des équipes d'investigation et d'intervention)	Proportion de DRSP ayant conduit annuellement au moins un exercice de simulation d'une situation d'urgence	MINATD (DPC)	MINSANTE (DOSTS, ONSP, DEP, CIS, DROS, DLMEP, DRSP), ministères partenaires	X	X	X	X	X	Des ressources sont mobilisées pour les exercices de simulation
	3.3.2.3.Mettre en place dans les 10 régions des équipes multisectorielles d'investigation et d'interventions rapides (EIIR)	Proportion des DRSP disposant des équipes multisectorielles d'investigation et d'interventions rapides (EIIR)	MINSANTE (DLMEP/DOSTS)	MINSANTE (ONSP, DEP, CIS, DROS, DRSP), ministères partenaires	X	X	X	X	X	
3.3.3 Renforcement du diagnostic et de la prise en charge curative des cas d'urgences et des évènements de santé publique	3.3.3.1.Assurer la prise en charge pré hospitalière (premiers secours) des cas d'urgence avec la pleine participation communautaire	Proportion des DS disposant des équipes communautaires formées aux gestes de premiers secours (PM)	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DOSTS, DRSP, DS, FOSA), ministères partenaires, Croix-Rouge		X	X	X	X	

	3.3.3.2.Renforcer les capacités financières, infrastructurelles, technologiques des CERPLE , du Centre National des opérations d'urgences et des postes de santé aux frontières pour une réponse rapide et efficace en cas d'épidémie ou autres urgences de santé publique (PM)	Proportion des CERPLE disposant de capacités opérationnelles minimales requises pour la surveillance des MAPE /événements de santé publique et pour la riposte(PM) [(a)]	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DRFP, DOSTS, FOSA), ministères partenaires	X		X		X	Disponibilité des ressources financières
	3.3.3.3.Renforcer les capacités techniques des RHS d'HD/HR/postes de santé aux frontières et des acteurs communautaires pour une réponse efficace en cas d'épidémie ou autres urgences de santé publique	Proportion d' HD ciblés ayant pris en charge au moins 80% des cas d'urgences médico-chirurgicales selon les POS au cours des 6 derniers mois (PM)	MINATD/MINSANTE	MINSANTE MINDEF , HCR , MINCOM, MINJUSTICE, MINAS, MINPROFF, DGSN, PTF		X	X	X	X	Une éval. des besoins en RHS institutionnelles et comm. est réalisée et une allocation conséquente des ressources est effective

Sous axe stratégique 3.4 : Prise en charge du Handicap										
Objectif spécifique PEC43.4: D'ici 2020, réduire d'au moins 10% la proportion de la population présentant au moins un handicap corrigeable.		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Proportion des patients souffrant de cataracte et ayant recouvré la vue après une intervention chirurgicale	ND		Augmentation de 50% à échéance					
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
3.4.1 : Mise en place d'une politique intégrée et coordonnée de la gestion du handicap, y compris le handicap mental	3.4.1.1. Assurer la PEC du handicap selon les directives et normes actualisées	Proportion d'HR et d'HC ayant assuré la prise en charge médicale selon les POS d'au moins 70% des cas d'handicap moteur corrigeable	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DRSP, DS, FOSA), MINAS, MINFI, sociétés savantes, PTF	X	X	X	X	X	
		Proportion d'HD qui disposent d'une unité de physiothérapie fonctionnelle								
3.4.2 : Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap	3.4.2.1. Renforcer les capacités institutionnelles et celles des acteurs chargés de la prévention et de la PEC du handicap corrigeable	Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de chirurgie de la cataracte	MINSANTE (DLMEP)	MINSANTE (DPS, DRH, DRSP), MINAS, MINPROFF	X		X		X	La prise en charge du handicap est valorisée dans les pratiques de promotion et de motivation du personnel

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE										
Problème central de la composante	Développement insuffisant des piliers du système de santé									
Objectif stratégique	Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès équitable des populations aux soins et services de santé de qualité									
Indicateurs traceurs	- Indice Global de disponibilité des soins et services de santé									
Sous axe stratégique 4.1 : Financement de la santé										
Objectif spécifique RSS1 4.1: D'ici 2020, réduire d'au moins 10% les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		% des dépenses de santé supportées par les ménages	70,6 %	INS - Comptes Nationaux de la Santé 2012	69%	67%	65%	63%	60%	Mise en place de mécanismes de prépaiements viables
		Proportion de la population couverte par les mécanismes de partage du risque maladie	3%	EDS-MICS 2011	6%	7%	8%	9%	10%	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
4.1.1 Développement des mécanismes de partage du risque maladie	4.1.1.1.Développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de financement orientée vers la CSU	Proportion du budget national alloué à la Santé	MINSANTE (DRFP)	MINSANTE (DPS,DRSP), MINTSS, MINAS, MINPROF, CDT,PTF, MINEPAT, MINFI	X	X	X	X	X	Les pouvoirs publics sont engagés dans la réforme
	4.1.1.2.Renforcer les mécanismes de protection du risque financier pour améliorer l'accès aux soins (Assurance santé, Sécurité Sociale, Chèques santé, Mutuelles Santé, etc.)	Proportion de la population couverte par un mécanisme de partage du risque maladie (PM)	MINSANTE(DPS)	MINSANTE (DRFP,DRSP), MINTSS, MINAS, MINPROF, CDT,PTF, MINEPAT, MINFI	X	X	X	X	X	

4.1.2 : rationalisation et renforcement des mécanismes institutionnels du financement de la santé	4.1.2.1. Produire annuellement et assurer la disponibilité des outils d'analyse du financement de la santé	Disponibilité d'un rapport validé d'analyse de l'information financière	MINSANTE(DRFP)	MINSANTE (CIS,DRSP), PTF,MINEPAT, MINFI	X	X	X	X	X	
4.1.3 Renforcement de la mobilisation des ressources financières.	4.1.3.1.Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation de l'allocation budgétaire du secteur	Proportion du budget national alloué au secteur santé (PM)	MINSANTE(DRFP)	MINSANTE (DCOOP, FOSA, DRSP), MINEPAT, MINFI	X	X	X	X	X	
4.1.4: Renforcement de l'autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel	4.1.4.1.Élaborer les textes de cadrage accordant plus d' autonomie de gestion des recettes affectées aux FOSA du niveau déconcentré afin de favoriser l'adéquation entre les financements reçus et les problèmes identifiés dans la FOSA	Disponibilité d'un texte de cadrage accordant une autonomie de gestion des recettes affectées aux FOSA du niveau déconcentré	MINSANTE(DRFP)	MINSANTE (DAJC, DRSP)PTF, MINEPAT, MINFI		X				
	4.1.4.2. Adopter annuellement une clef de répartition du budget du MINSANTE en tenant compte des priorités du PNDS	Disponibilité d'un rapport validant la clé de répartition du budget du MINSANTE dans les différents programmes	MINSANTE (DRFP)	MINSANTE (DRSP, DEP,STCP-SSS), CTD	X	X	X	X	X	
4.1.5: Renforcement de la performance et de l'efficience du système de santé	4.1.5.1.Étendre graduellement le système d'achat des performances en tenant compte des résultats de l'évaluation d'impact du FBP sur le système et les services de santé	Proportion des districts de santé ayant intégré l'approche du financement basé sur la performance (FBP)	MINSANTE (DRFP)	MINSANTE (SG, DCOOP, DRSP, DS, FOSA), MINTSS, MINAS, MINPROFF, CTD,PTF,MINE PAT,MINFI	X	X	X	X	X	Disponibilité des textes actualisés sur les modalités d'utilisation des recettes affectées et des autres textes juridiques nécessaires au passage à échelle du FBP
	4.1.5.2.Elaborer à intervalles réguliers les Comptes Nationaux de la Santé	Disponibilité d'un rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé	MINSANTE(CIS)	MINSANTE (DRFP,DRSP), INS, PTF,MINEPAT, MINFI		X		X		

Sous axe stratégique 4.2 : Offre de soins et de services										
Objectif spécifique RSS2 4.2: D'ici 2020, assurer la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets de services et de soins de santé selon les normes dans au moins 40% des formations sanitaires de 3 ème , 4 ème , 5 ème et 6 ème catégories		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Proportion des DS viabilisés[(a)]	7%	Discours MSP AN budget 2015			40%		80%	Les ressources sont mobilisées et disponibles pour le financement des interventions planifiées dans le PNDS
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
4.2.1: Renforcement des capacités institutionnelles des DS centré sur le développement des FOSA pour une meilleure prise en charge des cas à tous les niveaux du système de santé	4.2.1.1. Actualiser et mettre en œuvre la réforme hospitalière	Disponibilité des textes juridique/règlementaire actualisés régissant l'organisation , le fonctionnement des hôpitaux publics et encadrant la prise en charge des cas (PM)			X	X	X	X	X	
4.2.2 : Amélioration de l'offre infrastructurelle (construction/réhabilitation/extension des structures de santé selon les normes et équipement)	4.2.2.1.Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement validé des infrastructures sanitaires dans le secteur de la santé pour assurer la disponibilité des SSP de qualité au niveau opérationnel et les soins spécialisés prioritaires	Disponibilité d'un plan national de développement des infrastructures (construction/réhabilitation /extension/équipement et maintenance)	MINSANTE (DEP)/CTD	MINSANTE (DRFP,DOSTS, DRSP, FOSA), PTF, MINTP, MINATD	X	X	X	X	X	
		Pourcentage de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire (CSI, CMA et HD)								

		Pourcentage de CSI, de CMA et d'HD construits selon les normes conformément au plan de développement des infrastructures								
		Pourcentage de CSI, de CMA et d'HD délabrés qui ont été réhabilités								
	4.2.2.2.Assurer la maintenance des infrastructures et des équipements	Pourcentage d'HD qui disposent d'au moins deux agents de maintenance polyvalents et outillés dans les domaines suivants (biomédical, électricité/froid, plomberie, informatique, mobilier)	MINSANTE (DRH)	MINSANTE (DRFP, DRSP), MINESEC, MINESUP	X	X	X	X	X	
		Proportion des DRSP ayant signé des contrats avec les structures de maintenance dans les domaines suivants: biomédical, électricité/froid, plomberie	MINSANTE (DEP)	MINSANTE (DRSP, DS), OSC						
4.2.3 Renforcement de l'équipement des services de santé selon les normes	4.2.3.1. Elaborer et mettre en œuvre un plan cohérent d'équipements des structures sanitaires à tous les niveaux selon les besoins priorisés	Pourcentage d'HD équipés selon les normes	MINSANTE (DEP/DOSTS)	MINSANTE (DEP, DRFP, DRSP, FOSA), PTF, MINTP, CTD		X	X	X	X	

	4.2.3.2. Construire, équiper et rendre fonctionnel le Centre National et les Structures Spécialisées agréées de transfusion sanguine au niveau déconcentré et assurer la disponibilité permanente des produits sanguins	Proportion de DRSP disposant d'une structure spécialisée régionale agréée de transfusion sanguine	MINSANTE (DEP/DOSTS/DPML)	MINSANTE (DRFP,DRH, DRSP, PNTS, FOSA), PTF, MINTP		X	X	X	X	
4.2.4 : renforcement de l'action communautaire et dotation du niveau communautaire en intrants selon les normes et les priorités[(b)]										
4.2.5 : mise en place d'un système d'assurance qualité des soins et services de santé[(b)]										
4.2.6 Amélioration de la disponibilité des paquets de services et de soins de qualité dans les formations sanitaires à tous les niveaux : développement des districts de santé et des pôles d'excellence	4.2.6.1. Renforcer graduellement la disponibilité/accessibilité des PMA/PCA dans les FOSA du niveau opérationnel	Pourcentage d'HD qui offrent au moins 75% des interventions du PCA	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DRFP, DRSP, FOSA), PTF, MINTP	X	X	X	X	X	
		Pourcentage des CSI et des CMA publics délivrant au moins 80% des interventions du PMA	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DRFP, DRSP, FOSA)		X		X		
	4.2.6.2. Doter les établissements scolaires et universitaires des kits de premiers soins	Pourcentage des infirmeries scolaires / et des centres médico-universitaires qui disposent d'un kit de premiers soins	MINEDUB/ MINESEC/MINESUP	MINSANTE (DLMEP, DOSTS)		X	X	X	X	
	4.2.6.3. Evaluer et classer les DS selon leur niveau de viabilité[(a)]	Pourcentage des DS dont le niveau de développement a été évalué	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DRFP, DRSP, FOSA), PTF		X		X		
4.2.7. renforcement du système de référence et de contre référence										

Sous axe stratégique 4.3 : Médicaments et autres produits pharmaceutiques										
Objectif spécifique RSS3 4.3: D'ici 2020, accroitre de 25% la disponibilité et l'utilisation des médicaments et des autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les districts de santé		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Proportion des besoins satisfaits en matière de transfusion sanguine	18%	Rapport d'activités PNTS 2015	20%	30%	40%	50%	60%	
		Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD	6 jours	Rapport DPML MINSANTE 2015	6jours	5jours	4 jours	3jours	2jours	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
4.3.1 Renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique, de la biologie médicale et de la transfusion sanguine	4.3.1.1.Actualiser et mettre en œuvre le Plan Directeur Pharmaceutique National à tous les niveaux (approvisionnement, assurance qualité, accès et utilisation rationnelle du médicament, pharmacovigilance, etc.)	Disponibilité du Plan Directeur Pharmaceutique National (PDP) actualisé et du rapport d'activités de l'année précédente	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (ANRP, CENAME, FRPS, DRSP, DS, FOSA), PTF	X	X	X	X	X	
	4.3.1.2.Organiser et faire fonctionner le Réseau National des Laboratoires (RENALAB)	Disponibilité d'un acte règlementaire créant et organisant le Réseau National des Laboratoires et des rapports annuels d'activités	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (IGSPL, LANACOME, FRPS, CPC, LNSP, DRSP, DS, FOSA), PTF	X	X	X	X	X	
4.3.2: Renforcement des mécanismes d'assurance qualité et de la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques	4.3.2.1.Créer et faire fonctionner dans chaque région un Centre intégré de pharmacovigilance	Proportion des régions ayant produit un rapport annuel d'activités sur la pharmacovigilance	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (ANRP, CENAME, FRPS, DRSP, DS, FOSA)		X	X	X	X	
	4.3.2.2.Renforcer le système d'assurance qualité du médicament	Pourcentage de produits pharmaceutiques contrôlés anté et post marketing	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (ANRP, CENAME, FRPS,	X	X	X	X	X	

		dans les officines et pharmacies des hôpitaux publics		DRSP, DS, FOSA)						
	4.3.2.3.Renforcer la chaine d'approvisionnement en médicaments essentiels et acquérir un entrepôt central, les réactifs, les vaccins et les autres dispositifs médicaux et la logistique de la chaine de froid	Nombre moyen de jours de rupture des stocks des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les FRSP	MINSANTE(DPML)	MINSANTE (CENAME, FRPS, DRSP, DS, FOSA)	X	X	X	X	X	
4.3.3: Promotion de l'usage rationnel des médicaments de qualité	4.3.3.1.Renforcer la gestion des médicaments dans les structures sanitaires (formation à la gestion rationnelle des stocks, suivi informatisé des stocks…)	Nombre moyen de jours de rupture des stocks des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD (PM)	MINSANTE (DPML)	MINSANTE (CENAME, FRPS, DRSP, DS, FOSA)	X	X	X	X	X	
	4.3.3.2.Intensifier la lutte contre l'utilisation des médicaments illicites (médicaments de la rue, contrefaits, les laboratoires illégaux, etc.)	Proportion des DRSP ayant organisé annuellement des opérations de saisie et de destruction des médicaments illicites	MINSANTE(DPML)	MINSANTE (ANRP, FRPS, DRSP, DS, FOSA), ONPC	X	X	X	X	X	
4.3.4: mise en place de mécanismes de financement pérenne en matière de médicaments.										

Sous axe stratégique 4.4: Ressources humaines en santé										
Objectif spécifique RSS4 4.4: D'ici 2020, augmenter selon les besoins priorisés, la disponibilité des RHS dans au moins 40% des DS, des DRSP et des directions centrales		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Pourcentage des CMA, des CSI et d'HD disposant d'au moins 50% des personnels techniques requis	40%	Rapports annuels de mise en œuvre du PDRH, Recensement RHS2013	42%	43%	45%	48%	50%	Fidélisation et motivation des personnels affectés dans les zones d'accès difficiles effectives
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
4.4.1 Dotation progressive des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité)	4.4.1.1.Renforcer les capacités managériales des responsables des hôpitaux et des structures techniques du niveau central, des DRSP, et des DS à fort potentiel de développement	Pourcentage des responsables des DRSP et de SSD ciblés ayant bénéficié d'une formation/renforcement des capacités en management (Processus gestionnaire)	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF			X		X	
	4.4.1.2.Recruter les RHS dans les domaines prioritaires suivants (sages-femmes, psychiatrie, urgentistes, préposés de morgue, etc.)	Pourcentage des CMA et d'HD des régions septentrionales, de l'Est et du Sud disposant d'au moins une sage-femme	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF	X	X	X	X	X	Le plaidoyer auprès du MINIFI est renforcé et les ressources humaines demandées sont recrutées
	4.4.1.3. Assurer la mise à jour continue des effectifs du personnel de santé (public et privé) ainsi que leur répartition géographique équitable dans le sous-secteur public	Pourcentage des DRSP ayant transmis annuellement à la DRH les données consolidées et complètes des effectifs des RHS de la région, y compris ceux du sous-secteur privé et traditionnel	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF	X	X	X	X	X	

	4.4.1.4.Déployer rationnellement le personnel recruté ou en service dans les structures sanitaires en tenant compte des ressources du secteur privé	Pourcentage des CMA, des CSI et d'HD disposant d'au moins 50% des personnels techniques requis (PM)	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF	X	X	X	X	X	
	4.4.1.5.Renforcer les capacités des RHS en cours d'emploi dans les domaines prioritaires répertoriés : santé mentale, santé maternelle et infantile, médecine et chirurgie d'urgence)	% de médecins dans les CMA et les HD ayant au plus quatre ans d'expérience qui ont bénéficié d'au-moins une formation continue dans les domaines ciblés prioritaires (SONUC, maladies mentales, Diabète, HTA, etc.)	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF	X	X	X	X	X	
4.4.2 : Amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines	4.4.2.1.Définir et suivre le profil de carrière des RHS au moyen de la généralisation de l'informatisation (SIGIPES central et régional)	Proportion des DRSP disposant de l'outil informatique de gestion et de suivi des profils de carrière (SIGIPES Régional)	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF	X	X	X	X	X	Les indicateurs et procédures de suivi de la carrière des personnels sont intégrés dans les outils de supervision intégrée
	4.4.2.2.Assurer l'évaluation continue des pratiques professionnelles	Pourcentage des CMA et d'HD dont 75% du personnel ciblé appliquent les protocoles validés pour la PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF	X	X	X	X	X	

	4.4.2.3.Renforcer la mise en œuvre du plan de motivation des RHS (récompenses et fidélisation dans les zones d'accès difficile et d'insécurité)	Indice de satisfaction des RHS	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF	X	X	X	X	X	
		Pourcentage des CSI, des CMA et d'HD difficiles d'accès et insécurisés et qui disposent d'au moins 50% de RHS en poste depuis 3 ans	MINSANTE (DRH)	Toutes les directions techniques, MINFOPRA, MINFI, PTF, Mairies	X	X	X	X	X	

Sous axe stratégique 4.5 : Information sanitaire et recherche en santé

Objectif spécifique	Indicateurs traceurs	Baseline	Source	Période					Conditions de réussite
				2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif spécifique RSS5 4.5: D'ici 2020, assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Taux de promptitude des RMA dans les DS	0	SNIS	40%	45%	50%	55%	90%	
	Taux de complétude des RMA dans les DS	0	SNIS	40%	45%	50%	55%	100%	
	Proportion des résultats de recherche ayant fait l'objet d'une restitution	ND		40%	45%	50%	55%	60%	
	Proportion des résultats de recherche sur le VIH utilisés pour la prise de décisions	ND		40%	45%	50%	55%	60%	

Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Indicateurs traceurs	Responsables	Partenaires d'exécution	2016	2017	2018	2019	2020	Conditions de réussite
4.5.1: Renforcement du système national d'informations sanitaires	4.5.1.2.Mener des enquêtes de bases pour le suivi-évaluation du PNDS et de la SSS	Pourcentage d'enquêtes de base réalisées pour le suivi de la mise œuvre du PNDS 2016-2020	MINSANTE (ST/CP-SSS)	MINSANTE(Toutes les directions techniques, sociétés savantes), MINRESI	X	X				Les ressources financières sont disponibles
4.5.2 : Renforcement de la recherche en santé	4.5.2.1.Renforcer les capacités des responsables des niveaux déconcentrés dans le domaine de la recherche en santé	Proportion des responsables des DRSP ayant bénéficié d'un renforcement de capacités pour conduire des projets de recherche	MINSANTE (DROS)	MINSANTE (DRH, DRSP, DS, FOSA)		X			X	
4.5.3 : Amélioration de l'utilisation des données sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux	4.5.3.1.Vulgariser à tous les niveaux les résultats de la recherche produits dans le système de santé et promouvoir l'utilisation des données factuelles pour la prise de décision	Pourcentage des résultats de recherche sur le VIH utilisés pour la prise de décision (PM)	MINSANTE (DROS)	MINSANTE (ST/CP-SSS, DEP, ONSP, CIS, Directions techniques), MINRESI	X	X	X	X	X	

AXE STRATEGIQUE 5 : GOUVERNANCE & PILOTAGE STRATEGIQUE										
Problème central de la composante	Faibles performances du système de santé									
Objectif stratégique	D'ici 2020 , accroitre la performance du système de santé à tous les niveaux									
Indicateurs traceurs	- Taux de réalisation des objectifs du PNDS 2016-2020									
Sous axe stratégique 5.1 : Gouvernance										
Objectif spécifique GP1 5.1: D'ici 2020, renforcer la respect des normes , la régulation et la redevabilité dans 80% des FOSA du niveau opérationnel et intermédiaire;	**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
				2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
	Proportion des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant (PM)	ND	Rapport d'audits ou d'activités	50%	55%	60%	65%	70%	
	Indice de perception de la corruption dans le secteur	7,56/10	Stratégie nationale de lutte contre la corruption au Cameroun au Cameroun CONAC	7,5/10	7,2/10	5/10	4,5/10	4/10	

Stratégie de mise en œuvre	Interventions	Indicateurs traceurs	Responsables	Partenaires d'exécution	2016	2017	2018	2019	2020	Conditions de réussite
5.1.1 : Renforcement du cadre législatif et règlementaire du secteur	5.1.1.1.Elaborer/actualiser les réformes adaptées au nouvel environnement du secteur notamment les textes sur la réforme hospitalière, le fonctionnement des instances de coordination et de S/E de la mise en œuvre du PNDS , sur la participation communautaire, etc.	Disponibilité d'un texte réglementaire actualisé régissant la participation communautaire aux interventions de santé (PM)	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (Inspections Générales, DAJC, DPS, DPML, PNTS, Dir. Tech., ST-CP/SSS, Comité d'éthique, DRSP, DS)		X			X	
		Disponibilité d'un texte règlementaire actualisé régissant l'organisation et le fonctionnement des instances de pilotage, de coordination et de S/E du PNDS à tous les niveaux								
		Disponibilité des textes juridiques/règlementaires actualisés régissant l'organisation, le fonctionnement des hôpitaux publics et encadrant la prise en charge des cas								
	5.1.1.2.Renforcer la démarche qualité par l'accréditation des FOSA publiques et privées	Proportion d'HD et assimilés accrédités (disposant d'un système d'assurance qualité de soins et des services de santé)	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (Inspections générales, DEP, DPS, Soc. Savantes), comité d'éthique						
	5.1.1.3.Elaborer et diffuser les protocoles de prise en charge et les documents normatifs dans certains domaines ciblés (santé mentale, SONEU et SAA)	% des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique utilisent les normes/protocoles de prise en charge des principales maladies non transmissibles : diabète, santé mentale, HTA (PM)	MINSANTE (DOSTS)	MINSANTE (DEP, DPS, Soc. Savantes), comité d'éthique	X	X	X	X	X	

5.1.2 : Amélioration de la transparence et de la redevabilité	5.1.2.1.Renforcer la gouvernance dans les formations sanitaires	Indice de satisfaction des bénéficiaires des services et des soins de santé (PM)	MINSANTE (Inspections Générales) Het INS	MINSANTE(DOSTS, DRFP, FOSA , Cellule de comm.), CONAC, CONSUPE, DGRE	X	X	X	X	X	
	5.1.2.2.Mettre en place des mécanismes pour assurer le contrôle social à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Proportion d'HR dont les rapports techniques et financiers annuels validés par les membres du COGEH transmis à la DRSP	MINSANTE (DOSTS/DPS	MINSANTE (DRFP, FOSA , Cellule de comm., structures de dialogues, OSC, ONG)	X	X	X	X	X	
	5.1.2.3.Organiser les contrôles/audits internes et externes pour garantir la gestion des ressources et des activités selon les normes et procédures en vigueur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Proportion des grossistes répartiteurs et des pharmacies d'officines inspectés	Inspections Générales	Tous les gestionnaires, CONAC, CONSUPE, DGRE	X	X	X	X	X	
		Proportion des HG, HC et HR ayant bénéficié d'un audit externe	Inspections Générales	Tous les gestionnaires, CONAC, DGRE ,brigades de contrôle, cabinet d'audit						
	5.1.2.4.Développer la culture de reddition des comptes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir la transparence dans la gestion des ressources	Proportion des hôpitaux de catégories 1 et 2 ayant transmis au MINSANTE et/ou publié en ligne leurs rapports techniques d'activités	Inspections Générales, DRFP	MINSANTE (SG, Tous les gestionnaires, CONAC, CONSUPE, DGRE, structures de dialogues , OSC/ONG)	X	X	X	X	X	
		Proportion des Directions Centrales, des EPA santé et des DRSP ayant produit un rapport annuel de performance	Inspections Générales, DRFP	MINSANTE (SG, Tous les gestionnaires, CONAC, CONSUPE, DGRE, structures de dialogues , OSC/ONG)						

	5.1.2.5.Instaurer et pérenniser les Initiatives à Résultats Rapides (IRR) dans tous les hôpitaux de 1ère, 2ème, 3ème, et 4ème catégories	Proportion de formations sanitaires de la 1ère à la 4ème catégorie qui mettent en œuvre les IRR	Inspections Générales	Cellule de comm., Tous les gestionnaires, CONAC, CONSUPE, DGRE	X	X	X	X	X	
5.1.3 : renforcement de la participation des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre dans le processus gestionnaire										
5.1.4 : renforcement des capacités managériales des responsables et gestionnaires des structures de santé										
5.1.5 : Renforcement du lien logique entre la planification stratégique, la formulation, l'allocation, et le suivi de l'exécution du budget.	5.1.5.1 Redynamiser la chaîne PPBS du MINSANTE	Disponibilité d'un rapport de mise en œuvre des activités de la chaine PPBS (Prise en compte des interventions du PNDS dans le CDMT, respect de la clé de répartition du budget tel que prévu dans le CDMT, etc.)	chaîne PPBS	ST/CP-SSS, DEP, DRFP, Cellule de Suivi	X	X	X	X	X	
5.1.6 : amélioration des conditions de travail et Informatisation du processus gestionnaire										

Sous axe stratégique 5.2 : Pilotage stratégique										
Objectif spécifique GP2 5.2: D'ici 2020, renforcer la planification, la supervision, la coordination, ainsi que la veille stratégique et sanitaire dans 80% des DS et des DRSP		**Indicateurs traceurs**	**Baseline**	**Source**	**Période**					**Conditions de réussite**
					2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
		Taux de réalisation des missions de supervision intégrées dans les DRSP et les DS	ND	Rapport ST/CP-SSS 2015	20%	25%	30%	40%	50%	
		Proportion des recommandations des réunions de coordination (COPIL et réunions de coordination hebdomadaires du MINSANTE) qui ont été exécutées	80%	Rapport ST/CP-SSS 2015	100%	100 %	100%	100 %	100 %	
Stratégie de mise en œuvre	**Interventions**	**Indicateurs traceurs**	**Responsables**	**Partenaires d'exécution**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Conditions de réussite**
5.2.1 : Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique	5.2.1.1.Développer/ actualiser dans les DS des plans d'actions arrimés au PNDS	Proportion des DS dont les PDSD sont arrimés au PNDS	MINSANTE (ST/CP-SSS)	MINSANTE (DEP/CPP , Responsables des programmes prioritaires, DRSP, DS)	X	X	X	X	X	
	5.2.1.2. Appuyer les DRSP dans l'élaboration des plans régionaux consolidés de santé et des PTA régionaux arrimés au PNDS	Proportion des DRSP ayant élaboré des plans régionaux consolidés de santé arrimés au PNDS 2016-2020	MINSANTE (ST/CP-SSS)	MINSANTE (DEP/CPP, Responsables des programmes prioritaires, DRSP, DS)	X	X	X	X	X	

	5.2.1.3.Elaborer et mettre en œuvre le document de politique de santé pénitentiaire validé	Disponibilité du document de politique de santé pénitentiaire validé et des rapports annuels d'activités de santé en milieu carcéral	MINJUSTICE	MINSANTE (ST/CP-SSS, DEP, DLMEP, DRSP), autres ministères	X	X	X	X	X	
	5.2.1.4.Rendre fonctionnel le dispositif de pilotage, de coordination et de suivi de la MEO du PNDS	Proportion des DS et des DRSP ayant organisé au moins 3 réunions de coordination et de suivi de la mise en œuvre de leur PTA et ayant produit un rapport annuel conséquent	ST/CP-SSS	Tous les responsables de prog. PTFS, Ministères partenaires, DEP	X	X	X	X	X	
		Proportion des recommandations des réunions de coordination (COPIL et réunions de coordination hebdomadaires du MINSANTE) qui ont été exécutées (PM)	ST/CP-SSS	Tous les responsables de prog, PTFS, Ministères partenaires, DEP						
		Proportion des DS disposant du rapport d'évaluation final de leur PDSD	ST/CP-SSS	Toutes les chefs de DS						
		Proportion des DRSP disposant du rapport d'évaluation finale de leur PRCDS	ST/CP-SSS	Tous les DRSP						

	5.2.1.5.Organiser trimestriellement à tous les niveaux les réunions de coordination et de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020	Proportion des DS et des DRSP ayant renseignés au moins 80% des indicateurs du tableau de bord de suivi de leurs performances	ST/CP-SSS	MINSANTE (SG, Dir.Tech., DEP) MINEPAT	X	X	X	X	X	Le cadre institutionnel de la mise en œuvre du PNDS est fonctionnel, les ressources humaines et financières sont disponibles pour assurer la coordination des interventions dans le système de santé
		Niveau d'atteinte des cibles projetées dans le PISE.								
		Taux de réalisation des missions de supervision intégrées dans les DRSP et les DS (PM)	ST/CP-SSS	MINSANTE (SG, Dir.Tech., DEP) MINEPAT						
	5.2.1.6.Organiser annuellement une revue sectorielle ou thématique de santé avec toutes les parties prenantes	Disponibilité d'un rapport annuel de la revue sectorielle ou thématique de santé	ST/CP-SSS	MINSANTE (SG, Dir. Tech. MINEPAT, DEP)	X	X	X	X	X	
	5.2.1.7.Organiser l'évaluation à mi-parcours et finale de la mise en œuvre du PNDS	Disponibilité des rapport d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS	ST/CP-SSS	MINSANTE (SG, Dir. Tech. MINEPAT, DEP)			X			

	5.2.1.8. Editer, vulgariser et disséminer les résultats des revues et des évaluations à toutes les parties prenantes (OSC, PTF, secteur privé, sociétés savantes, ordres professionnels, structures du MINSANTE et des ministères partenaires)	Proportion des DS et des DRSP disposant des rapports d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS 2016-2020	ST/CP-SSS	MINSANTE (SG, DEP, CS, CIS, Dir. Tech.),OSC, PTF secteur privé, sociétés savantes, ordres prof., MINISTERES PARTENAIRES	X	X	X	X	X	
5.2.2 Renforcement du dispositif de Veille stratégique	5.2.2.1.Redynamiser le dispositif de veille stratégique	Disponibilité du rapport annuel de veille stratégique	ONSP	MINSANTE (CIS, DLMEP, DOSTS,ST-CP/SSS)	X	X	X	X	X	
5.2.3 : renforcement de la déconcentration et la décentralisation										
5.2.4 Renforcement du partenariat national	5.2.4.1.Renforcer le partenariat avec les acteurs privés, la société civile et les acteurs communautaires (renforcement des capacités des contractants-OCASC, FALC, CEPCA, RENAFSOM, OSC, etc. - documentation des actions des plateformes régionales des OSC et des expériences avec le secteur privé, etc.)	Pourcentage de conventions signées et respectées entre le MINSANTE et les OSC intervenant dans le secteur santé	MINSANTE (DCOOP)	MINSANTE (DAJC, DRFP, Autres Dir. Tech., DRSP, DS, FOSA) , PTF , CTD, OSC, ONG	X	X	X	X	X	
5.2.5 Amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTFs	5.2.5.1.Développer et mettre en œuvre un Compact National autour de la stratégie sectorielle de la santé (validation d'un document de plateforme nationale de dialogue politique)	Niveau d'atteinte des objectifs du Compact National	MINSANTE (ST/CP-SSS)	MINSANTE (DCOOP, DRSP, DRFP, autres Dir. Techniques), PTF, OSC, ONG	X	X	X	X	X	

(a) voir définition dans l'annexe 3 du PISE

(b) les cellules grises du cadre des interventions ci-dessus contiennent des stratégies dont les interventions seront formellement développées au second cycle de planification (Cf. page 167 de la SSS 2016 - 2027)

TROISIÈME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-ÉVALUATION

CHAPITRE 5: CADRE DE MISE EN ŒUVRE

5.1 CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET MÉCANISMES DE COORDINATION

Conformément aux orientations du Gouvernement, le PNDS 2016-2020 sera mis en œuvre dans un environnement juridique caractérisé par la mise en application de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État. Cette loi, entrée en vigueur en 2013, institutionnalise une budgétisation basée sur les programmes avec des objectifs clairs à atteindre au bout d'une période déterminée.

Elle privilégie la performance et l'utilisation efficace et équitable des ressources publiques. Ainsi, dans un contexte économique aux ressources limitées, le passage d'une logique de moyens à une logique de performance, basée sur l'efficacité et l'efficience, permettra d'atteindre les résultats projetés dans le PNDS plus rapidement.

Le PNDS 2016-2020 sera mis en œuvre à travers des plans opérationnels élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et périphérique).

5.1.1 NIVEAU NATIONAL

Au niveau national, le MINEPAT est l'institution de référence chargée d'accompagner les différents secteurs dans l'élaboration de leurs stratégies respectives. A ce titre, il est chargé d'assurer la collaboration intersectorielle, ainsi que le suivi de la mise en œuvre du DSCE et des stratégies sectorielles élaborées tout en garantissant leur cohérence. Le MINEPAT assurera aussi la mobilisation des ressources financières et veillera à ce qu'elles soient suffisantes pour garantir l'atteinte des cibles projetées dans la stratégie sectorielle de santé .Un mémorandum d'entente sera signé par chaque partie prenante pour confirmer les engagements des uns et des autres dans le financement du PNDS 2016-2020 et de la SSS 2016 - 2027.

5.1.2 NIVEAU CENTRAL

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre efficace du PNDS, le niveau central sera entre autres chargé de : (i) l'élaboration des outils de planification permettant de décliner les interventions du PNDS en activités et tâches concrètes ; (ii) l'appui technique aux structures sanitaires du niveau déconcentré dans les domaines de la planification, de la coordination et du suivi évaluation du PNDS ; (iii) l'élaboration des documents normatifs et de leur utilisation effective pour des prestations de qualité ; (iv) de la mobilisation des ressources nécessaires et de leurs allocations optimales pour la mise en œuvre des interventions planifiées ; (v) de la mise en place des réformes, indispensables à l'atteinte des objectifs, inscrites dans la SSS et dans le PNDS ; (vi) du renforcement du partenariat avec la société civile et le sous-secteur privé ainsi que de leur participation effective à l'exécution des actions du PNDS ; (vi) de l'élaboration/actualisation des textes légaux.

A ce niveau de la pyramide sanitaire, trois structures/organes assureront le pilotage, la coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions du PNDS. Il s'agit notamment : (i) du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS (COPIL) ; (ii) du comité technique de suivi (CTS) ; et (iii) du Secrétariat Technique du comité de pilotage (ST/CP-SSS).

Le Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS (COPIL) : Le COPIL est un comité interministériel présidé par le Ministre de la Santé Publique. Cet organe sera chargé notamment : de la coordination stratégique de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, de la cohérence et de la synergie des actions des différents acteurs impliqués dans cette mise en œuvre (MINSANTE, ministères partenaires et PTF). Il veillera aussi à ce que les ressources du secteur en particulier celles du MINSANTE soient alignées sur les priorités validées dans la SSS.

Pour garantir le succès de l'approche multisectorielle et l'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS, le COPIL s'assurera du fonctionnement harmonieux des autres instances techniques de coordination et de concertation mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Conformément aux recommandations du guide de planification stratégique, le COPIL dispose au niveau central de deux instances techniques qui l'assistent dans sa mission de pilotage et de coordination. Il s'agit du Comité Technique de suivi de la mise en œuvre du PNDS et du Secrétariat Technique du Comité de pilotage.

Le Comité Technique de suivi (CTS): Présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la santé publique, ce comité est chargé de :

- la revue et l'approbation des différents documents et rapports préparés et produits par le secrétariat technique avant leur soumission au Comité de Pilotage. Il s'agit entre autres : (i) des rapports de S&E de la mise en œuvre de la SSS, (i) de tous les documents stratégiques élaborés (PNDS, Stratégie de financement de la santé, PRCDS, des outils de planification et de S&E, etc.) ;
- la gestion technique des problèmes transversaux aux différents départements ministériels impliqués dans le S&E de la mise en œuvre de la SSS ;
- la proposition des mesures correctrices pour lever les goulots d'étranglement éventuels qui pourraient empêcher l'atteinte des objectifs du PNDS.

Le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/CP-SSS) : Sous la responsabilité d'un coordonnateur, ce secrétariat est l'organe d'exécution des décisions prises par le COPIL. Il assure la coordination opérationnelle du suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, et apporte à tous les niveaux de la pyramide sanitaire un appui technique aux structures sanitaires dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de leurs plans pluri-annuels de developpement sanitaire, et subséquemment de leurs PTA.

Le ST/CP-SSS veillera également à l'alignement stratégique sur le PNDS, des différents documents programmatiques produits (feuille de route du MINSANTE, PTA, CDMT etc.) et proposera des mesures d'éventuels ajustements pour assurer la cohérence entre les documents susmentionnés et la synergie globale des interventions dans le secteur. Ainsi, le secrétariat sera chargé d'apporter un appui technique à l'élaboration et au suivi de la mise en œuvre des Plans de travail annuels et de développement sanitaire des districts de santé, des DRSP et des structures sanitaires du niveau central tout en veillant à leur alignement sur le PNDS. Afin de mener efficacement ses missions, le ST/CP-SSS définira une feuille de route incluant des rencontres partenariales avec tous les acteurs du secteur santé.
Les autres missions du ST/CP-SSS seront de : (i) renforcer l'approche sectorielle et assurer la mise en place effective d'un compact; (ii) confectionner les outils de planification simplifiés pour opérationnaliser le PNDS et assurer son S&E ; (iii) assurer la retro-information aux acteurs du secteur pour ce qui concerne les performances réalisées ; (iv) suivre le cadre de performance du PNDS 2016-2020; (v) évaluer le niveau d'atteinte des objectifs par axe stratégique à travers l'organisation des revues semestrielles et annuelle des programmes/actions ; (vi) effectuer des évaluations à mi-parcours et finale de la mise en œuvre de la SSS; (vii) ; élaborer d'une nouvelle SSS et; (viii) assurer l'appui stratégique et logistique pour le fonctionnement des groupes thématiques et des sous-comités multisectoriels existant dans le secteur.

5.1.3 NIVEAU DÉCONCENTRÉ

Au niveau déconcentré, deux instances vont assurer la coordination et le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS. Il s'agit : du Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES) et du Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSES).

5.1.3.1 Au niveau intermédiaire : Le Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES)

Au niveau intermédiaire, la coordination du suivi de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 sera assurée par le CORECSES qui est un démembrement du COPIL au niveau régional. Le CORECSES sera présidé par le Gouverneur de région (représentant du MSP au niveau régional) et son secrétariat sera assuré par le Délégué Régional de la Santé Publique .Les DRSP élaboreront leurs Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire (PRCDS) et devront s'assurer que chaque District de Santé dispose d'un PDSD et d'un plan de travail annuel.
Ce comité aura pour missions principales : (i) l'élaboration des PRCDS avec toutes les parties prenantes sous la coordination et la supervision du Secrétariat Technique du comité de pilotage de la SSS; (ii) la coordination sectorielle et le suivi de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 au niveau régional ; (iii) l'élaboration du plan de Suivi-Evaluation intégré du PRCDS et du tableau de bord de suivi multisectoriel de la DRSP.
Par souci d'efficience, le CORECSES veillera aussi à ce que les activités proposées dans les différents PDSD et PTA des DS soient cohérentes et convergent vers l'atteinte des objectifs

du PNDS. Il devra par conséquent apporter un appui technique aux Districts de Santé dans l'élaboration de leurs Plans de Développement Sanitaire (PDSD), de leurs PTA et des tableaux de bord de suivi de ces PTA. Le Chef de la Brigade de contrôle de la DRSP travaillera en synergie avec les coordonnateurs régionaux des programmes prioritaires. Un arrêté du Premier Ministre précisera les dispositions inhérentes à l'organisation du CORECSES, à son fonctionnement et à ses missions.

Le Secrétariat Technique du CORECSES (ST/CORECSES) veillera également à assurer : (i) la compilation des données du niveau déconcentré pour chaque axe stratégique; (ii) la rétro-information du niveau régional vers les districts de santé; (iii) la validation et la consolidation des rapports de progrès des DS.

Tous les autres acteurs clefs des sous-comités thématiques multisectoriels existant dans la région seront intégrés dans le comité régional de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PRCDS.

5.1.3.2 Au niveau périphérique : Le Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSES)

Au niveau opérationnel, le PNDS sera décliné en PDSD dans les 189 districts de santé. Chaque DS élaborera son propre PDSD qu'il déclinera annuellement en PTA. Le suivi de la mise en œuvre du PDSD dans chaque district de santé sera assuré par un COCSES qui sera présidé par le Préfet/Sous-Préfet. Le Chef du District de Santé (CDS) assurera la fonction de secrétaire technique de ce comité.

La responsabilité du COCSES sera d'élaborer le PDSD et le PTA du DS tout en veillant à ce que ces deux documents soient alignés sur le PNDS. Il en est de même du plan de suivi du PDSD qui devra trouver son ancrage dans le PISE 2016-2020. Il assurera aussi le suivi opérationnel des indicateurs inscrits dans le tableau de bord multisectoriel du DS. En outre, il transmettra périodiquement les informations sur les indicateurs traceurs du suivi-évaluation de son PTA/PDSD au CORECSES. Les différents COCSES veilleront principalement à la consolidation des PTA des aires de santé ainsi qu'à l'organisation des missions de supervision et des réunions de coordination multisectorielles dans le DS .

Le tableau 11 présente une vue synoptique des différentes structures de coordination et de suivi-évaluation du PNDS/SSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et précise leur composition, leur rôle et la fréquence de leurs réunions.

Tableau 11: Organes de coordination de la mise en œuvre du PNDS

ORGANES	COMPOSITION	RÔLE/FRÉQUENCE DES RÉUNIONS
Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en œuvre de la SSS	**PRÉSIDENT** : Ministre de la Santé Publique **MEMBRES** : un représentant des services du PM; un responsable de très haut rang des Ministères partenaires (MINTSS, MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINJEC, MINCOM) ; le responsable santé du MINDEF, du MINJUSTICE, de la DGSN, du MINFI ; le Président des ordres des Médecins, le président des ordres du personnel paramédical, des Pharmaciens le représentant du GICAM, des CVUC et des OSC ; le chef de file des PTF bilatéraux et multilatéraux du secteur santé.	**PILOTAGE ET SUIVI-ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS** : **Formulation des orientations** pour la mise en œuvre efficace, le suivi et l'évaluation de la SSS ; **Validation finale des documents stratégiques** élaborés (stratégie de financement de la santé, SSS, PNDS des rapports d'évaluation de la SSS 2001-2015, etc.) ; **Plaidoyer permanent** pour une augmentation des ressources financières allouées au secteur santé (recherche des solutions durables au financement de la santé) ; Rencontres semestrielles et en cas de besoin.
Comité Technique de Suivi Evaluation de la mise en œuvre de la SSS	**PRÉSIDENT** : SG MINSANTE **MEMBRES** : le responsable en charge de la - planification de la chaîne PBSS du MINSANTE et des ministères partenaires ; les points focaux santé dans les ministères partenaires (MINDEF, DGSN, MINJUSTICE etc.) ; le Coordonnateur du secrétariat technique du comité de pilotage ; le chef de la cellule du suivi-évaluation ; les responsables des programmes prioritaires de santé du MINSANTE, les représentants des PTF; les (10) délégués régionaux de la santé publique (DRSP).	**COORDINATION STRATÉGIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS** : Revue et approbation (i) des rapports de performances et de S/E de la mise en œuvre de la SSS, (ii) des documents stratégiques présentés par le Secrétariat Technique avant leur soumission au Comité de Pilotage ; Gestion technique des problèmes transversaux aux différents départements ministériels impliqués dans le S/E de la SSS (Financement, dispositif de S&E, planification, etc.) ; Proposition des mesures correctrices pour lever les goulots d'étranglement qui empêchent l'atteinte des objectifs du PNDS. ; Mise en cohérence des actions de santé inscrites dans les différents plans des ministères partenaires ; Rencontres tous les 4 mois ou en cas de besoin.
Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de suivi de la MEO de la SSS	**COORDONNATEUR :** Médecin de santé publique de préférence **PERSONNEL TECHNIQUE :** (i) un statisticien ; (ii) un comptable ; (iii) un expert en planification, suivi-évaluation ; (iv) Ingénieur informaticien ; (v) experts en économie de la santé ; (vi) expert en finances publiques; (vii) deux médecins de santé publique (option épidémiologie / système de santé).	**COORDINATION OPERATIONNELLE DU SUIVI ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS/PNDS** : Suivi trimestriel des interventions (actions et programmes) exécutées par les administrations du secteur de la santé et proposition des mesures correctives pour les faibles performances observées ; Evaluation trimestrielle/annuelle du niveau d'atteinte des objectifs par axe stratégique du PNDS/SSS ; Evaluation à mi-parcours et finale de la SSS ; Elaboration d'une nouvelle SSS ; Appui logistique au fonctionnement des groupes thématiques et des sous-comités multisectoriels ; Rédaction des comptes- rendus des réunions et des rapports de performance du système de santé ; Mise à jour des outils de S&E de la MEO de la SSS et appui technique aux DRSP/DS pour le S&E de la MEO de leurs PRCDS ; Appui à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

ORGANES	COMPOSITION	RÔLE/FRÉQUENCE DES RÉUNIONS
		pour la production des statistiques sectorielles ; Organisation des revues sectorielles ; Tenue des archives physiques ou électroniques ; Rédaction des comptes rendus des réunions.
Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS	**PRÉSIDENT** : Gouverneur (Représentant du MSP) **SECRETARIAT TECHNIQUE**: DRSP **MEMBRES** : Délégués Régionaux des ministères partenaires au MINSANTE, (MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINJEC, MINCOM) responsable de l'infirmerie de la prison du niveau régional; manager du FRSP ; représentant de la plateforme régional des OSC.	Coordination et suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS au niveau régional et autres missions que lui assignera le ST/CP-SSS ; Rencontres trimestrielles et en cas de besoin.
Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS	**PRÉSIDENT** : Préfet/Sous-préfet **SECRÉTARIAT TECHNIQUE**: Chef Service du District de Santé ; **MEMBRES** :(i) président du COSADI ; (ii) Membres de l'ECD ; (iii) délégués départementaux des ministères partenaires ; (iv) les membres de l'Equipe Cadre du District ; (v) les responsables des CTD et des organisations de la société civile affiliées à la plateforme régionales des OSC.	Coordination et suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS au niveau opérationnel et autres missions que lui assignera le ST/CP- SSS ; Rencontres trimestrielles et en cas de besoin.

CHAPITRE 6 : CADRE DE SUIVI-EVALUATION

L'évaluation de la SSS 2001-2015 a permis de mettre en exergue quelques insuffisances dans le suivi et évaluation du document suscité. On peut entre autres citer : (i) l'absence d'outils opérationnels intégrés pour le suivi de la SSS et du PNDS échus (absence de plans validés et de tableaux de bord multisectoriels de suivi) ; (ii) absence des procédures opérationnelles pour faciliter l'organisation des activités de suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (iii) la faible tenue dans les DRSP et les districts des réunions de coordination qui sont des cadres institutionnels de suivi évaluation des performances réalisées.

Un plan de suivi & évaluation du PNDS 2016-2020 sera donc élaboré séparément au début de sa mise en œuvre pour pallier cette insuffisance. Celui-ci comportera principalement : des indicateurs de réalisation directe, des indicateurs d'effet et d'impact qui permettront d'apprécier progressivement les niveaux d'exécution des activités planifiées et d'atteinte des objectifs du PNDS (voir PISE 2016-2020).

NB : Quant aux indicateurs dont les valeurs de base sont indisponibles, des enquêtes initiales seront effectuées pour les déterminer au début de la mise en œuvre du PNDS.

Le suivi-évaluation sera réalisé à travers à travers plusieurs modalités : la supervision, l'analyse des données collectées lors des revues , des audits , des enquêtes, des réunions de coordination, etc.

QUATRIÈME PARTIE: CADRAGE BUDGÉTAIRE

CHAPITRE 7. FINANCEMENT DU PNDS 2016-2020

Ce chapitre présente les prévisions de financement pour la mise en œuvre du PNDS 2016-2020: (i) le cadrage budgétaire des cinq prochaines années, (ii) les coûts prévisionnels du PNDS 2016-2020, (iii) l'analyse des gaps de financement et (iv) les stratégies de viabilisation financière.

7.1 CADRAGE BUDGÉTAIRE

Les projections de financement ont été réalisées sur la base des documents d'engagement stratégiques nationaux existants. D'une part, le DSCE projette un flux de financement continu et croissant pour le MINSANTE et les ministères partenaires entre 2016 et 2020. D'autre part, on prévoit une baisse des ressources extérieures traduisant le désengagement possible de certains partenaires multilatéraux, avec l'appui des partenaires bilatéraux maintenu jusqu'en 2020. On note une baisse prévisionnelle des ressources dans le secteur santé à partir de 2019. Ceci s'explique en partie par l'achèvement de la mise en œuvre du plan d'urgence triennal (tableau 12).

Tableau 12 : Projections de financement pour la période 2016 - 2020 (en milliards de FCFA)

	PERIODE 2016-2020					TOTAL 2016-2020
SOURCES DE FINANCEMENT	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
MINSANTE(CBMT)	143,6	179,4	200,9	227,0	256,5	1 007,6
MINISTERES APPARENTES	15,4	14,3	14,1	15,1	15,5	74,5
PARTENAIRES MULTILATERAUX (GLOBAL FUND, GAVI, BM, OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, HKI, SABIN VACCINE)	93,4	98,6	108,4	62,9	62,9	426,1
PARTENAIRES BILATERAUX (Etats Unis, Allemagne, France)	12,4	12,4	11,6	11,6	11,6	59,6
PLAN D'URGENCE(PLANUT)	41,0	50,0	59,0			150,0
FONDS PREVISIONNELS	**305,8**	**354,7**	**394,0**	**316,6**	**346,5**	**1 717,8**

Source : Cadrage budgétaire SSS 2016-2027

7.2 COÛTS PRÉVISIONNELS DU PNDS 2016-2020

7.2.1 HYPOTHÈSES D'ESTIMATION

L'estimation des besoins réels de financement de la santé a été réalisée avec l'outil One Health sur la même base méthodologique que la Stratégie Sectorielle 2016-2027. Cet outil permet l'estimation des coûts des interventions dans le domaine de la santé, sur la base des cibles fixées et intègre l'analyse des goulots d'étranglement et la budgétisation des actions

correctrices ; ce qui permet d'avoir une estimation holistique des besoins de financement en santé. Cette estimation des coûts est basée sur les données programmatiques et sur les cibles existantes en 2015 et dispose d'une base de donnée dynamique qui permettra de faire des ajustements au cours de la période d'implémentation si besoin est.

7.2.2 ANALYSE DU COÛT PRÉVISIONNEL

Le coût prévisionnel global de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 a été estimé à 2 135,7 milliards FCFA sur la période de cinq ans, soit un coût moyen annuel de 417 milliards FCFA. De manière générale, on note un besoin croissant en financement de la santé sur la période 2016-2020.

7.2.2.1 Coût prévisionnel par composante et sous composante

Conformément aux orientations de la stratégie et aux priorités du PNDS, le renforcement du système de santé prendra une part importante des ressources. Du fait de cette priorisation, la part des ressources allouées à cette composante est de 50% (figure 3). Cela s'explique par le fait que cette composante regroupe l'ensemble des piliers majeurs du système de santé : les infrastructures de santé, les médicaments, les ressources humaines, le financement de la santé et le système d'information sanitaire. Cette composante est capitale pour faire face à l'accroissement de la demande des services et soins de santé et à l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé de qualité (tableau 12).

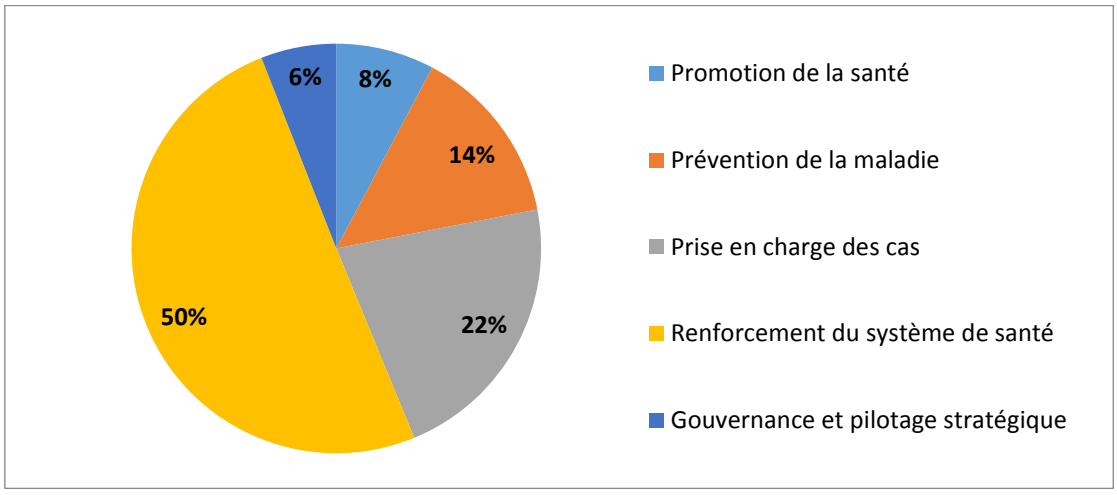


Figure 4 : Répartition globale des coûts du PNDS 2016-2020 par composante.

Source : MINSANTE analyse réalisée à partir de l'outil OneHealthl

La composante relative à la prise en charge des cas dispose de 22% du budget du PNDS. Cela se justifie par le fait que cette composante regroupe entre autre la prise en charge des différentes pathologies (diagnostic et traitement) : maladies transmissibles et non transmissibles, interventions à haut impact pour la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent, etc. La composante promotion de la santé quant à elle représente 8% des ressources projetées. Ce niveau de financement permettra de corriger le déficit de financement de la promotion relevé dans le chapitre état des lieux comme un goulot

d'étranglement pour l'amélioration de la santé des populations. Enfin, la composante prévention de la maladie représente 14% des ressources projetées et la composante pilotage stratégique et gouvernance 6% desdites ressources.

Tableau 13: Décomposition des coûts du PNDS par axe et sous axe stratégiques sur la période 2016-2020

AXES STRATEGIQUES	SOUS-AXES STRATEGIQUES	COUTS TOTAL EN MILLIARDS DE FCFA
Promotion de la santé	1.1 Capacités institutionnelles, communautaire et coordination pour la promotion de la santé	19,5
	1.2 Cadre de vie des populations	42,7
	1.3 Renforcement des aptitudes favorables à la santé	35,1
	1.4 Pratiques familiales essentielles et planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement	22,5
	Sous total composante	119,9
Prévention de la maladie	2.1.Prevention des maladies transmissibles	127,9
	2.2. MAPE et évènements de santé publique surveillance et réponse aux maladies a potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de sante publique	38,8
	2.3.SRMNEA/PTME	22,0
	2.4.Prévention des maladies non transmissibles	12,0
	Sous total composante	200,2
Prise en charge des cas	3.1. Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles	337,5
	3.2.Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et adolescents	99,2
	3.3.Urgences, catastrophe et crises humanitaires	1,0
	3.4.Prise en charge du handicap	1,2
	Sous total composante	438,1
Renforcement du système de santé	4.1.Financement de la santé	84,0
	4.2.Offre de services et de soins	361,2
	4.3.Médicaments et autres produits pharmaceutiques	204,6
	4.4.Ressources humaines en santé	603,9
	4.5.Information sanitaire et recherche en santé	2,4
	Sous total composante	1 256,1
Pilotage stratégique et Gouvernance	5.1. Gouvernance	60,0
	5.2. Pilotage stratégique	60,7
	Sous total composante	120,7
COUT TOTAL DU PNDS 2016-2020		**2 135,7**

7.2.2.2 Coût prévisionnel par année

Le tableau 13 et la figure 4 ci-dessous présente la répartition et l'évolution des parts de chaque composante dans l'enveloppe totale.

Tableau 14 : Répartition annuelle des coûts du PNDS 2016-2020 par axe stratégique

	PERIODE				
AXE STRATEGIQUE	2016	2017	2018	2019	2020
Promotion de la santé	7%	8%	7%	8%	9%
Prévention de la maladie	15%	13%	15%	14%	14%
Prise en charge des cas	18%	21%	22%	23%	25%
Renforcement du système de santé	54%	52%	50%	49%	47%
Gouvernance et pilotage stratégique	6%	6%	6%	6%	6%

Source : MINSANTE, analyse effectuée à partir de One HealthTool

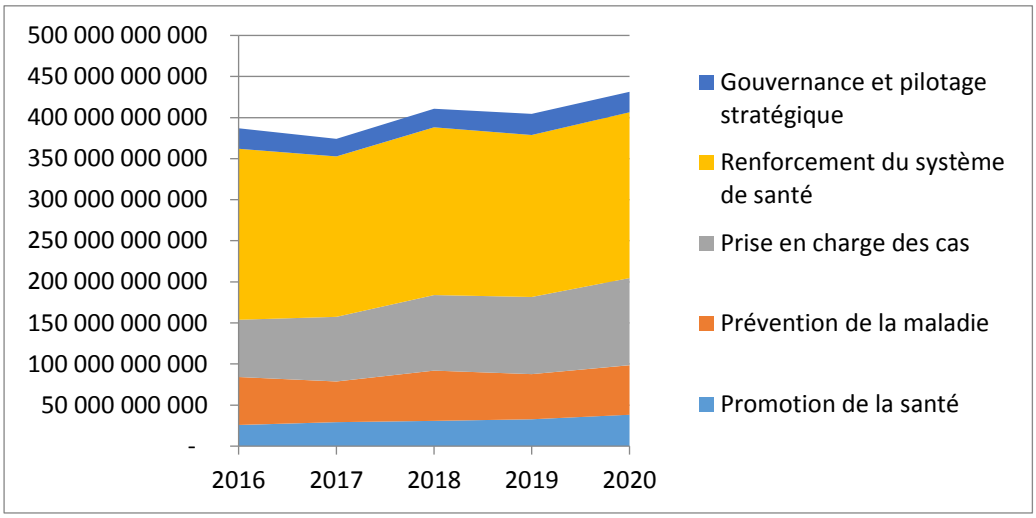


Figure 5: Evolution des coûts du PNDS 2016-2020 par axe stratégique.

Source : MINSANTE, analyse effectuée à partir de One HealthTool

7.2.2.3 Coût et impact projeté

Les arbitrages du volume de financement des interventions de la SSS auront des conséquences directes sur le niveau d'atteinte des principaux indicateurs de santé. La figure 5 ci-après montre l'évolution de la mortalité maternelle si les interventions à haut impact sur la santé maternelle définies dans le PNDS 2016-2020 sont totalement financées. Cette corrélation directe sous-entend que si le volume de financement n'est pas suffisant, l'ampleur de l'évolution des indicateurs diminuera.

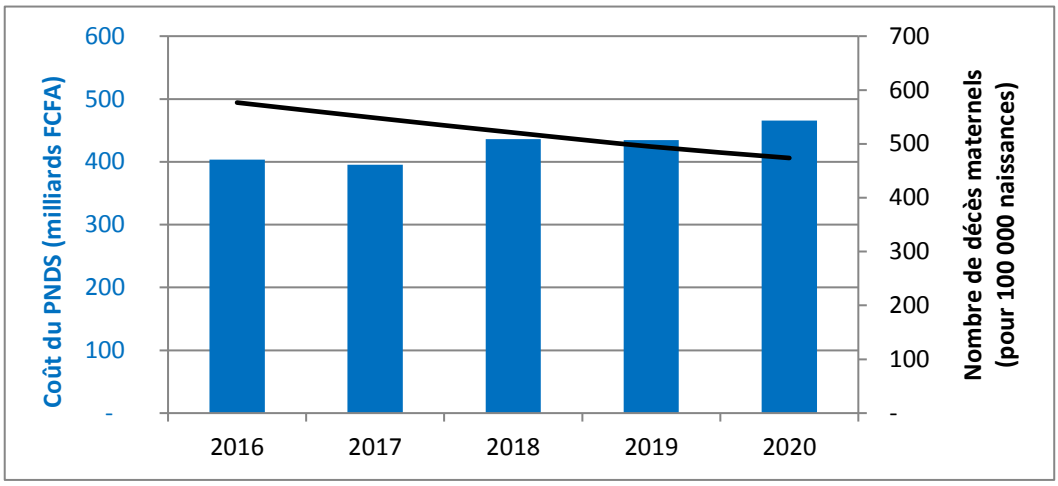


Figure 6: Coût du PNDS 2016-2020 et impact sur la mortalité maternelle 2016-2020.

Source : MINSANTE, analyse effectuée à partir de One HealthTool

7.3 ANALYSE DES GAPS DE FINANCEMENT

Les ressources mobilisables en faveur du secteur santé sur la période 2016-2020 sont de 1 717 milliards FCFA. En faisant le rapprochement avec les besoins réels de santé projetés dans le PNDS sur la même période (soit 2 136 milliards), on observe un gap de financement de la santé sur la période 2016-2020 de 418 milliards FCFA (tableau 15), avec une moyenne annuelle d'environ FCFA 84 milliards (tableau 15).

Tableau 15: Comparaison entre les besoins réels et les financements prévisionnels (milliards FCFA)

	PERIODE					
	2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Total**
TOTAL FINANCEMENT PREVISIONNEL	305,8	354,7	394,0	316,6	346,5	1 717,8
COUT DU PNDS	403,6	395,1	436,3	434,8	465,9	2 135,7
GAP DE FINANCEMENT	97,8	40,4	42,3	118,2	119,4	418,1

Ce gap de financement traduit l'insuffisance des ressources allouées à la santé. Afin de combler ce déficit, un plaidoyer sera mené auprès du MINEPAT et du MINFI pour une allocation croissante plus forte du budget de l'Etat en faveur de la santé, ainsi que l'instauration potentielle de mécanismes de financement innovants fléchés vers la santé.

Il est important de noter ici que la contribution des ménages (qui constitue une source de financement non négligeable) n'est pas prise en compte dans cette analyse des gaps. En effet il a été prouvé que les paiements directs ont un impact négatif sur l'accès au soin des populations et ne sauraient être utilisés pour combler le gap ci-dessus dans l'effort actuel d'évolution vers la Couverture Santé Universelle.

7.4 STRATÉGIE DE VIABILISATION FINANCIÈRE

Le financement des différentes interventions retenues dans le PNDS sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, de ses partenaires au développement, des ONG et du secteur privé. L'actualisation du cadre des dépenses à moyen terme pour le secteur, avec les interventions retenues, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs.

La stratégie de financement de la santé est en cours d'élaboration au Ministère de la Santé et détaillera les aspects relatifs à la collecte des recettes, la mise en commun des ressources et l'achat des interventions. Ce processus est adossé à la réflexion multisectorielle en cours sur un système de Couverture Santé Universelle. In fine, cette stratégie permettra d'assurer la viabilité financière du secteur santé tout en diminuant la participation directe des ménages selon des principes fondateurs d'efficience et d'équité.

ANNEXE 1 : CRITERES D'EVALUATION RAPIDE DU NIVEAU DE VIABILISATION D'UN DISTRICT DE SANTE

Composante	Critère	Score Min	Score max	
Viabilité technique				
Disponibilité des ressources humaines techniques	Personnel du SSD	0	2	0 : Aucun Médecin au DS 1 : 1 Médecin au DS + 1 CBS + 1 CBAF 2 : Équipe complète conformément au dispositif de l'organigramme du MINSANTE
	Personnel technique dans les CSI	0	2	0 : Nombre de personnel requis < à 50 % 1 : Nombre de personnel requis > = à 50 % et < 75% 2 : Nombre de personnel requis > = à 75 %
	Personnel technique à l'hôpital de District	1	2	HD Rural : 1 Au minimum : sous modalités majeures (MM) : 1 Médecin +1 Anesth + 2 Techn Labo + 1 TechnRx + 5 inf3 Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritioniste +1kiné 2 Situation souhaitée: sous modalités majeures (MM) : 2 Médecins +1 Anesth + 2 Techn Labo + 1 TechnRx + 5 inf Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritionniste, + 1 kiné
	Personnel technique à l'hôpital de District	1	2	HD Urbain : 1. Au minimum : sous modalités majeures (MM) : Au moins 5 Médecins +1 Anesth + 5 Techn Labo + 2 TechnRx + 10 inf Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritionniste +1kiné 2. Situation souhaitée : sous modalité majeure MM) Au moins 10 Médecins +1 Anesth + 10 Techn Labo + 4 Techn de Radiologie + 15 inf Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritionniste +1kiné

[3] Le point doit être attribué au DS évalué même en l'absence de deux des sous modalités mineures

Composante	Critère	Score Min	Score max	
Paquets d'offres de services et des soins	Disponibilité du PMA dans les (CSI/CMA)	1	4	1 Le CSI/CMA offre moins de 50 % des interventions du PMA 2 Le CSI/CMA offre entre 50 % à 75% des interventions du PMA 3 Le CSI/CMA offre entre 75% et 85% des interventions du PMA 4 Le CSI/CMA offre plus de 85% % des interventions du PMA
	Disponibilité du PCA	1	4	1 HD offre moins de 50 % des interventions du PCA 2 HD offre entre 50 % à 75% des interventions du PCA 3 HD offre entre 75% et 85% des interventions du PCA 4 HD offre plus de 85% % des interventions du PCA
Infrastructures	Disponibilité d'une infrastructure de qualité dans les CSI/CMA	1	3	1 CSI/CMA entouré d'une barrière et possédant une toiture étanche 2 CSI/CMA entouré d'une barrière, possédant une toiture étanche, des murs propres, des toilettes propres et un point d'eau potable 3 CSI/CMA mis aux normes sur le plan infrastructurel
	Disponibilité d'une infrastructure de qualité à l' HD	1	3	1. HD entouré d'une barrière et possédant une toiture étanche 2. HD entouré d'une barrière, possédant une toiture étanche, des murs propres, des toilettes propres et de l'eau courante 3. HD mis aux normes sur le plan infrastructurel,
	Couverture sanitaire	1	3	1. Moins de 25% des AS possèdent une CSI 2. Entre 25% et 50% des AS possèdent au moins une CSI 3. Plus de 50% des AS possèdent au moins une CSI
Equipements	Equipements minimums CSI	0	3	Minimum : 1 Microscope fonctionnel + 1 tensiomètre fonctionnel + stérilisateur + boîte d'accouchement + table d'accouchement + boîte isotherme + boite de petite chirurgie complète + 4 lits d'observation + 1 source d'énergie solaire (électrique) + pèse personne +1 réfrigérateur fonctionnel
				0 : Moins de 25% des CSI ont les équipements sus-cités; 1 : 25-<50% des CSI ; 2 :50-<80% des CSI ; 3 :80% et plus des CSI/CMA ont les équipements sus cités
	Equipements minimums HD	0	3	10 services au moins sont disponibles (pédiatrie, chirurgie , médecine interne, gynécologie, maternité , salle d'IEC et de démonstrations , consultations externes et bloc opératoire fonctionnel , laboratoire avec 4 services fonctionnels (parasitologie, biochimie, bactériologie, immunologie, etc.), service de radiologie fonctionnel , morgue , pharmacie ; ; 5 services avec au moins 75% de la gamme de prestation

Composante	Critère	Score Min	Score max	
				0 : Moins de 25% des services et équipements disponibles; 2 : 25-< 75 % des services et équipements disponibles 3 : Plus de 80% des services et équipements disponibles
Maintenance des infrastructures et des équipements	Disponibilité à l'HD de deux agents de maintenance polyvalents et outillés dans les domaines suivants (biomédical, électricité/froid, plomberie, informatique, mobilier)	0	3	1: Absence de techniciens polyvalents pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD (maintenance des infrastructures par à coup) 1 : Présence d'un seul des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD 2 : présence des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD. 3 : Disponibilité d'un plan d'amortissement des infrastructures et d'équipements et présence des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD
Logistique	Disponibilité au SSD d'un véhicule 4 x 4 en bon état	0	2	0 : DS ne disposant pas d'un véhicule 4x4 en bon état pour la supervision : 2 DS disposant d'un véhicule 4x4 en bon état pour la supervision
	Disponibilité d'au moins une moto en bon état pour l'exécution des stratégies dans chaque AS pour la réalisation des stratégies avancées et mobiles	1	3	1 Moins de 50 % des AS disposent d'une moto en bon état de marche 2 Au moins 75% des AS disposent d'une moto en bon état de marche 3 Plus de 75% des AS disposent d'une moto en bon état de marche
Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels	La disponibilité des médicaments essentiels dans les CSI/CMA/HD	0	2	0 : CSI/CMA/HD ayant enregistré des ruptures de stock des médicaments essentiels de plus de 7 jours au cours des 3 derniers mois 1 : CSI/CMA/HD ayant enregistré des ruptures de stock des médicaments essentiels de moins de 7 jours au cours des 3 derniers mois 2 CSI/CMA/HD n'ayant enregistré aucune rupture de stock de médicaments essentiels au cours des 3 derniers mois
	La promotion de l'usage des médicaments génériques dans les HD	1	2	1. Moins de 50% des médecins de l'HD prescrivent les médicaments génériques 2. Plus de 50% des médecins de l'HD prescrivent les médicaments génériques
Les procédures	Disponibilité des procédures opérationnelles	1	3	1. Au moins 50% des FOSA du niveau opérationnel disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en

Composante	Critère	Score Min	Score max	
opérationnelles standardisées	standardisées pour une offre de services et des soins de qualité dans les FOSA du niveau opérationnel			charge des cas 2. Au moins 75% des FOSA du niveau opérationnel disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des cas 3. Toutes les FOSA du niveau opérationnel disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des cas
Gouvernance				
Régulation	Respect de la régulation dans les structures sanitaires du niveau opérationnel	1	2	1: Existence d'un règlement intérieur dans les structures sanitaires du niveau opérationnel 2: Disponibilité du dernier rapport semestriel sur le respect par le personnel des structures sanitaires du niveau opérationnel des dispositions de ce règlement intérieur
	Lutte contre la corruption au niveau opérationnel	1	3	1 : Présence d'une boite à suggestions dans toutes les FOSA du niveau opérationnel 2 : Présence d'une boite à suggestion dans la FOSA et d'un rapport sur le recueil des préoccupations des utilisateurs de la FOSA signé par toutes les parties prenantes. 3 : Disponibilité d'un rapport d'enquête fait sur la satisfaction des utilisateurs des FOSA du DS
Formation et recherche	Formation continue	1	4	1Disponibilité d'un état de besoins des formations continues dans les CSI /CMA/HD 2: Disponibilité d'un état de besoins des formations continues dans les CSI /CMA/HD doublée et d'une demande de renforcement des capacités pour les prestataires des services et soins de santé de l'hôpital et du service de santé du district 3 : si au moins 30% des personnels identifiés dans les CSI/CMA ont vu leurs capacités renforcées 4 : si au moins 50% des personnels identifiés dans les CSI/CMA ont vu leurs capacités renforcées dans les domaines ciblés par la FOSA.
	Recherche opérationnelle	0	2	0 : Aucune recherche effectuée 1 : Disponibilité d'un protocole de recherche 2 : Disponibilité d'un protocole de recherche avec au moins un rapport de travaux de recherche transmis à la DRSP
Financement	Financement institutionnel et communautaire	1	3	1. FOSA disposant de 25 à 49 % du financement requis pour la mise en œuvre du PTA élaboré consensuellement 2. FOSA disposant de 50 à 74 % du financement pour la mise en œuvre du PTA

Composante	Critère	Score Min	Score max	
				élaboré consensuellement 3. FOSA disposant de 75 à 100% du financement disponible pour la mise en œuvre du PTA élaboré consensuellement
	COSADI fonctionnel	0	2	0 : COSADI non fonctionnel 2 : COSADI fonctionnel
	COGEH fonctionnel	0	2	0 : COGEH non fonctionnel 2 : COGEH fonctionnel ;
	COSA fonctionnel	0	2	0 : Toutes les AS n'ont pas un COSA fonctionnel 1 : 50% des AS ont un comité de santé fonctionnel 2 : Au moins 75% des AS ont un comité de santé fonctionnel.
Processus gestionnaire	Plan de développement sanitaire et ou PTA	0	4	0 : Aucun plan n'est disponible au cours de la période évaluée 1 : Plan existant mais sans ancrage avec le PNDS 2 : Plan existant avec ancrage dans le PNDS 4 : Plan existant avec ancrage dans le PNDS et élaboré avec tous les acteurs clefs du DS
	S/E	0	4	0 : Aucun Tableau de bord n'est disponible pour le suivi du PTA du DS 1: Plan de S/E existant mais sans ancrage avec le PISE du PNDS 2: Tableau de bord de suivi intégré des performances disponible ; 3: Plan de S/E du DS en cohérence avec le PISE et tableau de bord multisectoriel de suivi des performances disponibles ; 4 : Plan de S/E du DS en cohérence avec le PISE et tableau de bord multisectoriel de suivi des performances disponibles et utilisés pour le S/E des performances.
	Supervision des CSI/CMA	1	3	1 : Moins de 50% des CSI/CMA ont été supervisés au moins une fois l'année précédente 2 : 75 % des CSI/CMA ont été supervisés au moins deux fois l'année précédente 3 : 100% des CSI/CMA ont été supervisés au moins deux fois l'année précédente. Idem pour les prestataires de l''hôpital de district.
Performances réalisées	Utilisation des soins curatifs (NC/habitant/an)	1	3	1: si taux d'utilisation inf. 1; 2: si Taux d'utilisation sup à 1 mais inf. à 2; 3: Si taux d'utilisation >2
	Couverture CPN 4 (%)	0	3	0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%
	Taux guérison TBC (%)	0	3	0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%

Composante	Critère	Score Min	Score max	
	Couverture CPN 4 (%)	0	3	0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%
	Accouchements assistés (%)	0	3	0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%
	Couverture DTC3 (%)	0	3	0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%
	Malades Référés parmi hospitalisés	0	3	0 : Si taux de référence < 25% ; 1 : Si taux de référence compris entre 25 - <50% ; 2 Si taux de référence compris entre : 50- < 80% ; 3 : Si taux de référence compris entre >=80%
	Taux hospitalisation HD (%)	0	3	0 :<1% ; 1 :1-<3%, 2 : 3-<5% ; 3 : 5- 10%.
	Taux césarienne (%)	0	3	0 : taux < 1% ; 1 : taux compris entre 4 et 5% : 2 taux compris entre 6 et 9% ; 3 : taux compris entre 10-15%
Total Global		18	85	

Grille de classification des DS

- District de santé en phase de démarrage/opérationnalisation : performances comprises entre 18 et 40points.
- District de santé en phase de consolidation/fonctionnelle : performances comprises entre 41et 75.
- District de santé en phase d'autonomisation/viabilisation : performances comprises entre 76 et 117.

ANNEXE 2 : DEFINITIONS OPERATIONNELLE DES CONCEPTS UTILISES DANS LE PNDS

1. Norme sur le nombre d'ASC polyvalents : la norme requise est de 1 ASC / 1 000 habitants (milieu rural) et 1 ASC / 2 500 (milieu urbain). A ce jour, ce nombre n'est pas connu avec exactitude ; toutefois durant l'horizon couvert par ce PNDS, on s'assurera que chaque district dispose d'au moins 3 ASC polyvalents; puis progressivement, on veillera à ce que la norme pour ce qui concerne le nombre d'ASC par district soit respectée.
2. COSADI fonctionnels : COSADI disposant d'un cadre d'activité spécifique extrait du PTA du DS et ayant documenté au moins 50% des activités réalisées au cours de la période évaluée.
3. DS mettant en œuvre l'ATPC : DS dans lesquels au moins 50% des ménages /quartier/ village disposent des toilettes améliorées, d'une source d'approvisionnement en eau potable et d'un dispositif de lavage des mains.
4. Capacités minimales d'intervention d'un CERPLE : 1) Salle de réunion pour la coordination des interventions de santé publique ; 2) matériels de bureautique et informatique, et de communication (ordinateur, téléphone etc) 3) véhicule adapté pour l'investigation des cas et l'organisation des ripostes 4) Stocks des médicaments prédisposés pour la riposte 5) Profil approprié pour le responsable du CERPLE : diplômé du CAFETP (Cameroon Field Epidemiology) ou de santé publique 6) disponibilité d'une ligne budgétaire ou d'un fond de soutien pour la gestion des urgences.
5. Pratiques Familiales Essentielles :1) allaitement maternel exclusif, 2) soins préventifs de l'enfant (ex vaccination, PCIMA, etc), 3)utilisation d'une moustiquaire, 4) lavage des mains avec le savon, 5) supplément nutritionnel après 6 mois, 6) réhydratation de l'enfant au SRO en cas de diarrhées, 7) consultation au centre de santé en cas de maladie, 8) promotion des méthodes de planification moderne chez les FEAP.
6. CSI/CMA/HD implémentant la délégation de tâches dans la PEC de l'HTA et du diabète : Le développement de l'approche de prise en charge par délégation des tâches tout comme la création des centres médicaux ambulatoires sont des stratégies mises en place pour améliorer la disponibilité des services et des soins de santé de qualité auprès des bénéficiaires. Elle a pour préalables : 1) la disponibilité des procédures opérationnelles de prise en charge et leur vulgarisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, 2) le renforcement du contrôle, du suivi et de la supervision des acteurs du niveau déconcentré, 3) le renforcement des capacités des prestataires institutionnels et communautaires du niveau déconcentré.
7. Plateau technique minimum pour la PEC des urgences médico-chirurgicales d'un hôpital de district: services d'urgences disposant au minimum 1) d'une ambulance fonctionnelle, 2) d'un tensiomètre complet, 3) d'une boîte de petite chirurgie, 4) d'un matériel de stérilisation à vapeur et à chaleur, 5) d'oxygène, 6) des médicaments d'urgence, 7) d'un personnel capable de prendre en charge les complications de l'HTA et du diabète, 8) d'un personnel formé en SONEU/SONUC.
8. Hôpital de district accrédité : formation sanitaire ayant mis en place un système d'assurance qualité de soins et des services de santé : PF, SONEU/SONU, SAA, chirurgie obstétricale d'urgence, PEC VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose, HTA, Diabète, CPNR.
9. Neuf fonctions SONUC: 1) administration des d'AB/voie générale, 2) administration des utéro toniques par voie parentérale, 3) administration des anticonvulsivants par voie parentérale 4) évacuation du produit de conception(AMIU), 5) délivrance artificielle, 6) accouchement par voie basse assisté par les instruments (ventouse, forceps,) 7) réanimation du nouveau-né, 8) transfusion sanguine et césarienne, 9) pratique de la césarienne. La FOSA doit offrir ces 9 fonctions pour être qualifiée de FOSA SONU complet
10. OSC fonctionnelles : Il s'agit des OSC des DS affiliées à la plateforme régionale des OSC et qui ont contribué à la mise en œuvre du PTA du DS (mise en œuvre d'au moins 2 activités inscrites dans le PTA du DS durant la période évaluée).

NOMS DES CONTRIBUTEURS A L'ELABORATION DE CE DOCUMENT

:

	NOMS	ORGANISME/STRUCTURE
Ministères partenaires	Pr MONEBENIMP Francisca	**MINESUP**
	Dr NDI Norbert Francis	**MINJUSTICE**
	M. IHONG III	**SCES/PM**
	M. ATOUNGA Paul	**MINPROFF**
	M. MBAKWA TAYONG Thomas	**MINAS**
	Mme HANDJOU Chantal	**MINPROFF**
	M. NGUETSE TEGOUM Pierre	**MINEPAT**
	M. KWADJIO Hervé	**MINEPAT**
	M. EFFILA NDZEMENA François	**MINFI**
	M. DASSI Nicholas	**MINTSS**
	Mme MPENEKOUL née AZO'O NLOM	**MINADER**
	M. AKEUM Pierre Marie	**MINPROFF**
	M. EBAL MINYE Edmond	**MINSEP**
	Mme TOUBIOU Anne	**MINJEC**
	M. ENGOLA ELONO T. Bertrand	**MINJEC**
	Mme TSAMA Valery	**MINEPDED**
	M. OMBALA Dieudonné	**MINEE**
	M. AKEUM Pierre	**MINPROFF**
	M. DJONG Christian	**MINEE**
	M. OROK Samuel OTANG	**MINAS**
	Dr NDTOUNGOU SCHOUAME	**DGSN**
	M. ATANGANA	**MINCOM**
	M. GUETSOP Paul Molière	**INS**
Partenaires Techniques et Financiers Experts et OSC	Dr MBAM MBAM Léonard (OMS)	**EXPERT OMS**
	Dr ACHU Dorothy	**CHAI**
	Mme RAYMOND Alice	**CHAI**
	Mme Caroline COMITI	**AMB./FRANCE**
	M. TCHETMI Thomas	**ONUSIDA**
	Dr NNOMZO'O Etienne	**OMS**
	M. KÖECHER Dieter	**GIZ**
	M. ALIOUNE Diallo	**OMS**
	M. AMADOU NOUHOU	**OMS**
	Dr TAPTSUE FOTSO Jean Claude	**BANQUE MONDIALE**
	Dr NGUM Belyse	**UNICEF**
	Mme Arrey Catherine TAKOR	**ORDRE DES INFIRMIERS**
	Dr BIDZOGO ATANGANA	**AD LUCEM**
	Dr NGALLY NZIE Isaac	**CLINIQUE BON BERGER**
	Dr KANANDA Grégoire	**UNICEF**
	Dr DSAMOU Micheline	**CHAMBRE DE COMMERCE**
	Dr Irène EMAH	**OMS**
	M. KONDJI KONDJI Dominique	**ACASAP**
	Mr Girault Duvalier NDAMCHEU	**PRESSE JEUNE DÉVELOPPEMENT/ONG**
	M. SIBETCHEU Daniel	**ONG OFSAD**
	Mme KENFACK Tolévi	**EXPERT**
	Dr BASSONG MANKOLLO Olga	**EXPERT**
	Dr PEYOU NDI Marlyse	**RIRCO**
	M. BESSALA Protais	**CARLETAS**
	Dr NZIMA NZIMA Valery	**EXPERT**

	M. NYIAMA Tiburce	**EXPERT**
	M. BIDZOGO ONGUENE Protais	**EXPERT**
MINSANTE	Dr LOUDANG Marlyse	Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et de Laboratoire
	Pr BIWOLE SIDA Magloire	Inspecteur Général des Services Médicaux et Paramédicaux
	M. BAHANAG Alexandre	Inspecteur Général des Services Administratifs
	Pr NKOA Marie Thérèse	Conseiller Technique n° 2
	Pr KINGUE Samuel	Conseiller Technique n° 3
	Pr ONDOBO ANDZE Gervais	Inspecteur des Services/IGSMP
	Dr NDJITOYAP NDAM Pauline	Inspecteur des Services/IGSPL
	M. DIKANDA Pierre Charles	Directeur des RessourcesHumaines
	M. ANDEGUE Luc Florent	Directeur des Ressources Financières et du Patrimoine
	Pr Robinson MBU	Directeur de la Santé Familiale
	Dr CHEUMAGA Bernard	Directeur de la Promotion de la Santé
	Dr ATEBA ETOUNDI Aristide Otto	Directeur de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
	Dr ETOUNDI MBALLA Georges	Directeur de la Lutte contre les Maladies, les Epidémies et les Pandémies
	Dr ZOA NNANGA Yves	Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
	Pr ZOUNG-KANYI BISSEK Anne	Chef de la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
	M. MAINA DJOULDE Emmanuel	Chef de la Division de la Coopération
	M. AWONO MVOGO Sylvain	Chef de la Division des Etudes et des Projets
	Dr YAMBA BEYAS	Délégué Régional de la Santé Partenariat/Littoral
	Dr NDIFORCHU AFANWI Victor	Coordonnateur Comité Technique National/PBF
	Pr ONGOLO Pierre	Directeur Centre de Développement des Bonnes Pratiques en Santé/HCY
	M. NGUEDE Samuel	Chef de la Cellule de la Planification et de la Programmation /DEP
	Dr ATANGANA ZAMBO SYLVAIN	Médecin/HGY
	Dr MOLUH SEIDOU	Sous-Directeur de la Santé de Reproduction /DSF
	M. ZINGA Séverin	Sous-Directeur de la Solde et des Pensions /DRH
	M. MENDOGO NKODO	Sous-Directeur du Patrimoine /DRFP
	M. BANDOLO OBOUH FEGUE	Sous-Directeur du Budget et du Financement /DRFP
	Dr NTONE ENYIME Félicien	Directeur Général Adjoint/CHU
	Dr OWONO LONGANG Virginie	Sous-Directeur de la Prévention et de l'Action Communautaire/DPS
	M. OKALA Georges	Sous-Directeur de l'Alimentation et de la Nutrition /DPS
	Dr BITHA BEYIDI T. Rose-Claire	Coordonnateur Nationale Adjoint Comité Technique National/PBF
	Dr AKWE Samuel	Sous-Directeur des Soins de Santé Primaire /DOSTS
	Dr SEUKAP PENA Elise Claudine	Sous-Directeur de la lutte contre les Epidémies et les Pandémies/DLMEP
	Dr NKO'O AYISSI Georges	Sous-Directeur de la lutte contre le Paludisme et les Maladies Tropicales Négligées/DLMEP
	Dr MANGA Engelbert	Chef de la Cellule du Partenariat International (CPI)/DCOOP
	Dr EYONG EFOBI John	Chef de la Cellule du Partenariat National (CPN)/DCOOP
	M. EVEGA MVOGO	Chef de la Cellule de Suivi
	Dr FEZEU Maurice	Chef Cellule des Informations Sanitaires
	Dr ABENA FOE Jean Louis	Secrétaire Permanent/PNL Tuberculose
	Dr FONDJO Etienne	Secrétaire Permanent/PNLP (Parti, soit considéré comme Expert)
	Dr ELAT NFETAM Jean Bosco	Secrétaire Permanent/CNLS
	Dr KOBELA Marie Louise	Secrétaire Permanent PEV
	Dr NOLNA Désiré	Secrétaire Permanent Adjoint/PEV (est déjà à l'OMS)

	Dr OKALLA ABODO	Coordonnateur/UCPC
	Dr Martina BAYE LUKONG	Coordonnateur du ST-PNLMMNI
	M. ENANDJOUM BWANGA	Coordonnateur du PAISS
	Dr FIFEN ALASSA	Coordonnateur/ONSP (Parti, soit considéré comme Expert)
	M. NDOUGSA ETOUNDI Guy	Cadre/ST-CP-SSS
	M. FONKOUA Eric Jackson	Chargé d'Etudes Assistant/CPN/DCOOP
	M. EKANI NDONGO Guy	Chargé d'Etudes Assistant/CIS
	M. MESSANGA Patrice	Chargé d'Etudes Assistant/CI
	Dr NGOMBA Armelle	Chef section planification et suivi-évaluation/PEV
	Dr AKONO EMANE Jean Claude	Cadre/ DRH
	Dr KEUGOUNG Basile	Cadre/DOSTS
	M. BELA Achille Christian	Cadre/DRH
	Dr DEMPOUO Lucienne	Chef de Service /DLMEP
	Dr FOUAKENG Flaubert	Chef de Service de la Mobilisation Sociale/DPS
	Mme NGUEDJIO Aurelia	Chef de la Cellule de la Traduction
	M. OMGBA Yves Alain	Chef d'unité en charge de la gestion des données du PEV et de l'informatique
	Dr ZE KAKANOU	Sous-directeur de la lutte contre le VIH/SIDA, les Infections sexuellement transmissibles et la Tuberulose/DLMEP
	Mme NGUEPI TIWODA Christie	Cadre /DLMEP
	M. KANA PAUL	Cadre/CNLD
	Dr AMESSE François	Délégué Régional de la Santé Publique du Sud
	Dr VAILLAM Joseph	Directeur de la CENAME
	Dr NGONO ABONDO	Directeur du LANACOME
	M. MBIDA Hervé	Cadre/DRSP Centre
	M. TALLA FONGANG Cyrille	Chargé d'Etudes/CIS
	M. MFOUAPON Hénock	Expert Comité Technique National/PBF
	M. NZANGUE Ernest	Informaticien /CICRM
	M. YOPNDOI Charles	Cadre/Secrétariat Général
	M. BANGUE Bernard	Cadre/PAISS
	M. EFFA Salomon	Cadre/DRSP-Centre
	Dr KAMGA OLEN	Psychiatre/HJY
	Dr EBENE Blandine	Expert en Santé Publique/DLMEP
	Dr BIHOLONG	SP PNLO

RÉFÉRENCES

[1] UNDP, Human Development Report 2013/2015.

[2]Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2001).Measuring overall health system performance for 191 countries.World HealthOrganization.

[3] Décision N°1412/D/MINSANTE/SG du 28 novembre 2014 du Ministre de la Santé publique, portant organisation et fonctionnement du Groupe Technique de Travail chargée de la production des documents nécessaires à l'élaboration de la stratégie sectorielle de la santé post-2015.
[4] MINEPAT, Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun. 2011
[5]WHO/Afro. Guide for the development of a National Health Policy and a National Health Strategic Plan. WHO Regional Office for Africa (2010).
[6]Stratégie et Plan d'Action National pour la Biodiversité Version II (SPANB) Décembre 2012.
[7] BUCREP, 3ème rapport RGPH, 2010.
[8] BUCREP, 3ème rapport RGPH, 2010.
[9] UNDP, HumanDevelopement Report 2013/2015.
[10] Institut National de la Statistique (INS). 2014. Présentation des premiers résultats de la quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM 4) de 2014.
[11] World Development Indicators, 2012.
[12] World Development Indicators, 2014.
[13] Constitution de la République du Cameroun : Loi n° 96/06 du 18 Janvier 1996 portant révision de la constitution du 2 Juin 1972.
[14] Ministère des Travaux Publics, 2012. Accessible à: http://www.mintp.cm/fr/projets-realisations/presentation-du-reseau-routier.
[15] MINTANS. Transtat 2013.
[16] Agence de Régulation des Télécommunications. Étude sur le niveau d'accès, les usages et la perception des services des communications électroniques. 2014
[17] Agence de Régulation des Télécommunications. Étude sur le niveau d'accès, les usages et la perception des services des communications électroniques. 2014.
[18] INS, (2010). PETS 2.
[19] BIT 2013 renforcer les rôles des programmes « accidents du travail et maladies professionnelles » pour contribuer à prévenir les accidents et les maladies sur les lieux de travail. Genève : BIT.
[20]Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
[21] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Accessible a: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare. (Accessed December 20th, 2015)
[22] Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
[23] Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
[24] Rapport projection EPP spectrum CNLS MINSANTE 2016.
[25]MINSANTE . CNLS Rapport études chez les TS 2009.
[26] MINSANTE .Enquête IBBS 2011.
[27]MINSANTE.CNLS . Rapport GARP 2014.
[28]MINSANTÉ, 2013. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le sida et les IST 2014-2017.
[29]MINSANTE CNLS .RAPPORT ANNUEL 2014.
[30] MINSANTE/CNLS. Rapport Spectrum 2014.
[31] MINSANTE/CNLS. Plan d'accélération de la thérapie anti rétrovirale.
[32] 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.
[33] Document Etat des lieux du secteur santé 2015.

[34] MINSANTE/PNLT, Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose. Accesible a : http://www.pnlt.cm/index.php/component/k2/item/606-plan-strategique-national-tuberculose-cameroun
[35] MINSANTE/PNLT, Rapport PNLT 2015
[36]Noeske, J. et al. Tuberculosis incidence in Cameroonian prisons: A 1-year prospective study. SAMJ 2014 (in press).

[37] MINSANTE/PNLT, 2014.Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose au Cameroun 2014-2019.

[38] OMS. Rapport mondial 2014 OMS
[39]Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018
[40]Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018
[41]Ibid.
[42]Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2014-2018
[43]Institut National de la Statistique. 2015. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport de résultats clés. Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique.
[44]Ibid.
[45] Ministère de la Santé Publique du Cameroun 2015. Rapport hebdomadaire de la situation épidémiologique
[46] MINSANTE/Programme National de Lutte contre l'Onchocercose. Rapport Technique Annuel 2013.
[47] Rapport commun Cameroun adressé à l'OMS en 2014
[48] Ministère de la Santé Publique. Rapport de l'Enquête de Cartographie de la Filariose Lymphatique au Cameroun. 2010-2012.
[49] KAMGNO et al. 2012 Rapport de cartographie de la filariose lymphatique
[50] Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016
[51] MINSANTE.Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases. Rapport d'activités 2014
[52] MINSANTE. Programme Nation al de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales au Cameroun. Plan Stratégique 2005-2010
[53] Programme National de Lutte contre, le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère de Buruli. Rapport d'activités 2014
[54] Programme CNLP2LUB/DLMEP/MINSANTE
[55]Beytout J., Bouvet E., Bricaire F. et al. Manuel de maladies Infectieuses pour l'Afrique. MalinTropAfrique. Paris: John LibbeyEurotext; 2002
[56]Grietens et al. (2008). "It is me who endures but my family that suffers": Social isolation as a consequence of the household cost burden of Buruli ulcer free-of-charge hospital treatment. PlosNeg. Trop Dis.; 2(10):e321
[57] Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique national de lutte contre la THA au Cameroun. 2009-2013
[58] Programme National de Lutte contre la cécité. Rapport d'activité 2014
[59] WHO: Global Status Report on Non Communicable Diseases. 2010
[60]Kingue, S. et al. (2015). Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban Areas of Cameroon: A Nationwide Population-Based Cross-Sectional Study. The Journal of Clinical Hypertension, 17 (10) : 819-824.
[61] Ministère de la Santé Publique. Yaoundé Cancer Registry. 2013
[62]Pefura-Yone, EW, Kengne A.P., Balkissou AD, et al. Research Group for Respiratory Disease in Cameroon (RGRDC). Prevalence of Asthma and Allergic Rhinitis among Adults in Yaoundé, Cameroon.PLoS ONE, 10(4), e0123099.2015.http://doi.org/10.1371/journal.pone.0123099
[63]Attin T. 1999. Étude réalisée chez les enfants scolarisés dans une zone rurale du Nord–Ouest du Cameroun.
[64] Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
[65] Société camerounaise d'ORL. Rapport 2015.
[66]WHO/AFRO. 2015. Sickle cell disease prevention and control.
[67] Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles du Cameroun (PSNIML-MNT). 2010
[68]WHO. Mental health GAP: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008
[69] OMS (2008) cité par Mental Health Atlas 2011
[70] Ministère de la santé publique. SSS 2016-2027
[71]Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
[72]Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

[73]Institut National de la Statistique. 2015. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport de résultats clés. Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique.
[74] Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International., Institut National de la Statistique. 2015. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport de résultats clés. Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique.
[75] Ibid.
[76] Ibid.
[77] Ibid.
[78] INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012
[79]Étude CAMNAFAW et Ministère de la Santé Publique. ?
[80]ERB-SONU, 2015.
[81] Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
[82] UNICEF, SITAN 2011
[83]OMS. (2014) Enfants : réduire la mortalité. Centre des medias, Aide-memoire No 178. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/
[84]CNLS, Rapport annuel 2014 du CNLS, Yaoundé
[85] MINSANTE, CNLS, Rapport 2014 final
[86]CNLS, Rapport annuel 2014 des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun
[87] CNLS, Rapport annuel 2014 des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun.
[88]Banque Mondiale. 2013. Rapport sur l'Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse àl'infection par le VIH au Cameroun
[89]Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2001).Measuring overall health system performance for 191 countries.World Health Organisation.
[90]INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012
[91] Lois de règlement 2010-2014 et loi de finance 2015
[92] INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012
[93] DCOOP, base de données des partenaires financiers 2011-2015.
[94] INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012.
[95] BIT, Synthèse des inventaires des dispositifs de protection sociale en santé, 2014.
[96] MINSANTE, DPS, Rapport provisoire de l'étude OASIS, 2016.
[97] Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
[98] Banque Mondiale. Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS). Vol 1. 2012
[99] MINSANTE 2012. Rapport annuel 2012 du ST/CP-SSS
[100] MINSANTE. ST/CP-SSS. Rapport de supervision des DRSP 2012.
[101] MINSANTE, SSS 2001-2015
[102] Ibid.
[103] PNDS 2011-2015
[104] MINSANTÉ, 2009.Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015
[105] INS, 2010. PETS 2: 2e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun.
[106]Analyse approfondie de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité (CFSVA) réalisée en 2011 par le PAM, la FAO et le gouvernement camerounais
[107]Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport de résultats clés. Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique.
[108]Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
[109]Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport de résultats clés. Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique
[110] Ibid.
[111] MINSANTE, Rapport d'activité du PEV, 2015
[112]MINSANTE, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018
[113] Banque Mondiale. 2012. Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS). Vol 1
[114] Rapport Feuille de Route MINSANTE 1er semestre 2015

[115] INS, 2010. PETS 2: 2e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun
[116]PNDS 2011-2015, tableau 4 p. 8-9.
[117]Ibid.
[118] MINSANTE 2012. Rapport revue thématique
[119]Ibid.
[120]Jiofack et al. (2010). In Mpondo et al. (2012). État de la médicine traditionnelle dans le système de santé des populations de Douala. Journal of Applied Biosciences 55: 4036– 4045.
[121] MINSANTE, Décret N../2013.Portant Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Sante Publique
[122] MINSANTE/ST-SSS, Stratégie Sectorielle de la Sante 2016-2027
[123] KAMGHO TEZANOU. 2012. Mortalité Maternelle et Néonatale au Cameroun: Évaluation des Efforts Consentis Depuis 1990, Défis et Perspectives.
[124]Konji D. 2008. Stratégies d'actions: Améliorer l'accès aux services de santé au Cameroun. JASP 2008, rencontres sur les inégalités en santé.
[125]Okalla, R., & Le Vigouroux, A. (2001). Cameroun: de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. Bulletin de l'APAD, (21)
[126] WHO, 2012. Everybody's business
[127]Ibid.
[128]MINSANTE & OMS, 2003. Enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique
[129] FDR-MINSANTE 2014
[130] OMS, La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain, 1995, P.15
[131]PDRH, MINSANTE, DRH, 2012
[132] Ministère de la santé publique. RGPS. 2011.
[133] Ministère de la santé publique. RGPS. 2011.
[134]MINSANTE, 2014. Rapport Annuel de Performances (RAP) 2013.
[135] Décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du MINSANTE.
[136] Guide Méthodologique de la Planification Stratégique du Cameroun, 2012.
[137] MINSANTE, 2014. Rapport Annuel de Performance (RAP) 2013
[138] Guide national opérationnel de mise en place des structures de dialogue / GTZ santé / M. TOUKAM Jean Bosco / Novembre 2010.
[139] République du Cameroun. Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi. 2009