

**République du Cameroun**  
Paix - Travail – Patrie  
**Ministère de la Santé Publique**



**Republic of Cameroon**  
Peace - Work - Fatherland  
**Ministry of Public Health**

**PLAN NATIONAL DE  
DEVELOPPEMENT  
SANITAIRE  
(PNDS)  
2011-2015**



# TABLE DES MATIERES

<b>TABLEAUX</b>	<b>III</b>
<b>FIGURES</b>	<b>IV</b>
<b>ACRONYMES</b>	<b>V</b>
<b>PREFACE</b>	<b>VIII</b>
<b>RESUME</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE UN : ANALYSE DE SITUATION</b>	<b>3</b>
<b>1.1 GENERALITES SUR LE CAMEROUN</b>	<b>3</b>
<b>1.2 SYSTEME DE SANTE</b>	<b>5</b>
1.2.1 ORGANISATION DU SECTEUR	6
1.2.2 OFFRE DE SERVICES	8
1.2.2.1 COUVERTURE SANITAIRE PHYSIQUE	8
1.2.2.2 COUVERTURE SANITAIRE FONCTIONNELLE	9
1.2.2.3 INFRASTRUCTURES	10
1.2.2.4 ÉQUIPEMENTS	12
1.2.3 COUVERTURE DES POPULATIONS EN SERVICES ESSENTIELS DE SANTE	14
1.2.3.1 COUVERTURE PAR RAPPORT A LA CONTINUITÉ DES INTERVENTIONS DE SANTE	14
1.2.3.2 COUVERTURE AUX NIVEAUX FAMILIAL ET COMMUNAUTAIRE	15
1.2.3.3 COUVERTURE AU NIVEAU DES SERVICES ORIENTES VERS LES POPULATIONS	15
1.2.3.4 COUVERTURE AU NIVEAU CLINIQUE	16
1.2.4 SYSTEME NATIONAL D'INFORMATIONS SANITAIRES	18
1.2.5 MEDICAMENTS ET AUTRES CONSOMABLES PHARMACEUTIQUES ESSENTIELS - TRACEURS	20
1.2.5.1 DISPONIBILITES DES MEDICAMENTS TRACEURS	20
1.2.5.2 ACCESSIBILITE AUX MEDICAMENTS	20
1.2.6 RESSOURCES HUMAINES	21
1.2.7 FINANCEMENT DE LA SANTE	24
1.2.7.1 GENERALITE SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE	24
1.2.7.2 FINANCEMENT DE L'OFFRE	25
1.2.7.3 FINANCEMENT DE LA DEMANDE	28
<b>1.3 SITUATION SANITAIRE</b>	<b>29</b>
1.3.1 EVOLUTION DES OMDs LIES A LA SANTE	29
1.3.1.1 OMD 1 :	31
1.3.1.2 OMD 4 :	33
1.3.1.3 OMD 5 :	34
1.3.1.4 OMD 6 :	36
1.3.1.5 OMD 7 :	39
1.3.2 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	40
1.3.2.1 PRINCIPALES CAUSES DE CONSULTATIONS/HOSPITALISATIONS ET MORTALITE INTRA HOSPITALIERE	40
1.3.2.2 LA SURVEILLANCE INTEGREE DES MALADIES, REPONSES ET REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONALE 2005 (SIMR/RSI 2005)	42
<b>CHAPITRE DEUX : BUT, OBJECTIFS, STRATEGIES ET ACTIVITES DU PNDS 2011-2015</b>	<b>45</b>
<b>2.1 BUT</b>	<b>45</b>
<b>2.2 OBJECTIF</b>	<b>45</b>

<b>2.3</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>	<b>45</b>
<b>2.4</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>45</b>
<b>2.5</b>	<b>CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DU PNDS</b>	<b>48</b>

---

**CHAPITRE TROIS: CADRE DE MISE EN OEUVRE ET DU SUIVI-EVALUATION DU PNDS** **96**

<b>3.1</b>	<b>DE LA MISE EN ŒUVRE</b>	<b>96</b>
3.1.1	CONDITIONS DEVANT ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE	96
3.1.2	LES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS	97
<b>3.2</b>	<b>DU SUIVI-EVALUATION</b>	<b>98</b>
3.2.1	MONITORAGE	98
3.2.2	REVUE SECTORIELLE	98
3.2.3	EVALUATION	99
3.2.4	INDICATEURS DE SUIVI-EVALUATION	100

---

**CHAPITRE QUATRE : CADRAGE BUDGETAIRE** **115**

<b>4.1</b>	<b>METHODOLOGIE</b>	<b>115</b>
4.1.1	LE CDMT SANTE DE BASE	115
4.1.2	LES PROJETS ECONOMIQUES	115
4.1.3	LE CDMT CENTRAL (OU CBMT)	116
4.1.4	LIMITES DE LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE UTILISEE	116
<b>4.2</b>	<b>ESTIMATION DES COUTS DU PNDS 2011-2015</b>	<b>116</b>
4.2.1	STRUCTURE DES COUTS PAR DOMAINE D'INTERVENTION	117
4.2.2	STRUCTURE DES COUTS PAR NIVEAU D'EXECUTION	118
4.2.3	STRUCTURE DES COUTS PAR SOURCES DE FINANCEMENT	119
4.2.4	STRUCTURE DES COUTS PAR RAPPORT A LA NATURE DE LA DEPENSE	120
4.2.5	STRUCTURE DES COUTS PAR OMD LIE A LA SANTE	121
<b>4.3</b>	<b>STRATEGIE DE VIABILITE FINANCIERE DU PNDS</b>	<b>122</b>
<b>4.4</b>	<b>CADRAGE BUDGETAIRE DU PNDS 2011- 2015 DETAILLE PAR MINISTERE</b>	<b>124</b>

---

**BIBLIOGRAPHIE** **150**

---

**ANNEXES** **151**

**TABLEAUX**

TABLEAU 1	: PROGRESSION DE LA POPULATION ET DE SES CIBLES (2010 – 2015)	4
TABLEAU 2	: INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT HUMAIN EN 2010	5
TABLEAU 3	: PROBLEMES LIES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS PRIORITAIRES	7
TABLEAU 4	: COUVERTURE SANITAIRE PHYSIQUE PAR REGION	8
TABLEAU 5	: INDICATEURS DE PERFORMANCE DES HOPITAUX GENERAUX	9
TABLEAU 6	: DUREE MOYENNE DE SEJOUR PAR SERVICE	10
TABLEAU 7	: REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES PAR NIVEAU DE VETUSTE DES INFRASTRUCTURES	10
TABLEAU 8	: BESOINS EN CONSTRUCTION EXPRIMES AU NIVEAU REGIONAL	12
TABLEAU 9	: BESOINS EN HEMODIALYSE ET IMAGERIE MEDICALE	12
TABLEAU 10	: REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES PAR NIVEAU DE VETUSTE DES EQUIPEMENTS TECHNIQUES D'EXPLOITATION	13
TABLEAU 11	: REPARTITION ANNUELLE DES DEPENSES PAR SOURCE DE FINANCEMENT (EN '000 FCFA) NON COMPRIS LES MENAGES	24
TABLEAU 12	: ETAT DES PROGRES SUR LES OMD LIES A LA SANTE	29
TABLEAU 13	: MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS	32

TABLEAU 14 : REPARTITION DE LA DISPONIBILITE DES SONU PAR REGION.....	35
TABLEAU 15 : TAUX DE LETALITE PAR REGION SELON LE STATUT SONU DES FORMATIONS SANITAIRES .....	35
TABLEAU 16 : TAUX DE LETALITE PAR TYPE DE COMPLICATION ET PAR REGION .....	36
TABLEAU 17 : PREVALENCE DE LA DIARRHEE ET POURCENTAGE DES MENAGES DEFEQUANT A L'AIR LIBRE PAR REGION.....	40
TABLEAU 18 : EVOLUTION DE LA FREQUENCE DES MAPE AU CAMEROUN .....	42
TABLEAU 19 : CARTOGRAPHIE DES MALADIES A TRANSMISSION VECTORIELLE .....	43
TABLEAU 20 : CIBLES DE COUVERTURE DU NIVEAU COMMUNAUTAIRE .....	46
TABLEAU 21 : CIBLES POUR LES SERVICES ORIENTES VERS LES POPULATIONS.....	46
TABLEAU 22 : CIBLES DE COUVERTURE DU NIVEAU CLINIQUE.....	47
TABLEAU 23 : ACTIVITES DE VIABILISATION DU DISTRICT DE SANTE .....	49
TABLEAU 24 : ACTIVITES DE SANTE DE LA MERE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT.....	72
TABLEAU 25 : ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LA MALADIE .....	83
TABLEAU 26 : ACTIVITES DE PROMOTION DE LA SANTE .....	89
TABLEAU 27 : CADRE CONCEPTUEL DU PISE .....	99
TABLEAU 28 : MAP DU DCSE.....	101
TABLEAU 29 : INDICATEURS DE SUIVI-EVALUATION DE LA SSS 2001-2015.....	102
TABLEAU 30 : REPARTITION DES COUTS DU PNDS PAR ANNEE ET PAR PROGRAMME (EN MILLIARDS DE F CFA) .....	117
TABLEAU 31 : STRUCTURE DES COUTS PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE (EN MILLIARDS DE F CFA). 118	
TABLEAU 32 : STRUCTURE DES COUTS PAR BAILLEUR DE FONDS EXPLOITES PAR TYPE D'INTERVENTION (EN MILLIARDS DE F CFA).....	119
TABLEAU 33 : STRUCTURE DES COUTS PAR NATURE DE DEPENSE (EN MILLIARDS DE F CFA) .....	120
TABLEAU 34 : STRUCTURE DES COUTS PAR OMD (EN MILLIARDS DE F CFA) .....	121

## FIGURES

FIGURE 1 : PROPORTION DES FS EXPRIMANT UN BESOIN EN REHABILITATION SELON LES PRIORITES .....	11
FIGURE 2 : PROPORTION DES FS DE 3 <sup>EME</sup> , 4 <sup>EME</sup> , 5 <sup>EME</sup> ET 6 <sup>EME</sup> CATEGORIES EXPRIMANT UN BESOIN EN EQUIPEMENT TECHNIQUES D'EXPLOITATION SELON LES PRIORITES .....	13
FIGURE 3 : CONTINUTE DES SOINS AU CAMEROUN.....	14
FIGURE 4 : COUVERTURE DES POPULATIONS NIVEAU COMMUNAUTAIRE .....	15
FIGURE 5 : GOULOT D'ETRANGLEMENT LIE A L'ORGANISATION DES SERVICES ORIENTES VERS LA POPULATION .....	16
FIGURE 6 : GOULOT D'ETRANGLEMENT LIE A L'ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES INDIVIDUELS AU NIVEAU DU PREMIER CONTACT.....	17
FIGURE 7 : GOULOT D'ETRANGLEMENT LIE A L'ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES INDIVIDUELS AU NIVEAU CLINIQUE DE REFERENCE .....	17
FIGURE 8 : RATIO RH SANTE/POPULATION (POUR 1 000 HABITANTS) PAR REGION.....	22
FIGURE 9 : REPARTITION DES RH SANTE PAR SOUS SECTEUR PUBLIC ET PRIVE A BUT NON LUCRATIF (OCASC, FALC, CEPCA) .....	23
FIGURE 10 : PREVISIONS 2010-2012 DES DEPARTS A LA RETRAITE DES PERSONNELS DE SANTE. ....	23
FIGURE 11 : DEPENSE PAR HABITANT ET PAR AN (EN \$) .....	25
FIGURE 12 : REPARTITION DE LA DEPENSE EN FONCTION DU NIVEAU DE LA PYRAMIDE PERIODE 2007-2009 . 25	
FIGURE 13 : REPARTITION DE LA DEPENSE EN FONCTION DES PROGRAMMES ECONOMIQUES DE SANTE PERIODE 2007-2009.....	26
FIGURE 14 : REPARTITION DE LA DEPENSE DE SANTE EN FONCTION DU TYPE DE DEPENSE POUR LA PERIODE 2007-2009.....	27
FIGURE 15 : REPARTITION DE LA DEPENSE DE SANTE EN FONCTION DE LA SOURCE DE FINANCEMENT POUR LA PERIODE 2007-2009 SOURCE D'INFORMATION .....	27
FIGURE 16 : EVOLUTION DE LA MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS AU CAMEROUN.....	32
FIGURE 17 : PROGRESSION DE LA MORTALITE < 5ANS.....	33
FIGURE 18 : PROGRESSION DE LA MORTALITE INFANTILE.....	33
FIGURE 19 : EVOLUTION DES COUTS DU PNDS DE 2011 A 2015.....	117
FIGURE 20 : REPARTITION DES COUTS PAR PROGRAMMES ECONOMIQUES .....	117
FIGURE 21 : REPARTITION DES COUTS PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE .....	118
FIGURE 22 : REPARTITION DES COUTS DE FONCTIONNEMENT PAR NATURE ECONOMIQUE.....	120
FIGURE 23 : REPARTITION DES COUTS D'INVESTISSEMENT PAR NATURE ECONOMIQUE.....	121
FIGURE 24 : REPARTITION DES COUTS PAR OMD LIE A LA SANTE .....	122

## ACRONYMES

<b>AAP :</b>	Agence d'Achat des Performances
<b>AFD :</b>	Agence Française pour le Développement
<b>AMCs :</b>	Advanced market Comittments
<b>ANOR :</b>	Agence des Normes et de la Qualité
<b>ANR :</b>	Autorité Nationale de Réglementation
<b>ASCNPD :</b>	Agence de Service Civique National de Participation au Développement
<b>BAD :</b>	Banque Africaine de Développement
<b>BM :</b>	Banque Mondiale
<b>C2D :</b>	Contrat de Désendettement et de Développement
<b>CAF :</b>	Centre d'Alphabétisation Fonctionnel
<b>CAMAIR CO :</b>	Cameroon Airlines Corporation
<b>CAMNAFAW:</b>	Cameroon National Association for Family Welfare
<b>CARMMA :</b>	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
<b>CBMT :</b>	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
<b>CCAM:</b>	Cameroon Coalition Against Malaria
<b>CDBPH :</b>	Centre of Development the Best Practice of Health
<b>CDMT :</b>	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
<b>CDNSS :</b>	Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé
<b>CEI :</b>	Comité d'Ethique Institutionnel
<b>CEMAC :</b>	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
<b>CENAME :</b>	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
<b>CEPCA :</b>	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
<b>CMA :</b>	Centre Médical d'Arrondissement
<b>CMPJ :</b>	Centre Multifonctionnel de promotion des Jeunes
<b>CNE :</b>	Comité National d'Epidémiologie
<b>CNEC :</b>	Comité National d'Ethique au Cameroun
<b>CNOP :</b>	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
<b>CNPMS :</b>	Centre National de Promotion des Mutuelles de Santé
<b>CNPS :</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
<b>COGEH :</b>	Comité de Gestion de l'Hôpital
<b>COSADI :</b>	Comité de Santé du District
<b>CPC :</b>	Centre Pasteur du Cameroun
<b>CPF :</b>	Centre de Promotion de la Femme
<b>CP-SSS :</b>	Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé
<b>CSI :</b>	Centre de Santé Intégré
<b>DCOOP :</b>	Division de la Coopération
<b>DEP :</b>	Division des Etudes et des Projets
<b>DGSN :</b>	Délégation Générale à la Sûreté Nationale
<b>DLM :</b>	Direction de la Lutte contre la Maladie
<b>DOSTS :</b>	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
<b>DPM :</b>	Direction de la Pharmacie et du médicament
<b>DPS :</b>	Direction de la Promotion de la Santé
<b>DRH :</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DROS :</b>	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
<b>DS :</b>	District de Santé
<b>DSCE :</b>	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
<b>DSF :</b>	Direction de la Santé Familiale
<b>DSRP :</b>	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté

<b>DSS :</b>	Direction de la Sécurité Sociale
<b>ECAM :</b>	Enquête Camerounaise sur les Ménages
<b>EDS :</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>FALC :</b>	Fondation Ad Lucem Cameroun
<b>FEAP :</b>	Femmes En Age de Procréer
<b>FNUAP :</b>	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
<b>FPP :</b>	Femmes en Post Partum
<b>FS :</b>	Formation Sanitaire
<b>FSPS :</b>	Fonds Spécial Provincial pour la Promotion de la Santé
<b>GAVI:</b>	Global Alliance for Vaccines and Immunization
<b>GIZ:</b>	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (en allemand) Coopération Internationale Allemande
<b>HC/HCA :</b>	Hôpitaux Centraux/ Hôpitaux Centraux Assimilés
<b>HD :</b>	Hôpital de District
<b>HG :</b>	Hôpital Général
<b>HKI :</b>	Helen Keller International
<b>HR/HRA :</b>	Hôpital Régional / Hôpital Régional Assimilé
<b>IADM :</b>	Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale
<b>IEC:</b>	Informations, Education, Communication
<b>IFFIm :</b>	International Financing Facilities for Immunization
<b>INC :</b>	Institut National de la Cartographie
<b>INS:</b>	Institut National de la Statistique
<b>IRESCO :</b>	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la Communication
<b>LANACOME:</b>	Laboratoire National de Contrôle Qualité et d'Expertises
<b>MAPE:</b>	Maladies à Potentiel Epidémique
<b>MBB:</b>	Marginal Budget for Bottleness
<b>MICS:</b>	Multiple Indicators Cluster Survey
<b>MINADER:</b>	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
<b>MINAS:</b>	Ministère des Affaires Sociales
<b>MINPROFF :</b>	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
<b>MINDEF:</b>	Ministère de la Défense
<b>MINDUH:</b>	Ministère du Développement Urbain et de l'Habitat
<b>MINEDUB:</b>	Ministère de l'Education de Base
<b>MINEE:</b>	Ministère de l'Eau et de l'Energie
<b>MINEP:</b>	Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
<b>MINEPAT:</b>	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
<b>MINEPIA:</b>	Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales
<b>MINESEC:</b>	Ministère des Enseignements Secondaires
<b>MINESUP:</b>	Ministère de l'Enseignement Supérieur
<b>MINFI:</b>	Ministère des Finances
<b>MINFOF:</b>	Ministère des Forêts et de la Faune
<b>MINJEUNE:</b>	Ministère de la Jeunesse
<b>MINJUSTICE:</b>	Ministère de la Justice
<b>MINSANTE:</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>MINSEP:</b>	Ministère des Sports et de l'Education Physique
<b>MINTP:</b>	Ministère des Travaux Publics
<b>MINTSS:</b>	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
<b>OCASC:</b>	Organisation Catholique de la Santé au Cameroun
<b>OEV :</b>	Orphelins et Enfants Vulnérables
<b>OMD:</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS:</b>	Organisation Mondiale de la Santé

<b>ONG:</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OSC:</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PDSD:</b>	Plan de Développement Sanitaire de District
<b>PNDS:</b>	Plan Pluriannuel de Développement Sanitaire
<b>PNUE:</b>	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
<b>PPTE:</b>	Pays Pauvre Très Endetté
<b>PRCDS:</b>	Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire
<b>PTA:</b>	Plan de Travail Annuel
<b>RGPH :</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SIGIPES:</b>	Système Informatique de Gestion Intégré des Personnels de l'Etat et de la Solde
<b>SQI:</b>	Systemic Quality Improvement (en anglais) Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité
<b>SONU :</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SONUB :</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
<b>SONUC :</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
<b>SSS:</b>	Stratégie Sectorielle de Santé
<b>ST/CP-SSS:</b>	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé
<b>SVI :</b>	Sabine Vaccine Institute
<b>SWAp:</b>	Sector Wide Approach (en anglais) ou Approche Sectorielle
<b>TVE:</b>	Taux de Vétusté en Equipement
<b>TVI:</b>	Taux de Vétusté en Infrastructure
<b>TPI:</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>UNICEF:</b>	United Nations Emergency and Children Funds
<b>UTAC :</b>	Unité Technique d'appui à la Contractualisation
<b>USWAp :</b>	Unité d'appui au SWAp

## PREFACE



**D**epuis le début du 21<sup>ème</sup> siècle, la communauté sanitaire internationale a multiplié des réponses aux défis sanitaires qui se posent à notre planète ; entre autres je peux citer : les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), l'Alliance GAVI, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, l'Harmonisation pour la santé en Afrique (2006), le Partenariat International pour la santé (IHP+) en 2007, et j'en passe.

Ces initiatives mondiales récentes et leur architecture ainsi que l'environnement international ont beaucoup modifié le paysage du développement sanitaire au cours des dernières années notamment le renforcement de la vision spécialisée des problèmes de santé, mais aussi la reconnaissance accrue du rôle des systèmes de santé.

Dans ce cadre, toutes les parties prenantes du secteur santé s'accordent aujourd'hui sur l'importance à « **Appuyer le dialogue politique autour des Politiques, Stratégies et Plans nationaux de santé.**

Dans le contexte interne, le Gouvernement du Cameroun a décidé d'élaborer son document de stratégie de réduction de la Pauvreté 2<sup>ème</sup> génération qu'il a appelé « Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) » et a demandé à chaque secteur de développement socio-économique de revisiter ou d'élaborer sa stratégie sectorielle en conformité avec le DSCE et la Vision 2035 du Gouvernement. Dans la même mouvance, le Chef de l'Etat, S.E. Paul BIYA, Président de la République a prescrit ce qui suit : « **A terme, nous devrions aboutir à un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun camerounais sans soins, quels que soient ses moyens** ».

C'est ainsi qu'au niveau du secteur santé, fort : (i) des résultats de l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010 ; (ii) des orientations du Gouvernement contenues dans les documents « Vision 2035 » et



« DSCE », notre Stratégie Sectorielle a été actualisée et portée à l'horizon 2015 en conformité avec les OMD.

Pour sa mise en œuvre, il a été convenu d'élaborer un Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, en combinant les approches « bottom-up » et « top-down ».

Le PNDS 2011-2015 sera désormais l'outil de référence pour toute intervention dans le secteur santé du Cameroun, constituant ainsi un apport très déterminant à la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur « l'efficacité de l'aide au développement ».

Le PNDS 2011-2015 va permettre l'accélération de la signature du « Compact de IHP+ » mais aussi de développer :

1. Une plus grande confiance dans notre Stratégie Sectorielle, de la part des partenaires, grâce à des **« évaluations conjointes »**
2. L'unification du soutien des partenaires à cette stratégie sectorielle, principal résultat du **pacte**
3. **Un cadre unique** de suivi des résultats de la mise en œuvre de la stratégie par toutes les parties prenantes du secteur santé
4. Une plus grande responsabilité mutuelle – par le **contrôle du respect des engagements pris dans le pacte.**

Le PNDS 2011-2015 va être un outil de facilitation de l'élaboration du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) du secteur santé et de sa Matrice d'Actions Prioritaires et pourra permettre de savoir ce qui est dépensé pour chaque domaine d'intervention de notre Stratégie sectorielle, voire pour chaque type d'intervention.

Pour le Ministère de la Santé Publique, le PNDS 2011-2015 sera la source principale pour l'élaboration de son budget programme, de son Plan d'Actions Prioritaires (PAP), de sa Feuille de Route annuelle ainsi que des Plans de Travail Annuels (PTA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Enfin, il faut le souligner, le Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS dispose désormais d'un outil de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de notre Stratégie Sectorielle en relation avec les objectifs du DSCE, garant de l'efficacité de cette importante structure réorganisée en décembre 2010 par un arrêté du Premier Ministre, Chef du Gouvernement.

Nous saisissons cette occasion pour remercier, au nom du Gouvernement, tous les intervenants du secteur santé et notamment, les ministères apparentés à la santé, le sous secteur privé de la santé, les Partenaires Techniques et Financiers, les Organisations de la Société Civile, qui n'ont ménagé aucun effort pour que cet important outil de travail qu'est le PNDS puisse voir le jour. En effet, l'élaboration du 1er PNDS du Cameroun a été très laborieuse mais très fouillée, très participative et très sérieuse ; nous ne pouvons donc que nous en réjouir et féliciter tous ceux qui ont œuvré de près ou de loin à l'atteinte de ce résultat.

Nos remerciements et félicitations s'adressent enfin aux différents groupes d'experts nationaux et internationaux qui ont travaillé avec dévouement et compétence pour la mise en cohérence de l'ensemble du document, particulièrement le comité de rédaction, animé par le Secrétariat technique du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé et la Cellule Technique CDMT du MINSANTE.

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**



**André MAMA FOUA**

## COMITE DE REDACTION

- Coordinateurs :** **Monsieur André MAMA FOU DA**  
Ministre de la Santé Publique
- Monsieur Alim HAYATOU**  
Secrétaire d'Etat à la Santé Publique
- Superviseur:** **Pr. ANGWAFO III FRU**  
**Général** Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique
- Superviseur :** **Dr René Vincent OWONA ESSOMBA**  
**Technique** 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)

- Membres :**
- **Dr NGUM John WONGHI**  
Expert en Santé Publique ST/CP-SSS
  - **M. BANGUE Bernard**  
Expert en Planification Sanitaire ST/CP-SSS
  - **Dr NISSACK Françoise Marcelle**  
Médecin de Santé Publique, NPO/ OMS
  - **M BESSALA Protais**  
Coordonnateur CT/CDMT
  - **M. GWET Achille Félicien**  
Expert Financier ST/CP-SSS

### EQUIPE TECHNIQUE D'APPUI :

- **M. BOGNI TSANE Francis**  
Cadre ST/CP-SSS
- **M. OMOGA ABIMANA Omer**  
Cadre ST/CP-SSS
- **M. MFOUAPON NJUOMSHETKU Henock**  
Cadre CT/CDMT
- **AMOUGOU Rose**  
Secrétaire ST/CP-SSS
- **NGA MANI Salomé**  
Secrétaire ST/CP-SSS

## RESUME

- 1 La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2010 a été adoptée en octobre 2001 par le gouvernement à l'issue d'un processus participatif associant les différents acteurs à savoir les partenaires au développement, les secteurs apparentés à la santé, les organisations de la société civile, les structures de dialogue en santé et les différents corps professionnels de la santé y compris le sous-secteur de la médecine traditionnelle. La mise en œuvre de cette stratégie s'est confrontée à des exigences liées aux changements survenus dans les contextes national et international : (i) Sur le plan national, la politique de décentralisation et le programme de gouvernance ont modifié durablement le paysage des relations entre les intervenants. De même, la situation économique, institutionnelle et politique a connu des changements structurels, notamment avec le nouveau contexte induit par l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE en 2006 et (ii) Sur la scène internationale, le secteur santé doit contribuer directement à l'atteinte de 03 OMDs (OMD 4, 5 et 6) sur les 08 ciblés. Par ailleurs, en ce qui concerne les 03 autres (OMD 1, 7 et 8), il contribue indirectement à leur atteinte et/ou bénéficie de leur contribution dans l'amélioration de l'état de santé des populations ; il devenait important et urgent que le Cameroun s'assure que sa stratégie sectorielle de santé pourra satisfaire à cet ambitieux agenda d'ici 2015 dans son contexte national.
- 2 C'est ainsi que les leçons apprises en 2007 suite à l'évaluation à mi parcours de la mise en œuvre de la SSS 2001-2010 pour la période 2001-2006 ont permis d'actualiser la dite stratégie pour la porter à l'horizon 2015 en cohérence avec les OMD. Dans l'esprit de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires Techniques et Financiers ont décidé de réorienter la mise en œuvre de la politique nationale de santé en utilisant d'une part l'Approche Sectorielle ou Sector Wide Approach (SWAp) en anglais et d'autre part l'opportunité donnée par l'admission du Cameroun au Partenariat International pour la santé et Initiatives Associées ou International Health Partnership (IHP+) en anglais.
- 3 La mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 (SSS/2001-2015) devant s'opérer à travers des plans stratégiques nationaux de développement sanitaire, le Ministère de la Santé Publique a opté pour une approche qui combine la planification « TOP-DOWN » avec la planification « BOTTOM-UP » et a mis en place des équipes pluridisciplinaires de planification sanitaire au niveau régional et de district. Dans ce cadre, chaque District de Santé a élaboré son Plan de Développement Sanitaire 2009-2013 (PDSD/2009-2013) ; ces PSDS ont été consolidés par chaque délégation régionale de la santé publique (DRSP) en un Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire (PRCDS/ 2009-2013). Au niveau national, avec les contributions des structures centrales du MINSANTE et ministères apparentés, des Organisations de la Société Civile, des sous-secteurs privés de la santé et des PTF, ces plans de développement sanitaire des niveaux périphérique et intermédiaire ont été consolidés pour constituer le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.
- 4 Le PNDS, assorti d'un cadrage budgétaire du secteur santé pour la période 2011-2015 arrimé lui-même sur le CDMT central de l'Etat du Cameroun, est appelé à servir de Programme Commun pour tous les intervenants du secteur santé, élément de base de l'Approche Sectorielle (SWAp) de santé, ainsi que pour le « COMPACT de IHP+ ». La mise en œuvre du PNDS se fait à travers des Plans de Travail Annuels

(PTA) budgétisés, ces derniers étant une consolidation du micro plan élaboré par chaque structure intervenant dans le secteur santé.

De l'analyse de situation du secteur santé, les problèmes prioritaires ainsi que les solutions y afférentes ci-après ont été identifiés par domaine d'intervention de la SSS 2001-2015.

## 5 Viabilisation du district de santé

### - Approvisionnement en médicaments :

Dans un souci d'équité, le modèle de gestion adopté impose aux CAPR un approvisionnement des formations sanitaires sur site. Des mesures d'accompagnement telles que la dotation en véhicules de distribution des médicaments et le renforcement des stocks sont indispensables au niveau des CAPR. Il est donc nécessaire de réserver une provision budgétaire conséquente au titre de la solidarité nationale qui est préconisée afin de couvrir les déficits.

### - Développement et gestion des Ressources Humaines en Santé

L'écart entre l'effectif 2010 (19 709) et les besoins (49 905) selon les normes est très grand et ne pourra pas être comblé d'ici 2015. Il est donc nécessaire d'évaluer les besoins réels en quantité et en qualité des RH afin d'équilibrer de manière efficiente la situation des RH au Cameroun. C'est dans cette optique que s'élabore actuellement le Plan de développement des ressources humaines en santé ou PDRHS (en cours de finalisation) dont la mise en œuvre interviendra au cours de la période 2011-2015.

### - Financement de l'offre en services et soins de santé

Pour le CDMT du PNDS 2011 - 2015, il s'agira de veiller à un juste équilibre pour une plus grande efficacité de la dépense en permettant à la fois plus d'investissements pour augmenter l'accès aux services mais également plus de fonctionnement pour rentabiliser les investissements effectués.

### - Financement de la demande en services et soins de santé

Pour diversifier les mécanismes de la stimulation de la demande, il est envisagé de mettre en place un système de cheque santé (vouchers) dans le cadre du SWAp santé pour couvrir les besoins de la santé de la femme enceinte et de l'enfant jusqu'à l'âge de 1 an.

Dans un contexte général, le MINTSS est en train de mettre en place un système national de sécurité sociale qui intègre le volet santé.

## 6 Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

### - Contribution à l'atteinte de l'OMD1

Pour ce qui est du secteur santé, l'accent sera mis sur la Surveillance de la croissance de l'enfant, la Prise en charge de la malnutrition dans la communauté et dans les formations sanitaires, la promotion de l'alimentation saine y compris la fortification alimentaire ainsi que la supplémentation en micro nutriments.

### - Contribution à l'atteinte de l'OMD4

Les défis à relever sont : l'amélioration de la couverture vaccinale tout en élargissant la gamme des vaccins avec notamment l'introduction du vaccin contre le pneumocoque en 2011 et le rota virus en 2013, la prise en charge précoce (et gratuite pour les enfants de moins de 05 ans) du paludisme à domicile (dans les 24h qui suivent l'installation de la maladie), l'utilisation correcte des moustiquaires imprégnées, la prise en charge des diarrhées et infection respiratoires aux niveaux

clinique et communautaire, la nutrition adéquate des enfants et les conditions d'hygiène dans les ménages.

- Contribution à l'atteinte de l'OMD5

Fort de ce qui précède, l'on doit retenir que pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle et néonatale, il faut surmonter les trois retards que sont : i) le retard de la prise de décision d'aller à l'hôpital souvent associé à l'ignorance des signes de danger liés à la grossesse ; ii) le retard pour arriver à l'hôpital (mauvaises routes, manque de moyen de transport ou mauvaise organisation communautaire de transport ; et, (iii) le retard de la prise en charge intra hospitalière (insuffisance en quantité et en qualité de personnels qualifiés et la mauvaise organisation des services). A long terme, les interventions dans le domaine de la santé viseront la réduction de la mortalité maternelle et infantile à travers les six piliers de réduction de la mortalité maternelle à savoir :

- la CPNR ;
- le repositionnement de la PF ;
- les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- l'accouchement assisté par un personnel qualifié ;
- les audits de décès maternels ;
- la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services existants ainsi que par le dépistage précoce et la prise en charge adéquate des cancers génésiques et des fistules obstétricales.

7 Lutte contre la maladie

- Contribution à l'atteinte de l'OMD6

Dans la lutte contre le VIH, le défi pour diminuer les nouvelles infections, c'est de poursuivre la sensibilisation en faveur de la prévention, en adaptant les messages à tous les groupes et couches de la population. Grâce au leadership des pouvoirs publics, la réponse nationale au VIH au Cameroun est organisée depuis 2000 autour d'un cadre d'intervention multisectoriel et le Plan Stratégique National (PSN) 2011 – 2015 dit de 3ème génération, qui se veut multisectoriel et décentralisé, a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays. La mise en œuvre de ce PSN permettra d'atteindre les résultats suivants :

La prévalence générale est stabilisée et commence à s'inverser à l'horizon 2015 ;

La PTME est virtuellement éliminée à l'horizon 2015, ce qui contribuera à réduire la mortalité infantile ;

Les nouvelles infections sont réduites d'au moins 50% dans les groupes les plus exposés au risque à l'horizon 2015 ;

L'accès aux soins, traitements et soutien est assuré pour au moins 80% des PVVIH, des OEV et des autres personnes vulnérables à l'horizon 2015, ce qui permettra d'atteindre l'accès universel et les OMD. Des efforts seront donc faits pour rendre les ARV disponibles dans toutes les structures de prise en charge des districts de santé.

Le Gouvernement, avec l'appui de ses partenaires, portera ses interventions particulièrement sur :

- le conseil et le dépistage volontaire ;
- le diagnostic et la prise en charge des IST ;
- la sécurité sanguine ;
- la prise en charge médicale des PVVIH ;
- la nutrition des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- la surveillance de la résistance aux ARV ;
- la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.

Dans la lutte contre le paludisme, le défi c'est de rendre la MILD disponible et accessible à tous les ménages en réduisant (le coût, de renforcer son utilisation par toutes les populations cibles, d'assurer la prise en charge correcte et précoce des cas de paludisme aux niveaux communautaire, des services de santé orientés vers les populations et niveau clinique, d'assainir l'environnement dans les quartiers pauvres des grands centres urbains, tout en continuant la politique de facilitation de l'accès aux médicaments antipaludéens. Les objectifs ci-après sont visés à l'horizon 2015 :

- au moins 80% de la population dorment sous moustiquaire imprégnée à longue durée d'action ;
- 80% d'enfants de moins de 05 ans dorment sous moustiquaire imprégnée/longue durée ;
- 80% de relais communautaires appliquent le paquet de prise en charge communautaire du paludisme dans au moins 4/5 des aires de santé de chaque district ;
- 60% des formations sanitaires appliquent les normes et standards de prise en charge du paludisme dans au moins 4/5 des districts de santé de chaque région.

En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, l'effort sera maintenu dans la même lancée et un accent particulier mis sur la recherche des perdus de vue. La politique de la prise en charge de la coïnfection VIH/TB sera mise en œuvre sur toute l'étendue du territoire national. Il faudra ensuite intensifier la mobilisation des financements pour renforcer la prise en charge des malades du SIDA et de la tuberculose, et réduire le taux de perdus de vue parmi les tuberculeux.

- Prise en charge efficace intra-hospitalière

Il va falloir renforcer la PCIME Clinique et communautaire et en faire une intervention prioritaire à mettre à échelle dans les aires de santé. Pour réduire la morbidité au sein des femmes enceintes dans les aires de santé et espérer réduire significativement la mortalité maternelle, il est pertinent et opportun de mettre un accent particulier sur la mise en œuvre des interventions préventives lors des CPN recentrées avec prioritairement la distribution et la sensibilisation à l'utilisation des MII, le Traitement Préventif Intermittent (TPI), la PTME et la Supplémentation en micronutriments (Fer acide Folique) ainsi que la prise en charge syndromique des IST. Bien évidemment, un système de référence et contre référence pour les complications de grossesses doit être rendu fonctionnel.



**Tableau Synoptique de Planification du PNDS**

Cadre d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables	Sources de vérification	Suppositions importantes
<p><b>But :</b></p> <p>Contribuer à l'atteinte des OMD liés à la santé</p>	<p>Taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 05 ans de 8% au plus</p> <p>Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</p> <p>Taux de mortalité infantile</p> <p>Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</p> <p>Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes)</p> <p>Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p> <p>Taux de prévalence du VIH</p> <p>Taux d'utilisation de préservatifs</p> <p>Nombre d'enfants orphelins du SIDA</p> <p>Taux de prévalence du paludisme (enfant de 0 à 5 ans)</p> <p>Taux de mortalité lié au paludisme (pr 100 000 habitants)</p> <p>Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme</p> <p>Taux de prévalence de la tuberculose (pr 100 000 habitants) et taux de mortalité lié à cette maladie</p> <p>Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe</p> <p>Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée</p> <p>Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées</p>	<p>Enquêtes (EDS/MICS...)</p> <p>NHMIS</p> <p>Revue sectorielle</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Etudes spécifiques</p>	<p>La santé est une priorité du gouvernement</p> <p>(Forte volonté politique)</p>
<p><b>Objectif:</b></p> <p>Opérationnaliser la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015</p>	<p>% des DS en phase de consolidation</p> <p>Taux de couverture de la population par les différents mécanismes d'assistance sociale fonctionnelle</p> <p>Proportion des interventions prioritaires passées à échelle par mode de prestation des services : communautaire, vers la population et clinique individuelle</p>		<p>La coordination intra sectorielle est efficace à travers le SWAp santé</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p> <p><b>R1</b> : le système de santé est renforcé</p>	<p>Proportion de districts de santé possédant au moins une mutuelle</p> <p>Proportion de la population bénéficiant des services des mutuelles de santé</p> <p>Nombre de jours de rupture de stock des médicaments traceur</p> <p>Proportion des formations sanitaires appliquant les tarifs officiels</p>	<p>Enquêtes (EDS/MICS</p> <p>ECAM, PETS etc)</p> <p>NHMIS</p> <p>Revue sectorielle</p>	<p>Les structures opérationnelles mettent en œuvre les interventions prioritaires</p>



Cadre d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables	Sources de vérification	Suppositions importantes
	<p>Nombre de personnel de santé pour 1 000 habitants</p> <p>Proportion des Districts de Santé en phase de consolidation</p> <p>Proportion de formations sanitaires mettant en œuvre le PMA/PCA</p> <p>Le plan intégré de suivi évaluation est disponible</p> <p>Indice de satisfaction de l'utilisateur</p>	<p>Rapports annuels d'activités</p> <p>Etude CAP</p> <p>Registres</p> <p>RMA</p> <p>Publications scientifiques</p>	
<p><b>R2: La santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent améliorée</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proportion de femmes ayant effectué 4 CPNR</li> <li>-Proportions d'accouchements assistés par un personnel qualifié</li> <li>-Taux d'utilisation des MILD</li> <li>-Taux de couverture en TPI (% de femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP)</li> <li>-Taux de couverture vaccinale en VAT2+</li> <li>-Proportion de DS répondant aux critères de l'élimination du Tétanos Maternel Néonatal (TMN) (VAT2+ ≥ 80% et CPN4 ≥ 70% dans tous les DS)</li> <li>-Taux de couverture en PTME</li> <li>-% de femmes enceintes dépistées</li> <li>-% de femmes enceintes séropositives sous ARV prophylactique,</li> <li>-Proportion d'enfants nouveaux nés à risque mis sous traitement prophylactique à la naissance</li> <li>-Proportion d'enfants séropositifs après 12, 15 ou 18 mois</li> <li>-Taux de césarienne</li> <li>-Proportion des complications obstétricales prises en charge (anémies, paludisme, pré éclampsie/éclampsie)</li> <li>-% de femmes ayant été reçues en post partum</li> <li>-Proportion de FS SONU/C</li> <li>-Proportion de cas de fistules obstétricales réparées</li> <li>-Proportion de cas de cancer du sein et du col pris en charge</li> </ul>	<p>Bulletins d'information</p>	

Cadre d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables	Sources de vérification	Suppositions importantes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de cas d'avortements compliqués pris en charge</li> <li>-Proportion de petit poids de naissance</li> <li>-% de personnel offrant les services de PF formés</li> <li>-Taux de prévalence contraceptive moderne</li> <li>-Taux de couverture vaccinale à la rougeole</li> <li>-Taux de couverture vaccinale au DTC-Hep Hib 3</li> <li>-Proportion/nombre de DS ayant une couverture supérieure ou égale à 80%</li> <li>-Pourcentage de FS de chaque district qui offrent des services de PEV en stratégies fixes (&lt;5km), avancée (&gt;5&lt;20km), mobile (&gt; 20km)</li> <li>-Proportion d'enfants en âge préscolaire suivi avec la courbe de croissance</li> <li>-Proportion des adolescents ayant des connaissances aptitudes et pratiques appropriées relatives à la vie courante</li> <li>-Proportion d'élèves et d'étudiants ayant bénéficié d'une visite médicale systématique</li> <li>-Proportion des FS offrant des services conviviaux de santé des adolescents</li> <li>-Proportion d'orphelins ayant bénéficié de soins de qualité gratuits</li> <li>-Proportion des aires de santé qui mènent des activités de promotion de PEC communautaire de la malnutrition aigüe</li> <li>-Pourcentage de DS mettant en œuvre l'approche PCIME</li> </ul>		
<b>R3 : La lutte contre la maladie renforcée:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proportion de district prenant en charge les PVVIH par les ARV selon les normes et standards</li> <li>-Pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant effectué un test de dépistage et retiré les résultats.</li> <li>-Pourcentage d'hommes et de femmes déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport à risque</li> <li>-Pourcentage des patients adultes et enfants éligibles mis sous ARV encore en vie 12 mois après le début du traitement</li> <li>-Proportion de formations sanitaires prenant en charge le paludisme selon les normes et</li> </ul>		

Cadre d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables	Sources de vérification	Suppositions importantes
	<p>standards</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proportion d'enfants de moins 05 ans déclarés avoir dormi sous moustiquaire imprégnée / longue durée la nuit précédente l'enquête. (80%)</li> <li>-Proportion de relais communautaires appliquant le paquet de prise en charge communautaire du paludisme (80%)</li> <li>-Proportion des formations sanitaires appliquant les normes et standards de prise en charge du paludisme (60%)</li> <li>-Proportion de femmes enceintes ayant reçu TPI2</li> <li>-Proportion de formations sanitaires prenant en charge la Tuberculose selon les normes et standards</li> <li>-Taux de couverture vaccinale au BCG dans chaque district de santé (au moins 80%)</li> <li>-Taux de détection annuel de la Tuberculose par 100 000 habitants (au moins 70% du nombre estimés des cas de Tuberculose Pulmonaire à bacilloscopie positive ou TPM+)</li> <li>-Taux de guérison (85%)</li> <li>-Proportion de formations sanitaires prenant en charge les maladies non transmissibles selon les normes et standards</li> <li>-Prévalence des maladies non transmissibles</li> <li>-Nombre de centres spécialisés de prise en charge efficace de cas de drépanocytose fonctionnels par région (au moins deux)</li> <li>-Nombre de centres spécialisés de prise en charge de cas d'hypertension artérielle de diabète, de l'asthme et de l'épilepsie fonctionnels par région (au moins deux)</li> <li>-Proportion de formations sanitaires prenant en charge les maladies tropicales négligées selon les normes et standards</li> <li>-Nombre de maladies tropicales négligées intégrées dans le paquet de soins</li> <li>-Nombre de cas de maladies tropicales négligées dépistés dans les Formations Sanitaires</li> </ul>		
<p><b>R4 : Les populations adoptent de plus en plus des comportements/attitudes sains</b></p>	<p>-Connaissance-Attitude-Pratique (CAP) des populations sur les thématiques spécifiques à renseigner</p>	<p>Enquêtes Revue sectorielle</p>	

Cadre d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables	Sources de vérification	Suppositions importantes
		Rapports d'activités Etudes CAP	
<b>Activités 1 : Actions prioritaires (DSCE)</b>			
1. Viabilisation de la santé	Proportion des Districts de Santé viabilisés	Etude	Le principe de gestion axée sur les résultats est approprié par les intervenants  Le système d'informations sanitaire est renforcé par la collecte complémentaire des informations
2. Formation et mise à disposition des personnels médicaux	Nombre de médecins par habitant	EDS/MICS	
3. Contrôle de la qualité des services hospitaliers	Indice de satisfaction de l'usager	Etudes	
4. Mise à disposition des médicaments à des coûts abordables	Part des Médicaments disponibles à coûts abordables	Etudes	
5. Mise en route d'un service mobile de district de santé	Proportion de districts de santé ayant un service mobile de santé effectif	Etudes	
6. Santé de la mère et de l'enfant	Proportions d'accouchements assistés par un personnel qualifié	EDS/MICS	
7. Lutte contre le VIH/SIDA	Proportion des districts de santé disposant régulièrement d'ARV	NHMIS/Etudes	
8. Lutte contre le Paludisme	Proportion de formations sanitaires répondant aux normes et standards de prise en charge de paludisme	Etudes	
9. Hygiène du milieu et corporelle	Pourcentage des familles utilisant des installations sanitaires améliorées	EDS/MICS	
10. Promotion des mutuelles de santé <sup>1</sup>	Proportion de districts de santé possédant au moins une mutuelle *Proportion de la population bénéficiant des services des mutuelles de santé	Etude <sup>2</sup> Etudes	
<b>Activités 2 : Chronogramme d'activité du PNDS conforme à la nomenclature de la SSS 2001-2015</b>	Voir chronogramme d'activités du PNDS ci-dessous	NHMIS, Rapports d'activités, Revue sectorielle	

<sup>1</sup> Source : Répertoire des mutuelles de santé au Cameroun 2006 (GIZ, Coop française) et répertoire des mutuelle de santé en cours de finalisation 2008 (GIZ, plate forme des promoteurs des mutuelles de santé au Cameroun

<sup>2</sup> Cartographie des mutuelles de santé

# INTRODUCTION

---

- 1 La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2010 a été adoptée en octobre 2001 par le gouvernement à l'issue d'un processus participatif associant les différents acteurs à savoir les partenaires au développement, les secteurs apparentés à la santé, les organisations de la société civile, les structures de dialogue en santé et les différents corps professionnels de la santé y compris le sous-secteur de la médecine traditionnelle. La mise en œuvre de cette stratégie s'est confrontée à des exigences liées aux changements survenus dans les contextes national et international : (i) Sur le plan national, la politique de décentralisation et le programme de gouvernance ont modifié durablement le paysage des relations entre les intervenants. De même, la situation économique, institutionnelle et politique a connu des changements structurels, notamment avec le nouveau contexte induit par l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTTE en 2006 et (ii) Sur la scène internationale, le secteur santé doit contribuer directement à l'atteinte de 03 OMDs (OMD 4, 5 et 6) sur les 08 ciblés. Par ailleurs, en ce qui concerne les 03 autres (OMD 1, 7 et 8), il contribue indirectement à leur atteinte et/ou bénéficie de leur contribution dans l'amélioration de l'état de santé des populations ; il devenait important et urgent que le Cameroun s'assure que sa stratégie sectorielle de santé pourra satisfaire à cet ambitieux agenda d'ici 2015 dans son contexte national.
- 2 C'est ainsi que les leçons apprises en 2007 suite à l'évaluation à mi parcours de la mise en œuvre de la SSS 2001-2010 pour la période 2001-2006 ont permis d'actualiser la dite stratégie pour la porter à l'horizon 2015 en cohérence avec les OMD. Dans l'esprit de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires Techniques et Financiers ont décidé de réorienter la mise en œuvre de la politique nationale de santé en utilisant d'une part l'Approche Sectorielle ou Sector Wide Approach (SWAp) en anglais et d'autre part l'opportunité donnée par l'admission du Cameroun au Partenariat International pour la santé et Initiatives Associées ou International Health Partnership (IHP+) en anglais.
- 3 Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires au Développement mettent un accent particulier à la viabilisation pérenne des Districts de Santé à travers le renforcement du système national de santé Camerounais notamment la mobilisation de ses intrants et l'amélioration de ses processus. Le District de Santé ainsi viabilisé, sera en mesure de produire non seulement des résultats qui permettent d'atteindre les OMD, mais aussi tout autre résultat estimé nécessaire pour l'amélioration des principaux indicateurs de santé.
- 4 La mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 (SSS/2001-2015) devant s'opérer à travers des plans stratégiques nationaux de développement sanitaire, le Ministère de la Santé Publique a opté pour une approche qui combine la planification « TOP-DOWN » avec la planification « BOTTOM-UP » et a mis en place des équipes pluridisciplinaires de planification sanitaire au niveau régional et de district. Dans ce cadre, chaque District de Santé a élaboré son Plan de Développement Sanitaire 2009-2013 (PDSD/2009-2013) ; ces PSDS ont été consolidés par chaque délégation régionale de la santé publique (DRSP) en un Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire (PRCDS/ 2009-2013). Au niveau national, avec les contributions des structures centrales du MINSANTE et ministères apparentés, des Organisations de la Société Civile, des sous-secteurs privés de la santé et des PTF ces plans de développement sanitaire des niveaux périphérique et

intermédiaire ont été consolidés pour constituer le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.

- 5 Le PNDS, assorti d'un cadrage budgétaire basé sur le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) du secteur santé pour la période 2011-2015 arrimé lui-même sur le CDMT central de l'Etat du Cameroun, est appelé à servir de Programme Commun pour tous les intervenants du secteur santé, élément de base de l'Approche Sectorielle (SWAp) de santé, ainsi que pour le « COMPACT de IHP+ ». La mise en œuvre du PNDS se fait à travers des Plans de Travail Annuels (PTA) budgétisés, ces derniers étant une consolidation du micro plan élaboré par chaque structure intervenant dans le secteur santé.
- 6 Les PTA budgétisés seront pris en compte dans l'élaboration du projet de budget annuel de chaque Ministère et autres intervenants concernés du secteur à travers l'inscription des opérations budgétaires correspondantes. Ceci a pour conséquence une meilleure coordination de toutes les interventions du secteur en vue d'optimiser l'utilisation des ressources affectées à la santé des populations du Cameroun.

# CHAPITRE UN : ANALYSE DE SITUATION

Ce chapitre présente les généralités sur le Cameroun, l'analyse du système de santé et l'analyse des résultats produits par ce dernier. Chaque analyse se termine par des conclusions qui sont utilisées pour développer le cadre logique d'intervention du PNDS 2011-2015.

## 1.1 Généralités sur le Cameroun

7 Pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2ème et 13ème degrés de latitude Nord et les 9ème et 16ème degrés de longitude Est, le Cameroun, de forme triangulaire avec une superficie de 475.440 Km<sup>2</sup>, s'étend du Sud au Nord sur près de 1.200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord - Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au Sud - Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique. Le milieu naturel est très diversifié avec des écosystèmes multiples:

- le plateau central a une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique, un climat chaud et humide avec des précipitations abondantes.
- la plaine côtière est une région de très faible altitude où prédomine une végétation de mangroves avec une pluviosité abondante.
- les hauts plateaux de l'ouest, une région de terres volcaniques ont une végétation peu dense et un climat frais.
- le plateau de l'Adamaoua présente un climat de type soudano-sahélien plutôt tempéré avec des savanes arbustives et des forêts galeries.
- la plaine de la Bénoué, dont la végétation dominante est une savane herbeuse parsemée de steppes, a un climat de type sahélien.
- Le climat devient chaud et sec avec des précipitations raréfiées au fur et à mesure que l'on s'approche du lac Tchad.

8 Le Cameroun est une mosaïque humaine, riche de plus de 200 ethnies et presque autant de langues nationales. Les deux langues officielles sont : l'Anglais et le Français. Le paysage politique est animé par plus de 200 partis politiques.

9 La population estimée à 15 millions d'habitants en 2000 est chiffrée à 19 406 100 en 2010 (soit 49% d'hommes et 51% de femmes), avec un taux de croissance démographique annuel de 2,6%. D'après le rapport « La Population du Cameroun en 2010, 3ème RGPH », la structure de la population reste caractérisée par son extrême jeunesse et se présente ainsi qu'il suit :

- Moins de cinq (05) ans : 16,9%
- 5-14 ans : 26,7%
- 15-24 ans : 20,6%
- Plus de 65 ans : 3,3%

L'âge médian de la population est de 17,7 ans et l'âge moyen se situe à 22,1 ans. La frange potentiellement active de la population (15 – 49 ans)<sup>1</sup> représente 47,0 %. Dans

---

<sup>1</sup> Source : Rapport RGPH 2010

l'ensemble, la progression de la population depuis 2006 et extrapolée à 2012 est présentée dans le tableau 1 ci-dessous. Les chiffres relatifs aux différents groupes cibles sont obtenus à partir des objectifs fournis par les programmes sur la base des proportions démographiques selon les estimations de l'INS 2007.

**Tableau 1 : Progression de la population et de ses cibles (2010 – 2015)**

Année	Populat ion Totale <sup>2</sup> (Estima tion)	0-11 Mois 4%	6-11 Mois 2%	0-59 Mois 18%	12-59 Mois 14%	Adole scent 10-18 ans 18%	FEAP 15- 49ans 23%	Gross esses Attend ues 5%	Naiss ances Vivant es 5%	FPP 4%	Cible Oncho cerco se 80%	Déparasita ge 2-15 ans 40 %
2010	19 406 100	776 244	388 122	3 493 098	2 716 854	3 493 098	4 463 403	970 305	970 305	776 244	14 942 697	7 762 440
2011	19 917 275	796 691	398 346	3 585 110	2 788 419	3 585 110	4 580 973	995 864	995 864	796 691	15 336 302	7 966 910
2012	20 386 799	815 472	407 736	3 669 624	2 854 152	3 669 624	4 688 964	1 019 340	1 019 340	815 472	15 697 835	8 154 720
2013	20 902 893	836 116	418 058	3 762 521	2 926 405	3 762 521	4 807 665	1 045 145	1 045 145	836 116	16 095 228	8 361 157
2014	21 432 053	857 282	428 641	3 857 769	3 000 487	3 857 769	4 929 372	1 071 603	1 071 603	857 282	16 502 680	8 572 821
2015	21 917 602	876 704	438 352	3 945 168	3 068 464	3 945 168	5 041 048	1 095 880	1 095 880	876 704	16 876 554	8 767 041

Le phénomène d'urbanisation gagne en importance puisque la population urbaine représentait 48,8% en 2005 et 52% en 2010 avec une forte concentration à Douala et Yaoundé (environ 1,9 et 1,8 millions respectivement)<sup>3</sup>. Plusieurs autres villes ont une population de plus de cent mille habitants à l'exemple de Garoua, Maroua, Bamenda, Bafoussam, Kumbo, Nkongsamba et Ngaoundéré. La taille moyenne du ménage est de 4,4 personnes en 2007 (ECAM III) contre 5 en 2001 (ECAM II). Plus de 4 personnes sur 10 vivent dans un ménage nucléaire ou unipersonnel

- 10 Le récent texte portant réorganisation administrative du Cameroun a découpé le pays en régions, départements et arrondissements. En application de ce texte, le pays compte aujourd'hui 10 Régions, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 communes.
- 11 Le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région CEMAC. En effet, en 2008, son PIB était estimé à 10 434 milliards de francs CFA soit 30,82% de celui de la sous-région (33 855,70 milliards de francs CFA)<sup>4</sup>. Les engagements pris par les chefs d'Etat devraient davantage faciliter les échanges commerciaux entre les états membres. Une bourse des valeurs immobilières a vu le jour à Douala, et de nombreuses institutions financières et établissements de micro finance fonctionnent à travers le pays. Cette situation est due à la bonne exécution des programmes de réformes macro-économiques et structurelles par le Gouvernement depuis 1996 avec l'appui de ses partenaires au développement. Ceci a permis l'atteinte du point de décision de l'Initiative PPTE en Septembre 2000. La mise en œuvre des programmes du Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) approuvée par les institutions de Bretton Woods, a conduit à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE en avril 2006. Dès lors, les

<sup>2</sup>Source : Population Estimations 2010 – 2015, 3<sup>ème</sup> RGPH 2005, ST/CP-SSS 2010

<sup>3</sup>Source : pp BUCREP 2010 (chiffres du recensement général de la population)

<sup>4</sup> Source : MINEPAT (DAE)



secteurs sociaux, notamment la santé, ont ainsi bénéficié de nombreuses opportunités de financement à l'instar du C2D et de l'IADM.

Par ailleurs, l'on assiste à l'émergence des mécanismes innovants de financement de la santé dont la Facilité Internationale de Financement pour la Vaccination (International Financing Facilities for Immunization ou IFFIm), l'Advanced Market Commitments (AMCs), le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, l'Alliance GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization), les Agences des Nations Unies etc.

- 12 Quant aux indicateurs de développement humain, la situation en 2010 est présentée sur le tableau 2 ci-dessous.

**Tableau 2 : Indicateurs de développement humain en 2010**

Indicateurs	Cameroun	Côte d'Ivoire	Afrique Sub-saharienne	Pays les moins développés	Tous les pays en développement
Espérance de vie à la naissance (en années)	51,7	58,4	52,7	57,7	69,3
Indicateur de niveau d'éducation	0,660	0,487	0,571	0,519	0,725
Indicateur de PIB (selon la parité pouvoir d'achat)	0,523	0,375	0,500	0,452	0,662
Indicateur de développement humain	0,460	0,397	0,389	0,386	0,624
Scolarité Combinée (Secondaire et Supérieure)	62,3%		50,6%	48,0%	64,1%
PIB par habitant (USD)	2 299	1 690	1 998	1 499	5 282

Source : Rapport mondial sur le développement humain 2010

L'espérance de vie à la naissance a régressé en raison de la pauvreté, de la pandémie du SIDA et des endémies, passant de 53,3 ans (hommes : 52,54 ans ; femmes : 54,08 ans) en 2008<sup>5</sup> à 51,7 ans en 2010 (Cf. tableau ci-dessus).

En ce qui concerne l'emploi, la récession économique ayant rétréci les perspectives, le secteur informel reste largement prédominant.

## 1.2 Système de santé

- 13 Depuis 2009, la nouvelle politique socio-économique du Gouvernement est traduite par les documents suivants: (1) Cameroun Vision 2035 dont le but est de faire du « Cameroun, un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité», (2) le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) est désormais, conformément à la Déclaration de Paris, le cadre de référence de la politique et de l'action Gouvernementale ainsi que le lieu de convergence de la coopération avec les partenaires techniques et financiers en matière de développement. Il constitue ainsi le vecteur de la recherche de la croissance et de la redistribution de fruits jusqu'aux couches les plus vulnérables de la population avec un accent particulier sur les femmes et les jeunes (3) les stratégies sectorielles et leurs CDMT.
- 14 Fort d'un contexte évolutif sur la scène nationale et internationale, la SSS 2001-2010 a été actualisée, sur la base des leçons tirées lors de l'évaluation à mi-parcours de sa mise en œuvre, pour l'arrimer à l'horizon 2015 en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement. La mise en œuvre de la SSS actualisée est basée sur les interventions selon une nomenclature déclinée en domaines, classes, catégories et types d'intervention. A partir de chaque type d'intervention, chaque

<sup>5</sup> Source : CIA World Factbook, 2008

niveau dégagera les activités correspondant à ses missions primaires. Au niveau du DS, unité d'opérationnalisation de la SSS, cette approche se traduit par l'intégration de fait des activités de toutes les interventions en santé. En outre, chaque département ministériel apparenté au secteur développera dans son plan d'action les activités des types d'interventions relevant de son domaine de compétence par niveau de sa structuration.

### 1.2.1 Organisation du secteur

- 15 Dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS, le système national de santé reste structuré en trois niveaux à savoir le niveau opérationnel, niveau régional et niveau central. Ce système national de santé s'articule en trois sous-secteurs :
- un sous-secteur public qui comprend également des structures sanitaires sous-tutelle d'autres Départements Ministériels à l'instar de ceux en charge de la Défense, du Travail et de la Sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale), des Enseignements Secondaires, de l'Enseignement Supérieur, de l'Administration Pénitentiaire, de la Sureté Nationale, etc.
  - un sous-secteur privé qui regroupe les structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif.
  - Un sous secteur de la médecine traditionnelle qui est une composante du système de santé que l'on ne saurait négliger ou ignorer. Le regain d'intérêt de l'Etat pour sa promotion s'est manifesté à travers diverses actions notamment : (i) la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique, pour en assurer l'intégration dans le système national de santé ; (ii) l'élaboration d'un cadre juridique en cours d'adoption ; (iii) La revitalisation de l'Institut de Recherche Médicale et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM) ; (iv) l'incitation à l'organisation des tradipraticiens en Associations. Cependant, plusieurs problèmes minent encore cette composante du secteur santé dont: (a) la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne; (b) la non structuration de la profession de tradipraticien ; (c) l'analphabétisme de la plupart des tradi-praticiens ; (d) la mystification des pratiques ; et l'infiltration de la profession par de nombreux charlatans.
- 16 Les intervenants du secteur de la santé sont de plusieurs ordres. Au terme de l'identification des parties prenantes dans le secteur, l'analyse de leurs rôles et intérêts, opportunités et menaces est présentée en annexe. Ces acteurs sont soit responsables ou alors autres concernés dans le chronogramme d'activités du PNDS.
- 17 Les facteurs pouvant influencer la santé sont les mass médias, la culture et la religion. Les opportunités et menaces liées à ces facteurs sont présentées en annexe.
- 18 L'analyse à priori des actions prioritaires du DSCE permet de dégager les forces d'une part et les faiblesses d'autre part qui conditionnent ou entravent le passage à l'échelle des interventions à hauts impacts. Le résultat de cette analyse déjà prise en compte dans la formulation des problèmes et solutions y relative est présenté en annexe. **Certains problèmes relatifs à la mise en œuvre de cette politique de santé d'envergure nationale ont été identifiés dans le tableau 3 ci-dessous. Les solutions y relatives et retenues comme prioritaires en vue d'amener les services déconcentrés à jouer pleinement leurs rôles avec l'appui du niveau central sont prises en compte dans le chapitre 2 de ce document.**

**Tableau 3 : Problèmes liés à la mise en œuvre des actions prioritaires**

<b>Indicateurs / Repères du DSCE</b>	<b>Problèmes liés à la progression vers la cible</b>
Proportion des districts de santé avec des structures viables (phase de consolidation)	L'offre des services et soins de santé n'est pas capable actuellement de permettre un passage à l'échelle en vue d'améliorer l'accessibilité par les populations aux soins et services de qualité :  Accessibilité inférieure à 45 %  Beaucoup des décès sont enregistrés au niveau des CSI et CMA et aussi au niveau de l'HD due à un mauvais fonctionnement du système de référence vers le niveau le plus approprié devant assurer la continuité des soins.  L'inadéquation du plateau technique au niveau de l'HD contribue également à ces décès. L'inadéquation du plateau technique au niveau de l'HR contribue aux ces décès des cas référés à ce niveau.  La contre référence ne se fait pas systématiquement selon les règles
Proportion des districts de santé avec un plateau technique conforme aux normes	
Référence contre référence	
Nombre de personnel de santé pour 1 000 habitants	Faible disponibilité qualitative et quantitative en ressources humaines en santé
Médicaments disponibles à des coûts abordables	Faible accessibilité des populations aux médicaments
Proportion de districts de santé possédant au moins une mutuelle	Non appropriation des stratégies de promotion des mutuelles santes. Absence d'une disposition légale portant obligation des populations à entrer dans un dispositif de protection sociale
Proportion de la population bénéficiant des services des mutuelles de santé	Le manque d'expertise et le bénévolat du personnel du comité de gestion Insuffisance des mécanismes de la stimulation de la demande Faible taux de pénétration Manque de fidélité des membres dans les cotisations Faible capacité financière des populations Méfiance de la population vis-à-vis des mutuelles de Santé
Indice de satisfaction de l'utilisateur	Non systématisation des enquêtes de satisfaction de l'utilisateur Faible gouvernance du secteur
Disponibilité des informations sanitaires	Absence des outils permettant une collecte uniforme Absence de formation à la gestion de l'information sanitaire
La référence/contre-référence des malades	Le système national de référence contre référence des malades n'est pas organisé
La référence aux normes et standards est systématique dans les DS	La majorité des normes et standards ne sont pas élaborés tandis que les normes existant ne sont pas vulgarisées
Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié	– Faible efficacité allocative dans la gestion des ressources humaines – Faibles capacités du personnel en SONEU
Taux de la couverture vaccinale à la rougeole	– Occasions manquées – Assurer un service complet au moins pour ceux qui ont été une fois à la portée du système de santé et de leur plein gré ; comment faire pour minimiser les occasions – 38% des accouchements se font encore dans la communauté

Indicateurs / Repères du DSCE	Problèmes liés à la progression vers la cible
ARV disponible dans tous les districts de santé	– Insuffisance dans la disponibilité des Intrants (Matériel, Médicaments, RH)
Proportion de formations sanitaires prenant en charge la Tuberculose selon les normes et standards de prise	– Absence d'analyse causale de morbidité et mortalité par région et par DS
Proportion de formations sanitaires prenant en charge le paludisme selon les normes et standards	
Proportion de formations sanitaires prenant en charge les Maladies Non Transmissibles selon les normes et standards en vigueur	Accidents : – Problèmes liés au conducteur (non respect du code de la route, téléphones portables au volant, aucune mesure de protection, ivresse excès de vitesse etc.) – Problèmes liés à l'état des routes (mauvais état, absence de signalisation, dos d'ânes pièges etc.) – Problèmes liés à la qualité des voitures (vétusté et mauvais entretien etc.) – Problèmes liés aux autres usagers de la route (piétons, cyclistes, motocyclistes, animaux)
Proportion de formations sanitaires prenant en charge les Maladies Tropicales Négligées selon les normes et standards	Absence d'une politique claire organisant la prise en charge des Maladies Tropicales Négligées
Proportion de district de santé assurant la surveillance intégrée des maladies selon les normes et standards	Faible complétude et promptitude, insuffisances en ressources humaine et financière, faible accessibilité géographique.
Nombre des occasions manquées messages non adaptés aux communautés Inefficacité de la prévention des grossesses non désirées	Insuffisance de la communication intégrée Inadéquation des messages à la cible récurrence des grossesses indésirées

## 1.2.2 Offre de services

### 1.2.2.1 Couverture sanitaire Physique

19 La couverture sanitaire physique des 10 régions du Cameroun décrite ci-dessous (tableau 4) concerne tout le sous secteur public et uniquement le privé à but non lucratif.

**Tableau 4 : Couverture sanitaire physique par région**

Région	POP	SUPERFICIE Km <sup>2</sup>	Densité	A.S	CSI PUBLIQUE	FS Privé	CIMA	HG /HC	HR	H.D	FS sect, ap	D.S	Ratio pop/ CSI public	Ratio pop/ CIMA	Ratio pop/ HD	Ratio pop/ DS	Nombre total FS
AD	1 015 622	60 000	16,9	72	79	39	8	0	1	7	3	8	12 856	126 953	145 089	126 953	137
CE	3 525 664	71 050	49,6	291	284	230	39	6	0	29	40	30	12 324	89 744	120 690	116 667	628
ES	801 968	106 000	7,6	113	115	35	17	0	1	13	9	14	7 565	51 176	66 923	62 143	190
EN	3 480 414	41 984	82,9	263	262	55	19	0	2	22	8	28	13 299	183 390	158 382	124 443	368
LT	2 865 795	31 984	89,6	147	142	115	18	2	2	18	21	19	18 381	145 007	145 007	137 375	318
NO	2 050 229	63 005	32,5	159	127	30	5	0	1	11	15	15	14 445	366 892	166 769	122 297	189
NW	1 804 695	18 100	99,7	206	182	102	20	0	1	16	3	18	9 136	83 134	103 918	92 371	324

Région	POP	SUPERFICIE Km <sup>2</sup>	Densité	A.S	CSI PUBLIQUE	FS Privé	CMA	HG /HC	HR	H.D	FS sect, ap	D.S	Ratio pop/ CSI public	Ratio pop/ CMA	Ratio pop/ HD	Ratio pop/ DS	Nombre total FS
OU	1 785 285	13 960	127,9	234	316	177	27	0	1	20	17	20	8 580	100 422	135 570	135 570	558
SU	692 142	45 059	15,4	109	132	55	13	0	1	8	14	10	5 689	57 769	93 875	75 100	223
SW	1 384 286	24 300	57,0	191	162	60	15	0	2	12	28	18	8 227	88 847	111 059	74 039	279
<b>TOTAL</b>	<b>19 406 100</b>	<b>475 442</b>	<b>40,8</b>	<b>1 785</b>	<b>1 801</b>	<b>898</b>	<b>181</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>156</b>	<b>158</b>	<b>180</b>	<b>110 502</b>	<b>109 240</b>	<b>126 746</b>	<b>109 847</b>	<b>3 214</b>

Source: MINSANTE/DOSTS, 2010

20 Jusqu'à nos jours, il existe 10 Délégations Régionales réparties en 180 Districts de Santé dont 178 fonctionnels. Pour ce qui est des formations sanitaires, il y a 3214 dont 04 hôpitaux de 1ère catégorie (Hôpitaux Généraux), 04 hôpitaux de 2ème catégorie (Hôpitaux Centraux), 12 Hôpitaux de 3ème catégorie (Hôpitaux Régionaux), 156 hôpitaux de 4ème catégorie (Hôpitaux de Districts), 181 CMA et 1801 CSI de 5ème catégorie parmi lesquelles 1600 sont fonctionnelles. Certains hôpitaux de district ont été rénovés et leurs plateaux techniques améliorés pour en faire des hôpitaux régionaux annexes ; c'est le cas des hôpitaux de Nkongsamba, Buea, Sangmélina qui auront le statut d'hôpital sous-régional à la fin des travaux de réfection. On dénombre 93 hôpitaux privés, 193 centres de santé privés à but non lucratif, 798 formations sanitaires privées à but lucratif dont 384 cliniques/polycliniques et 414 cabinets des soins. Il existe 39 écoles de formation, 21 laboratoires d'analyse médicales agréées, 09 fabricants des médicaments (03 Yaoundé, 05 Douala et 01 Mbanga), 14 grossistes privés (08 Douala, 04 Yaoundé, 01 Bamenda, 01 Limbe), 01 Centrale Nationale d'Approvisionnement de Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME) et 10 Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux (CAPR), 331 Officines de pharmacies dont 181 sont localisées à Douala et Yaoundé (91 Yaoundé, 90 Douala). Il est à noter que les formations sanitaires publiques et confessionnelles disposent en leur sein, des points de vente des médicaments et consommables médicaux essentiels.

La carte sanitaire basée sur les normes en ressources humaines, infrastructures, équipements et ratio de couverture des populations n'existe pas. Ceci a pour conséquence le foisonnement des formations sanitaires clandestines et la création peu rationnelle des formations sanitaires publiques et privées.

### 1.2.2.2 Couverture sanitaire fonctionnelle

- 21 Les programmes de santé sont mis en œuvre dans l'ensemble du pays mais à des niveaux d'effectivité très variés. La plupart des interventions des programmes à haut impact sur les OMD 4 et 5 n'est pas mise à échelle.
- 22 Les données permettant le calcul des indicateurs de performance des hôpitaux ne sont pas accessibles à tous les niveaux. Ceci est dû à l'insuffisance dans le fonctionnement du Système National d'Informations Sanitaires. Néanmoins, la performance de l'hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé prise comme exemple est présentée dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Indicateurs de performance des hôpitaux généraux

Indicateurs	HGOPY	
	2008	2009
Durée moyenne de séjour d'hospitalisation (SMH)	4,61 jours	3,55 jours
Taux d'occupation des lits	48,01%	45,34%
Taux de rotation du lit	38,04	46,66
Population moyenne des services hospitaliers (effectifs)	108,98	99,75

Indicateurs	HGOPY	
	2008	2009
des malades/jour)		
Taux d'admission	14,5%	15%
Taux de césarienne	19,27%	22,42%
Taux de décès dans les services d'hospitalisation	3,56%	3,15%
Taux d'occupation des caissons à la morgue	82,45%	91,19%
Durée moyenne de séjour des corps à la morgue	8,74 jours	9,48 jours

Source : Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé, 2008-2009

La durée moyenne de Séjour Moyen d'Hospitalisation (SMH) est largement inférieure à 7 jours tous services confondus. La désagrégation de ce SMH par service est présentée dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6 : Durée moyenne de séjour par service

Services/Unités	Journées	Hospitalisations	Durée moyenne de séjour (J)
Gynéco-Obstétrique	11 792	3 403	3,47
Pédiatrie	7 009	2 100	3,34
Néonatalogie	6 037	1 093	5,52
Chirurgie Pédiatrique	4 631	407	11,38
Réanimation	5 785	1 665	3,47
Urgences	1 156	1 597	0,72
<b>Total</b>	<b>36 410</b>	<b>10 265</b>	<b>3,55</b>

Source : Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé, 2009

D'après le tableau 6, le SMH varie de 0,72 (urgences) à 11,38 (chirurgie pédiatrique). En effet, le service d'urgence ne constitue pas l'objet d'hospitalisation mais plutôt d'observation et ne doit pas être pris en compte dans le calcul du SMH. La correction de ce constat ramène le SMH tous services confondus à 4,07.

### 1.2.2.3 Infrastructures

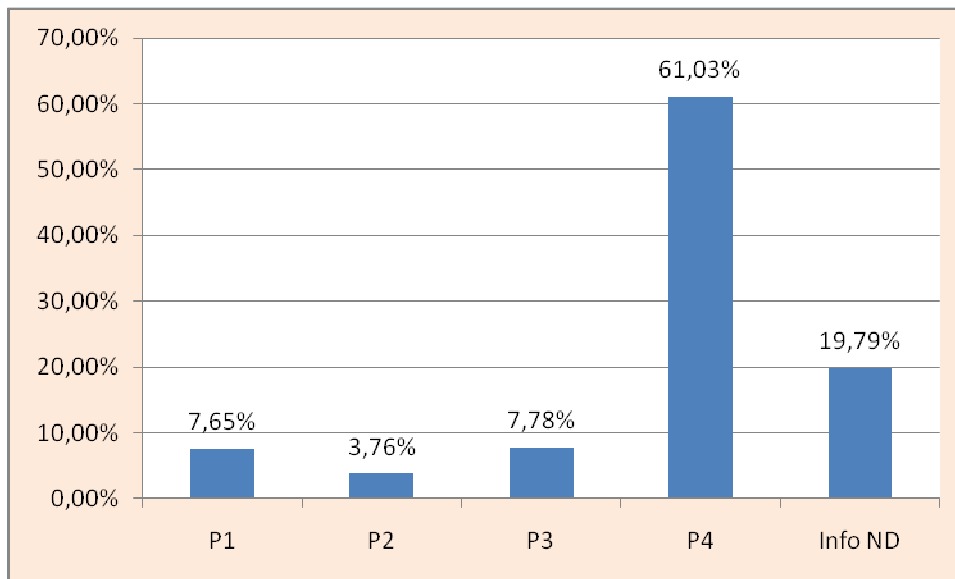
23 Le niveau de vétusté des infrastructures tel qu'utilisé ici (tableau 7), est la proportion des pièces dégradées (bureau du médecin, salle d'accueil, salle d'accouchement, etc.), par rapport à l'ensemble des pièces de la formation sanitaire.

Tableau 7 : Répartition des structures sanitaires publiques par niveau de vétusté des infrastructures

Région	Informations ND	00-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Total général
Adamaoua	4	45	8	4	7	68
Centre	53	126	10	8	11	208
Est	15	77	9	4	12	117
Extrême Nord	12	73	11	5	8	109
Littoral	61	94	11	7	7	180
Nord	12	112	16	4	11	155
Nord Ouest	13	128	16	7	12	176
Ouest	82	143	24	12	26	287
Sud	17	50	7	3	8	85
Sud Ouest	26	62	4	2	12	106
<b>Total général</b>	<b>295</b>	<b>910</b>	<b>116</b>	<b>56</b>	<b>114</b>	<b>1491</b>
%	<b>19,79%</b>	<b>61,03%</b>	<b>7,78%</b>	<b>3,76%</b>	<b>7,65%</b>	<b>100,00%</b>

Source : Analyse de situation 2008 associée à SQ

Les besoins de réhabilitation des infrastructures vétustes des formations sanitaires publiques sont d'intensité variable comme illustre la figure 1. Si certaines doivent être réhabilitées en totalité ou presque (P1 égale ou supérieure à 75%), d'autres formations sanitaires ne le seront qu'à 25% ou moins (P4) ; entre 25% et 50% (P3) ; entre 50% et 75% (P2).



Source : Analyse de situation 2008 associée à SQI

Figure 1 : Proportion des FS exprimant un besoin en réhabilitation selon les priorités

A l'état actuel 114 formations sanitaires sur 1491, soit 7,65% sont de priorité P1, c'est-à-dire que leurs besoins de réhabilitation sont de l'ordre 75% à 100%. Celles de priorité P2, c'est-à-dire celles dont les besoins en réhabilitation sont compris entre 25 et 50% sont au nombre de 56, ce qui représente 3,76% des réhabilitations à faire sur l'ensemble du pays.

En principe, qu'il s'agisse des formations sanitaires de priorité P1 ou de priorité P2, ce sont là des formations sanitaires qu'il faudra reconstruire. Au total, elles représentent 11,40% du total des réhabilitations. Les régions ayant plus de formations sanitaires de priorité P1 sont l'Ouest, le Sud-Ouest, l'Est, le Centre, le Nord et le Nord-Ouest (cf. tableau 7). Il faut noter la nécessité d'élaborer un projet d'hôpital pour Jamot, afin qu'il réponde efficacement aux exigences de ses spécialités.

- 24 Les besoins en construction neuve exprimés par les services déconcentrés sont présentés dans le tableau 8 ci-dessous. Il faudrait ajouter à ces besoins exprimés, les besoins évalués selon le niveau de vétusté P1 et P2 qui méritent la reconstruction.

Tableau 8 : Besoins en construction exprimés au niveau régional

BESOIN EN CONSTRUCTION ET AMENAGEMENT							
REGION	Total	Construction clôture/barrière	Construction d'un forage	Construction logement	Construction Morgue	Construction Neuve Services Administratifs	Construction Neuve Services de soins
ADAMAOUA	52	11	5	1	5	9	21
CENTRE	133	27	14	20	3	18	51
EST	68	17	7	9	3	12	20
EXTREME-NORD	157	19	12	26	1	40	59
LITTORAL	51	9		3	1	24	14
NORD	80	21	5	13	3	16	22
NORD-OUEST	146	15	8	11	2	16	94
OUEST	125	22	10	17	2	22	52
SUD	59	14	1	4		14	26
SUD-OUEST	71	1	6	3		14	47
<b>TOTAL</b>	<b>942</b>	<b>156</b>	<b>68</b>	<b>107</b>	<b>20</b>	<b>185</b>	<b>406</b>

Source : Analyse de situation 2008 associée au SQI

- 25 En plus des besoins en constructions neuves issus de l'analyse de situation 2008, il faut intégrer les instructions du chef de l'état relatives à la construction des centres d'Hémodialyse et d'Imagerie Médicale. Ces besoins sont présentés dans le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9 : Besoins en Hémodialyse et Imagerie médicale

N°	Région	Villes	Hémodialyse	Imagerie médicale
1	Adamaoua	Ngaoundéré	2011	2009 Budget spécial
2	Est	Bertoua	2010 IADM	2008 Budget spécial
3	Extrême Nord	Maroua	2009 Budget spécial	2011
4	Nord	Garoua	2008 Budget spécial	2010 IADM
5	Nord ouest	Bamenda	2008 Budget spécial	2010 IADM
6	Ouest	Bafoussam	2011	2009 Budget spécial
7	Sud	Ebolowa	2010 IADM	2008 Budget spécial
8	Sud Ouest	Buea	2009 Budget spécial	2011

#### 1.2.2.4 Équipements

- 26 Le niveau de vétusté des équipements tel qu'utilisé ici (tableau 10), est la proportion des équipements en mauvais état par rapport à tous les équipements de la formation sanitaire.



**Tableau 10 : Répartition des structures sanitaires publiques par niveau de vétusté des équipements techniques d'exploitation**

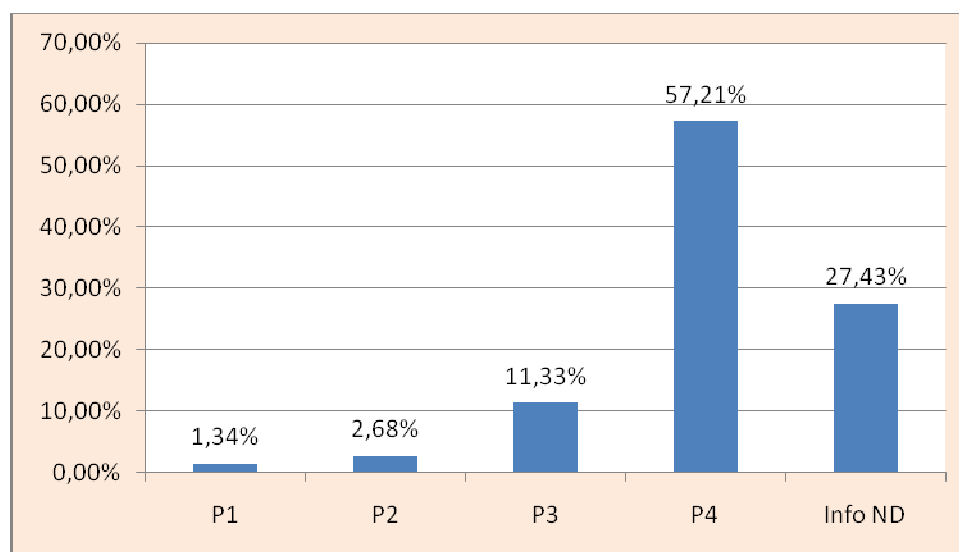
Région	Informations ND	00-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Total général
Adamaoua	7	48	10	3	0	68
Centre	80	91	30	7	0	208
Est	28	61	19	6	3	117
Extrême Nord	21	78	9	1	0	109
Littoral	77	78	20	3	2	180
Nord	17	102	26	5	5	155
Nord Ouest	18	146	7	2	3	176
Ouest	99	146	29	10	3	287
Sud	29	42	9	2	3	85
Sud Ouest	33	61	10	1	1	106
<b>Total général</b>	<b>409</b>	<b>853</b>	<b>169</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>1491</b>
<b>%</b>	<b>27,43%</b>	<b>57,21%</b>	<b>11,33%</b>	<b>2,68%</b>	<b>1,34%</b>	<b>100,00%</b>

Source : Analyse de situation 2008 associée à SQI

Les formations sanitaires publiques à équiper ont été classées en fonction des niveaux de priorité ; la priorité P1 concerne les formations sanitaires qu'il faut totalement équiper (75% et plus de vétusté) ; la priorité P2 concerne les FS dont il faut renouveler 50% à 75% des équipements. Au total, il existe 60 formations sanitaires de priorité P1 et P2, représentant 4,02% des FS publiques.

En ce qui concerne les formations sanitaires publiques dont le niveau d'équipement est de priorité P1 et P2, elles sont surtout localisées dans les régions de l'Ouest, de l'Est, du Nord et du Centre. Dans les régions de l'Adamaoua, du Centre et de l'Extrême-Nord, les formations sanitaires de priorité P1 en matière d'équipement sont peu nombreuses, ce qui laisse supposer que toutes les formations sanitaires disposent des équipements suffisants pour leur fonctionnement.

En ce qui concerne les besoins en équipement des formations sanitaires, les niveaux exprimés sont très variables d'une région à une autre. De plus les hôpitaux de 1ère et 2ème catégories méritent d'être rehaussés dans ce domaine en fonction des objectifs de développement des pôles d'excellence.



**Figure 2 : Proportion des FS de 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> catégories exprimant un besoin en équipement techniques d'exploitation selon les priorités**

## 1.2.3 Couverture des populations en services essentiels de santé

### 1.2.3.1 Couverture par rapport à la continuité des interventions de santé

27 Pour analyser la continuité des couvertures en interventions essentielles au Cameroun, six étapes cruciales de la vie ont été distinguées, dont trois concernent la santé maternelle et néonatale, et trois la santé infanto-juvénile et des adolescents. Au premier constat, on note des Occasions Manquées par rapport à la continuité des soins comme l'illustre la figure 3 ci-dessous.

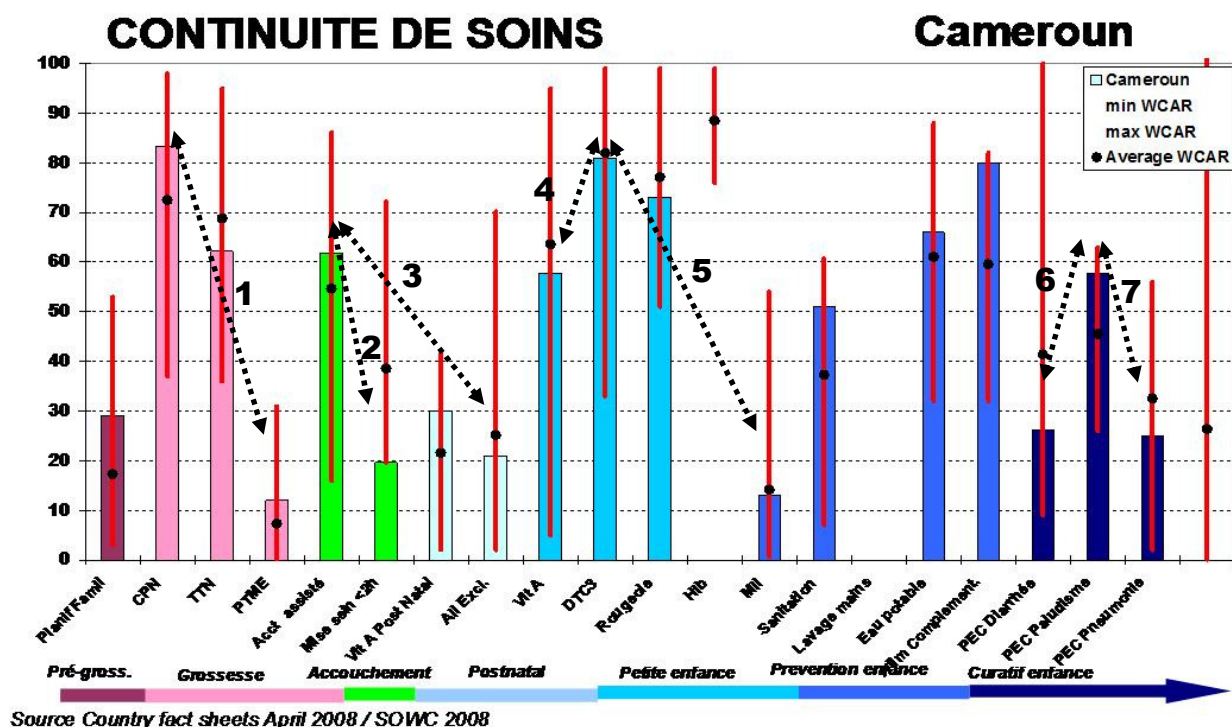


Figure 3 : Continuité des soins au Cameroun

L'examen de ce graphique montre une image en dents de scie des différentes interventions avec, pour le même groupe, une diversité des couvertures en interventions passant du simple au triple, voire au quintuple. Ainsi :

- En (1), malgré une couverture de plus de 80% des femmes enceintes en CPN, moins de 15% bénéficieraient de la PTME ; donc, 70% des femmes enceintes passent plusieurs fois au système de santé sans que ce dernier ne puisse leur proposer un conseil, un test VIH ni éventuellement une prophylaxie ;
- En (2 et 3), les allaitements – précoce (20%) et exclusif (22%) – ne profitent pas d'une couverture élevée en suivi prénatal (80%) ou en accouchement assisté (62%), alors qu'il s'agit de deux occasions cruciales pour conseiller les mères sur des bénéfices d'un allaitement précoce et exclusif à la fois pour elles (amélioration de la délivrance et MAMA<sup>6</sup>) et pour leurs bébés (prévention de la diarrhée, de l'infection respiratoire et de la malnutrition) ;
- En (4 et 5), la vaccination étant le véhicule idéal de la distribution des consommables promotionnels (respectivement vitamine A et moustiquaires

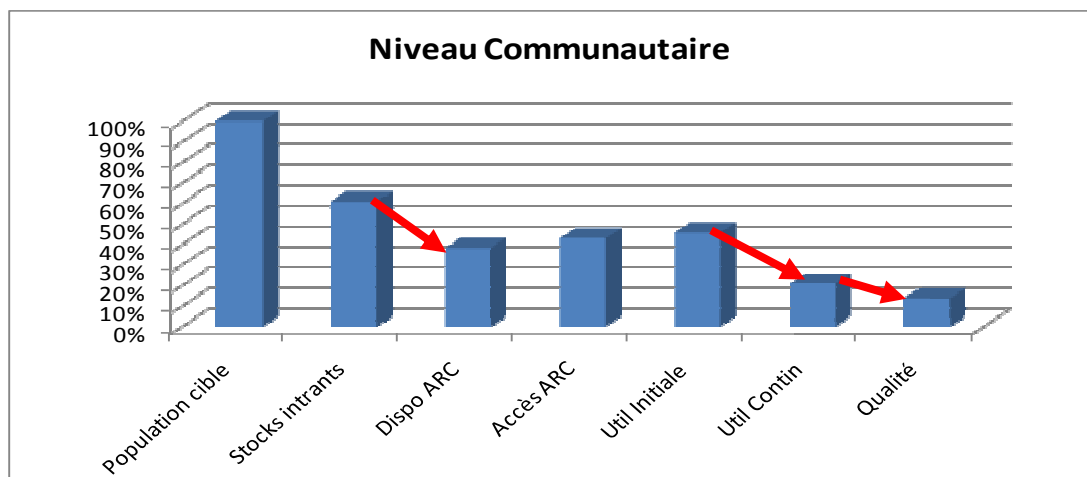
<sup>6</sup> MAMA : méthode (contraceptive) d'allaitement maternel et d'aménorrhée

imprégnées), les gradients observés constituent de véritables opportunités manquées qui auraient pu profiter aux enfants de moins de 5 ans ;

- En (6 et 7), dans le cadre d'une PCIME appliquée tant au niveau communautaire (avec CCC) qu'au niveau clinique, les prises en charge des trois principales causes directes de mortalité infanto-juvénile auraient dû être assez proches.

### 1.2.3.2 Couverture aux niveaux familial et communautaire

- 28 Pour le niveau familial et communautaire, la moyenne des interventions applicables liées à l'utilisation des moustiquaires imprégnées et à l'utilisation à domicile en cas de diarrhée, de la thérapie de réhydratation par voie orale, sera prise en compte pour apprécier les goulots d'étranglement. Ces traceurs représentent les interventions qui sont menées au niveau du ménage et qui devraient être suscitées, encouragées et accompagnées par le système de santé.



Source : Investment Case Cameroon, 2009.

Figure 4 : Couverture des populations niveau communautaire

- 29 L'analyse de ce diagramme permet de noter que l'approche communautaire a encore une très faible couverture effective ; moins de 20% des enfants profitent de moustiquaires imprégnées et d'allaitement exclusif, et ce malgré :

- une disponibilité importante (plus de 60%) des intrants essentiels : lait maternel et moustiquaires imprégnées,
- et une utilisation initiale supérieure à 45%.

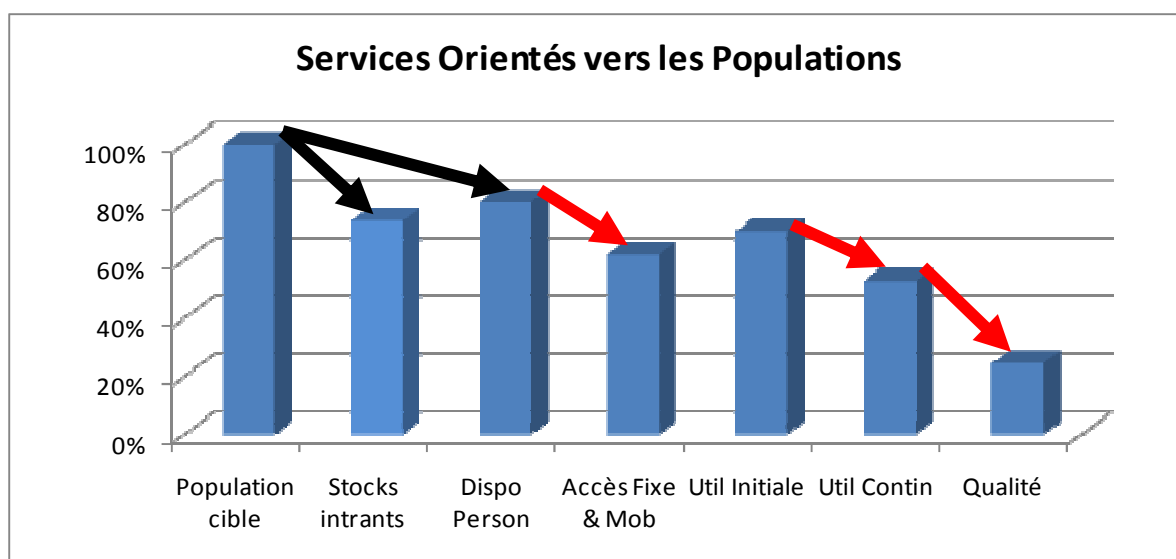
Pour mieux agir, il faut analyser les obstacles qui freinent, d'une part, l'utilisation initiale mais surtout adéquate malgré la disponibilité des intrants, et d'autre part, la qualité de ce qui est utilisé de manière continue.

### 1.2.3.3 Couverture au niveau des services orientés vers les populations

- 30 Pour ce mode, son analyse se base sur la moyenne de 4 traceurs suivants :

- La planification familiale
- La consultation prénatale recentrée
- La prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
- La vaccination des enfants de moins d'un an au Pentavalent.

Ce groupe représente l'ensemble du paquet des interventions préventives, programmables, développées dans les services périphériques de santé (CSI et CMA) et bénéficiant de l'appui des Programmes spécifiques verticaux à coûts de financements non négligeables.



Source : Investment Case Cameroon, 2009.

Figure 5 : Goulot d'étranglement lié à l'organisation des services orientés vers la population

31 L'analyse du diagramme montre :

- une insuffisance de la disponibilité des intrants (vaccins, tests, contraceptifs, ...) par rapport aux populations cibles. Cet état de fait ne devrait pas constituer le goulot d'étranglement prioritaire tant que l'on ne dispose pas des garanties d'utilisation effective de ce qui est déjà disponible ;
- une insuffisance en ressources humaines, même si ce problème n'est pas aussi prioritaire que celui de la faible disponibilité des intrants, ceci démontre que le Cameroun fait partie des pays touchés par la crise mondiale en ressources humaines de la santé ;
- une insuffisance d'accès géographique aux stratégies fixes et mobiles de prestations des services et soins de santé malgré une légère amélioration de la disponibilité en ressources humaines ; l'utilisation initiale plus importante exprimerait un effort additionnel des populations venant d'au-delà du cercle d'accès ;
- un goulot d'étranglement au niveau de l'utilisation continue par rapport à l'utilisation initiale mettant en exergue les questions d'organisation des services, d'accueil des femmes ainsi que des coûts de transport et d'opportunité ;
- un autre goulot d'étranglement au niveau de la couverture effective par rapport à l'utilisation continue ; la faiblesse de l'assurance qualité des produits utilisés et l'insuffisance de la formation continue ainsi que de la supervision formative en seraient les principales causes.

#### 1.2.3.4 Couverture au niveau clinique

32 Pour ce mode d'intervention, l'analyse se base sur les 4 traceurs représentant l'ensemble du paquet des interventions curatives efficaces pour l'atteinte des OMDs

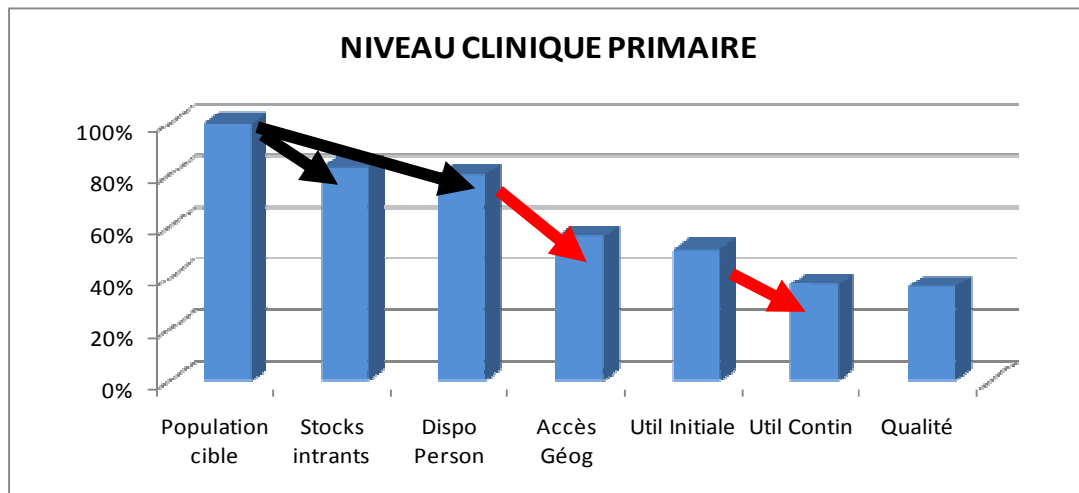
(avec évidences scientifiques) qui doivent être continuellement disponibles dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire afin de répondre à la demande des populations quand elles sont malades :

Deux traceurs exprimant la prise en charge clinique au niveau de soin le plus périphérique (Centre de Santé Intégré ou CSI) Cf. figure 5 :

- L'accouchement assisté par un personnel qualifié
- La prise en charge des IRA chez les enfants de moins de 5 ans

Deux autres exprimant la première et la deuxième référence pour les soins aux femmes, aux enfants et aux adultes. Cf. figure 6:

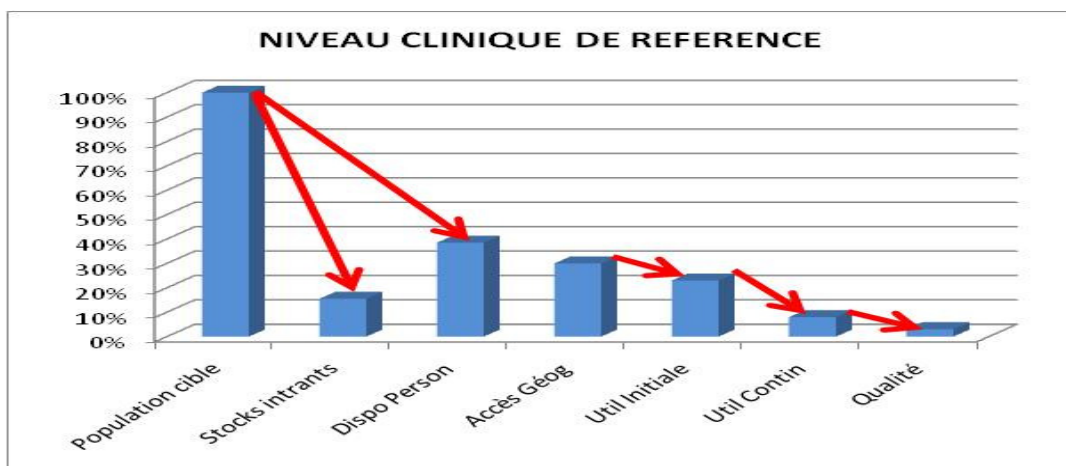
- La prise en charge des grossesses à risque dans des structures SONUB
- La césarienne dans des structures SONUC.



Source : Investment Case Cameroon, 2009.

Figure 6 : Goulot d'étranglement lié à l'organisation des services cliniques individuels au niveau du premier contact

33 La structure centrale pour ce niveau – CSI – étant la même que celle du niveau « orienté vers les populations », le graphique d'analyse des goulets d'étranglement est similaire au précédent à l'exception de l'absence de goulot au niveau de la qualité, ce qui est à saluer.



Source : Investment Case Cameroon, 2009.

Figure 7 : Goulot d'étranglement lié à l'organisation des services cliniques individuels au niveau clinique de référence

- 34 Au niveau clinique de référence, l'analyse de la couverture des populations montre la faiblesse globale de tout le système de référence, et dénote un système qui n'est pas capable actuellement de participer efficacement à l'amélioration de la santé des populations. En effet, avec une disponibilité en ressources humaines et matérielles essentielles (en particulier le petit équipement et les médicaments) inférieure à 40% des besoins et une accessibilité inférieure à 30%, il n'est pas possible de s'attendre à un passage à échelle de ces interventions dans le court ou le moyen terme en l'absence de mesures et réformes efficaces.

#### 1.2.4 Système National d'Informations Sanitaires

- 35 L'analyse situationnelle de l'ensemble du dispositif national de production de l'information sanitaire a été réalisée en 2007 sur la base de l'outil d'évaluation du Réseau de Métrologie Sanitaire (RMS), revu et adapté au contexte national. Les différents résultats issus de cette analyse ont été confirmés dans leurs tendances par des évaluations complémentaires effectuées sur la base d'outils différents. En outre, leur rapprochement avec les conclusions d'études similaires menées antérieurement, a montré que les problèmes évoqués sont restés tels quels, certains ayant même, hélas, pris de l'ampleur avec l'effet du temps (Cas des ressources, des sources de données). Selon les grandes lignes d'intérêt liées aux composantes du SIS, ces constats se résument comme suit :

- En politique et planification, la législation du pays n'est pas à jour et n'offre pas de cadre formel d'informations sanitaires ; L'INS, le BUCREP et le MINSANTE examinent les possibilités de mise en place de mécanismes de coordination pour formaliser une collaboration déjà assez avancée.
  - En ressources humaines et financement, le MINSANTE ne dispose pas d'assez de compétences pointues dans les sciences liées à l'information sanitaire notamment l'épidémiologie, la démographie et la gestion des systèmes d'informations ; Au niveau du District, des postes à temps plein y relatifs existent mais ne sont pas valorisés ; Des institutions partenaires spécialisées telles que l'INS et le BUCREP disposent quant à elles, de suffisamment de compétences à divers niveaux (Statistique, TIC).
- 36 Pour ce qui est des constats relatifs au dispositif de production de l'information,
- On dénote la vétusté et l'étroitesse des infrastructures utilisées dans le cadre de la production des informations sanitaires.
  - Les formulaires de transmission des données sont indisponibles ; les ordinateurs aussi, les quelques postes qui sont disponibles, ont des spécifications techniques dépassées ; L'entretien et la maintenance des ordinateurs sont insuffisants et irréguliers.
  - Les supports de base des TIC (accès Internet) existent plus ou moins mais sont instables et fragiles.
  - Il existe une multiplicité des supports de collecte de données en raison d'un nombre élevé de programmes prioritaires de santé.
- 37 Pour les sources de données, il existe une multiplicité des sources de données avec très souvent des informations contradictoires ;
- En matière de collecte des données, l'état-civil fonctionne assez mal : l'enregistrement des cas de décès est irrégulier : L'information sur les causes de décès est enregistrée, mais pas systématiquement selon la Classification

Internationale des Maladies (CIM). Comme avec les précédentes opérations, des questions sur la mortalité ont été introduites dans le dernier recensement

- Lors des cinq dernières années, une grande enquête (EDS 2004) a mesuré la mortalité infantile. La prévalence des maladies non transmissibles a été mesurée par enquête moins grande, circonscrite aux grandes villes. Le MINSANTE et l'INS collaborent de plus en plus pour la conception, la réalisation des enquêtes, l'analyse et l'utilisation des données. Un organisme spécifique est chargé des enquêtes démographiques (BUCREP), sous la supervision stratégique d'un conseil de Direction.
- La surveillance épidémiologique fonctionne bien (bonne maîtrise des définitions de cas par les personnels, taux élevé de complétude et de promptitude de transmission des rapports et bulletins hebdomadaires. Le système d'informations centré sur les données des services de santé est en restructuration. Les compétences impliquées au niveau du District ont un besoin de formation spécialisée. Les mécanismes de supervision et de réaction sont assez inefficaces.

38 Pour ce qui est des bases/banques de données et des ressources, on constate que :

- il existe un fichier de toutes les formations sanitaires, secteur public et privé, associé au système de localisation GPS, mais pas suffisamment à jour.
- il existe une base de données nationale des ressources humaines, limitée au secteur public. Il n'y a pas de base pour le suivi annuel des diplômés issus des établissements de formation tant publics que privés.
- les Comptes Nationaux de santé, destinés à « pister » leur flux les financements et les dépenses de santé n'existent pas ; ils sont cependant en cours d'élaboration.
- les formations sanitaires à travers leurs besoins annuels, font mention de l'inventaire et l'état des équipements et stocks de fournitures.
- Par ailleurs, Il n'existe pas de manuel de procédures écrites sur la gestion des données, ni à la structure centrale de gestion du SIS, ni au niveau opérationnel ; les méthodes de collecte de données ne sont pas harmonisées (état-civil, enquête auprès des ménages) pour des sujets saillants tels la mortalité maternelle. De même, les méthodes d'estimation des indicateurs de santé sont parfois mal éprouvées.

39 En rapport avec la composante relative aux aspects des produits de l'information et à leur utilisation il faut noter que :

- Les gestionnaires et décideurs n'exigent pas suffisamment du SIS, des informations complètes, précises et validées.
- Il n'existe pas de rapports analytiques intégrés. Ceux produits sont parcellaires, couvrent certains indicateurs essentiels avec distribution réduite aux parties prenantes.
- Les gestionnaires des services de santé, les prestataires de soins à tous les niveaux n'utilisent pas assez les informations sanitaires pour la gestion, le suivi et l'évaluation périodique.

40 Dans un contexte de mise en œuvre de la SSS revisitée 2001 – 2015 à travers le PNDS 2001-2015, puis d'atteinte conséquente des OMD, la demande en données sanitaires s'est considérablement accrue et a amplifié la pression sur le système d'informations sanitaires en tant que support et point d'ancrage des activités de suivi évaluation. Pour permettre au SIS de répondre aux multiples sollicitations, le renforcement du SIS porte sur plusieurs points :

- Le cadre institutionnel : (politique, planification, coordination, financement...)
- Le dispositif de production de l'information : (ressources matérielles, financières, humaines, et infrastructurelles ; la production des outils harmonisés de collecte...)
- Le mécanisme de gestion des données sanitaires à tous les niveaux : (procédures harmonisées et intégrées de collecte, circulation, stockage, archivage des données...)
- Le partage, la diffusion et la vulgarisation de l'information sanitaire : (dissémination et utilisation, plaidoyer et marketing, priorisation, allocations des ressources...)

Tous ces efforts devront aboutir à l'amélioration et au renforcement du SIS avec des produits minimum comme le rapport annuel de la situation de santé, une carte sanitaire actualisée, des Comptes Nationaux de Santé annuels...

## **1.2.5 Médicaments et autres consommables pharmaceutiques essentiels - traceurs**

### **1.2.5.1 Disponibilités des médicaments traceurs**

- 41 Selon l'étude OMS<sup>7</sup> sur la disponibilité des médicaments essentiels, la durée moyenne de rupture des stocks dans les FS est de 25 jours avec des pics de 131 jours pour certains produits ; ces ruptures sont aggravées par :
- le mauvais état des routes et des véhicules des CAPR qui ne peuvent toujours livrer sur site (leur mission) ;
  - l'absence de plan d'approvisionnement dans les structures intermédiaires pour une quantification appropriée des besoins ;
  - le non suivi de la performance des fournisseurs par les structures de distribution (CENAME et CAPR) ;
  - l'insuffisance des capacités de stockage des CAPR ;
  - la faible disponibilité de certains produits pharmaceutiques à la CENAME ;
  - la modicité des fonds de roulement des CAPR et leur endettement vis-à-vis de la CENAME.

Une action dans le sens d'améliorer les problèmes sus relevés participeront à améliorer cet indicateur, et par là la disponibilité des médicaments essentiels.

- 42 Aussi, les résultats de l'étude<sup>8</sup> concernant le pourcentage moyen du temps de rupture des produits traceurs révèlent que toutes les institutions (CAPR, HR, HD, CMA, CSI, CS) avaient connu des ruptures de stock souvent importantes, non seulement couvrant plusieurs jours, mais aussi pour plusieurs produits. La moyenne du temps de rupture observée est de 18,5% dans des extrêmes de 2% à 128%.

### **1.2.5.2 Accessibilité aux médicaments**

- 43 La Décision N°0092/D/MSPCAB du 29 novembre 2001, portant tarification des médicaments et dispositifs médicaux essentiels au niveau des Centres d'approvisionnement Pharmaceutique Provinciaux (CAPP) et des formations sanitaires publiques a pour la première fois permis d'uniformiser les prix des produits

<sup>7</sup> L'évaluation approfondie des Systèmes d'approvisionnements (OMS 2007)

<sup>8</sup> L'Evaluation rapide du système public de gestion pharmaceutique au Cameroun (MINSANTE/USAID, 2008).



pharmaceutiques dans le secteur public, sur toute l'étendue du territoire national. Ladite tarification a également permis d'améliorer très fortement l'accessibilité au médicament essentiel dans tout le pays. Sa mise en œuvre nécessite cependant le développement dans la région et au niveau national, de mécanismes de solidarité pour soutenir notamment les formations sanitaires structurellement déficitaires. Après 2001, les prix des médicaments essentiels ont été révisés en 2005 puis en 2008. La décision ci-dessus a :

- réduit les marges des structures de distribution et de dispensation des médicaments dans le secteur public ;
- elle a mis en exergue certains districts de santé structurellement déficitaires.

Dans un souci d'équité, le modèle de gestion adopté impose aux CAPR un approvisionnement des formations sanitaires sur site. Des mesures d'accompagnements tels que la dotation en véhicules de distribution des médicaments et le renforcement des stocks sont indispensables au niveau des CAPR. Il est donc nécessaire de réserver une provision budgétaire conséquente au titre de la solidarité nationale qui est préconisée afin de couvrir les déficits.

- 44 Pour que la structure des prix soit applicable sur le terrain, il est impératif que les CAPR ne s'approvisionnent qu'à la CENAME et que les formations sanitaires s'approvisionnent au CAPR. Les achats hors CENAME rendent la structure des prix inapplicable ; cela suppose que la CENAME a toujours les médicaments essentiels. Des moyens devront être mis en œuvre pour agrandir les structures de stockage notamment celles du niveau intermédiaire, quel que soit le devenir des CAPR. Une cellule de coordination des approvisionnements en médicaments essentiels fonctionne au sein de la DPM avec pour objectif notamment, de développer une concertation active entre les structures du SYNAME pour éviter les ruptures récurrentes des stocks en médicaments. Des mesures seront développées en vue de l'opérationnalisation de cette plate forme pour faciliter une bonne circulation des informations entre lesdites structures. Par ailleurs, il sera développé des mécanismes d'amélioration de l'accessibilité économique des populations aux médicaments essentiels y compris ceux pour le traitement des maladies prioritaires.

Dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance dans le secteur santé, les activités de contrôle du respect des prix fixés par le Ministre de la Santé Publique seront renforcées, ainsi que des mesures pour minimiser la vulnérabilité des fonctions essentielles de régulation pharmaceutique aux comportements non éthiques.

## 1.2.6 Ressources humaines

- 45 Les données<sup>9</sup> actuellement à la disposition de la Direction des Ressources Humaines ne permettent pas d'organiser l'effectif des personnels selon la répartition urbain/rural. Cette situation recommande un recensement général des personnels du système de santé du Cameroun, incluant les sous- secteurs public et privé. Le recensement éventuel du personnel de santé prendra aussi en compte le sous secteur privé à but lucratif et les données des personnels recrutés par les hôpitaux généraux et relevant du code de travail.

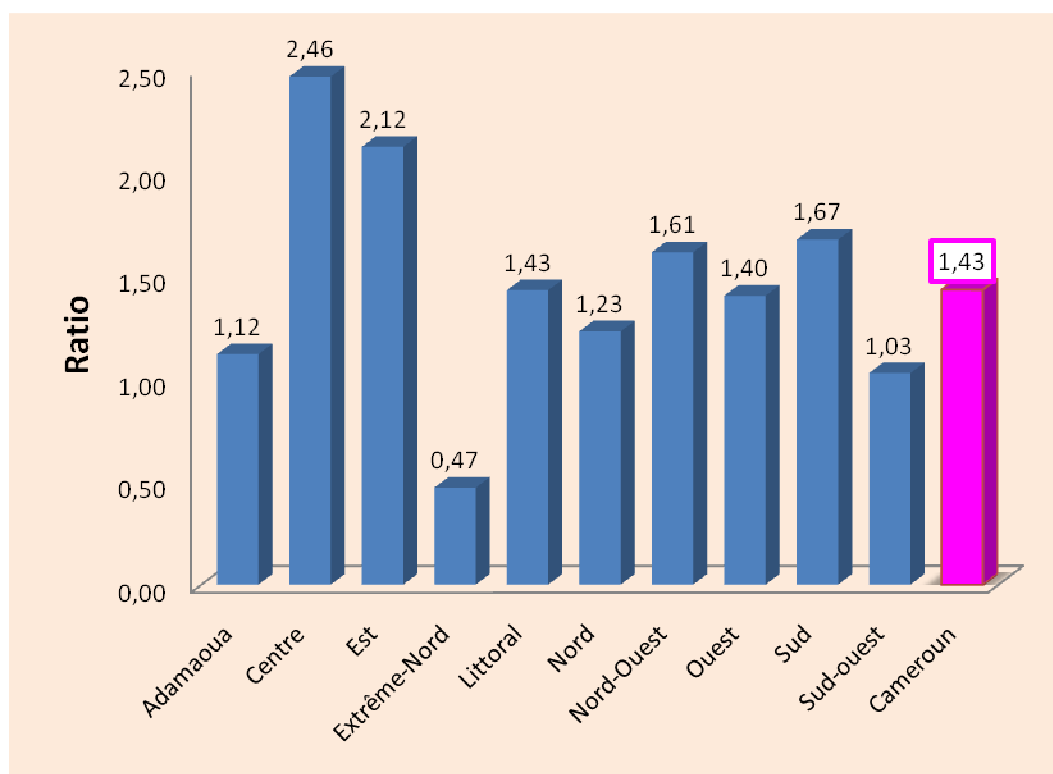
Le recensement du personnel de santé a permis de dénombrer 14 328 de 1997, 15 720 en 2009 et 19 709 en 2010. Cette évolution résulte de l'intégration des 98

---

<sup>9</sup> Les données les plus actualisées sont celles présentées dans l'Analyse situationnelle des ressources humaines (2010) et reprises dans le présent draft de PNDS. Ces données résultent de l'exploitation des applications installées au niveau des Régions et au niveau central dont le paramétrage ne renseigne pas sur la localisation géographique des personnels.

lauréats de la Faculté de Médecine et des Sciences Bio- Médicales de l'Université de Yaoundé I, des 2 228 lauréats au concours direct de recrutement à la fonction publique et de la titularisation à la fonction publique de 1 798 personnels en situation d'emploi précaire dans les formations sanitaires publiques, soit un total de 3 989 personnels supplémentaires correspondant à une évolution de l'effectif initial de l'ordre de 37,06 %. Ces récents recrutements de personnels et les efforts de professionnalisation de la formation ont permis une réduction significative de la précarité de l'emploi et une amélioration des effectifs dans le secteur. Cette tendance est appelée à s'améliorer avec l'entrée en fonctionnement des facultés publiques et privées récemment créées comportant une variété de filières en médecine, odontostomatologie, sciences pharmaceutiques, sciences infirmières et laboratoires.

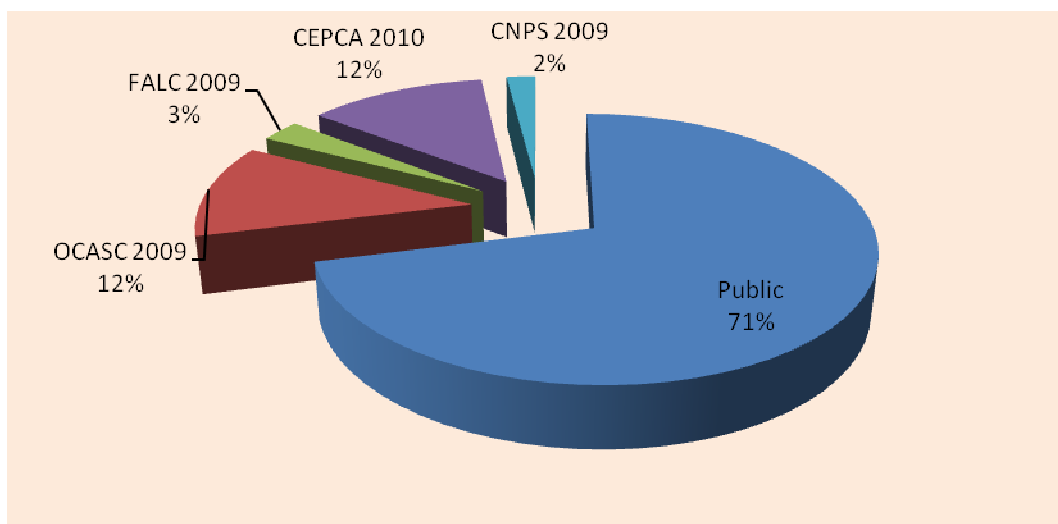
- 46 En dépit de cette amélioration, les effectifs restent en deçà des besoins réels au regard de l'accroissement de la population et de l'amélioration de la couverture sanitaire physique. La figure 8 en illustre. Il ressort de cette figure que l'indicateur de disponibilité du personnel de santé pour la population est très faible dans les régions septentrionales (Extrême-Nord et Nord). Quoique le ratio de la région du Centre soit le plus élevé, il est biaisé par la concentration des hôpitaux de référence. Sur le plan national cet indicateur de disponibilité en personnel de santé est passé de 0,63 pour 1 000 habitants en 2007 à 1,43 pour 1000 habitants en 2010. Toutefois, il demeure largement inférieur à la norme internationale qui est de 2,3 pour 1 000 habitants (figure 8).



Source : MINSANTE/DRH, 2010

Figure 8 : Ratio RH Santé/Population (pour 1 000 habitants) par région

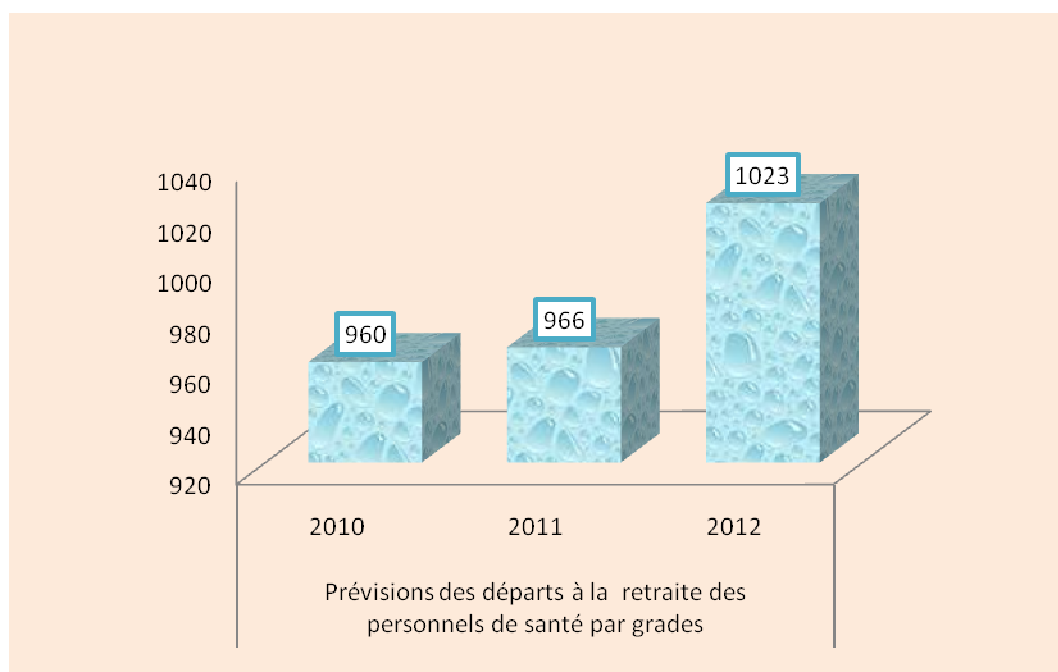
La figure 9 ci-dessous présente la répartition de l'effectif de 2009 par sous secteur : public (71%) et privé (29%) ; l'effectif du sous secteur public étant plus important.



Source : MINSANTE/DRH, 2010

Figure 9 : Répartition des RH santé par sous secteur public et privé à but non lucratif (OCASC, FALC, CEPCA)

47 L'analyse de départ à la retraite pour tous les grades durant la période 2010-2012 est présentée par la figure 10 ci-dessous. Ainsi, pour maintenir le niveau de 2010, il faut tenir compte de ces départs en retraite dans le plan de recrutement des personnes de santé.



Source : MINSANTE/GIZ, recensement 97

Figure 10 : Prévisions 2010-2012 des départs à la retraite des personnels de santé.

48 En conclusion, l'écart entre l'effectif 2010 (19 709) et les besoins (49 905) selon les normes est très grand et ne pourra pas être comblé d'ici 2015. Il est donc nécessaire d'évaluer les besoins réels en quantité et en qualité des RH afin d'équilibrer de manière efficiente la situation des RH au Cameroun (Cf annexe). C'est dans cette optique que s'élabore actuellement le Plan de développement des ressources humaines en santé ou PDRHS (en cours de finalisation) dont la mise en œuvre interviendra au cours de la période 2011-2015.

## 1.2.7 Financement de la santé

### 1.2.7.1 Généralité sur le financement de la santé

49 Le financement de la santé est conjointement assuré par les fonds publics, les fonds privés, les ménages et la solidarité internationale (tableau 11) :

- L'Etat joue un rôle prépondérant dans ce financement à travers les budgets alloués au Ministère de la Santé Publique et aussi aux départements ministériels apparentés dont la contribution à l'amélioration de la santé des populations ne fait plus l'ombre d'aucun doute. Ces fonds sont destinés à la construction des infrastructures sanitaires, l'acquisition des équipements techniques et des équipements d'exploitation, le paiement des salaires et primes des personnels de santé ainsi que la formation et le recyclage desdits personnels. Les tableaux relatifs aux différentes recettes et dépenses sont en annexe du PNDS. D'une manière générale, l'apport des administrations apparentées n'est pas facile à appréhender. Ce qui fait donc que la plupart des chiffres analysés ici se réfèrent au seul Ministère de la Santé, aux PTF et à quelques structures privées. L'élaboration des comptes nationaux en cours devra apporter la lumière sur le volume réel des dépenses publiques en santé.
- Le secteur privé (à but lucratif et confessionnel) contribue aussi de manière remarquable au financement de l'offre de santé au Cameroun. En effet les investissements de ce secteur en matière de construction d'infrastructures et d'acquisition des équipements sanitaires et de leur fonctionnement talonnent de près ceux du secteur public.
- La contribution des ménages au financement de la santé pèse de tout son poids et se traduit directement à travers les recettes enregistrées dans les formations sanitaires. S'il est relativement aisé d'estimer les contributions des pouvoirs publics au financement de la santé, il est très difficile d'apprécier l'apport des ménages dans ce processus qui est dominé par des paiements directs et à l'acte, sources principales de la faible gouvernance dans le secteur santé. Ce qui fait qu'à l'heure actuelle, il n'est pas possible de connaître le volume exact des recettes des formations sanitaires.
- L'apport des partenaires techniques et financiers (PTF) en matière d'investissement et de financement des activités est très important dans le pays. Ces financements bénéficient à tous les niveaux du système de santé. Le tableau ci-dessous donne la répartition des diverses sources de financement de 2007 à 2009 à l'exception des dépenses de santé des ménages.

**Tableau 11 : Répartition annuelle des dépenses par source de financement (en '000 FCFA) non compris les ménages**

Source de financement	2007	2008	2009	Total
ETAT (+PPTE+C2D)	62 169	76 062	85 254	<b>223 485</b>
GFTAM+GAVI	79 689	18 089	25 782	<b>123 559</b>
BILAT/SNU/MULTI	3 853	4 402	4 098	<b>12 354</b>
Autres	285	138	1 605	<b>2 028</b>
<b>Total</b>	<b>145 995,34</b>	<b>98 691,40</b>	<b>116 738,99</b>	<b>361 425,72</b>

### 1.2.7.2 Financement de l'Offre

- 1 D'après la revue des dépenses publiques en santé (2007-2009), le Cameroun consacre 1,04% de son PIB à la santé et un peu plus de 5,06% de ses dépenses publiques à la santé.

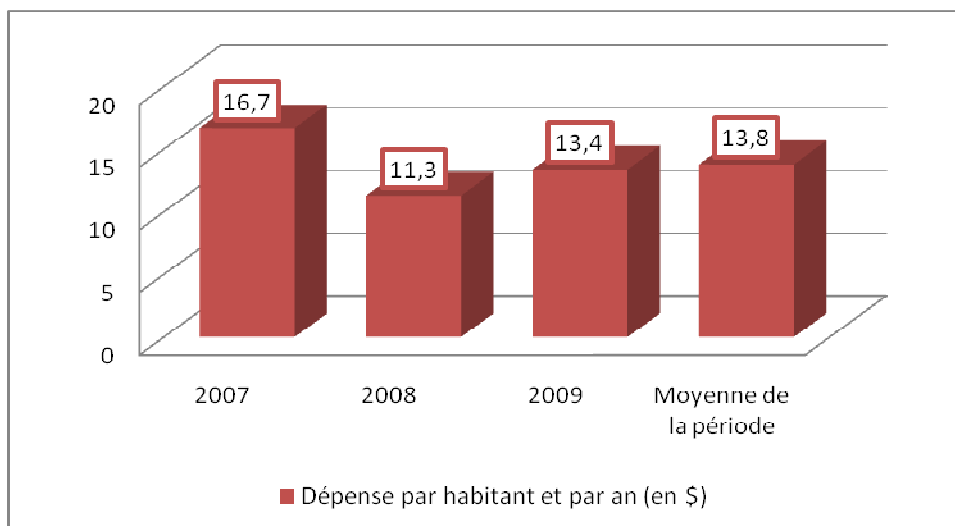


Figure 11 : Dépense par habitant et par an (en \$)

Comme l'illustre la figure 11, la dépense moyenne de santé au Cameroun est de 14 dollars par habitant et par an ; ce ratio qui n'intègre pas les dépenses en santé des autres départements ministériels pour cause de l'inaccessibilité à l'information est largement inférieur à celui recommandé par la Communauté Internationale pour atteindre les OMD (34 dollars par habitant et par an)<sup>10</sup>. Ce déficit d'informations sur la dépense en santé au Cameroun démontre la nécessité pour le Gouvernement et pour tous les intervenants du secteur santé de faciliter l'accessibilité et la collecte des informations relatives au financement de la santé à tous les niveaux et sur l'ensemble du territoire en vue de mieux apprécier le niveau réel de ce ratio. C'est ainsi que le Gouvernement sera en mesure d'estimer les efforts financiers additionnels nécessaires pour l'atteinte des OMD.

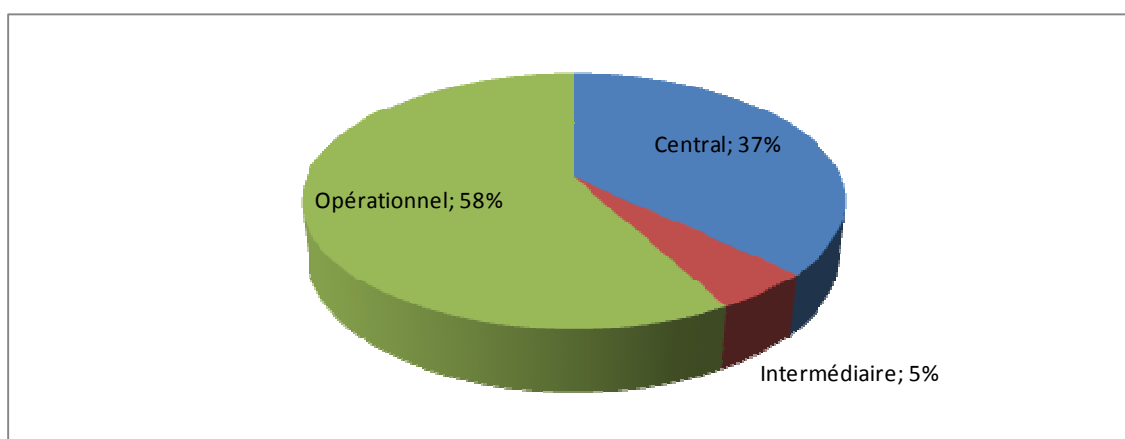
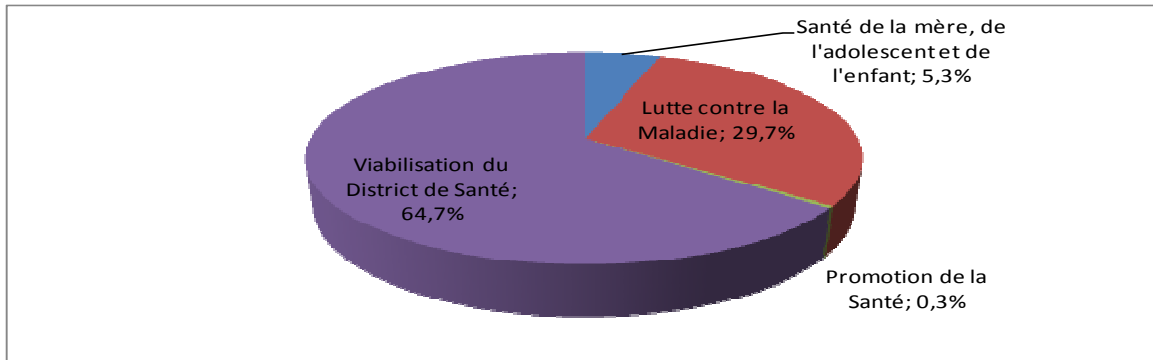


Figure 12 : Répartition de la dépense en fonction du niveau de la pyramide période 2007-2009

La RDPS 2007-2009 n'a pas ressorti les informations relatives à l'allocation des ressources financières au secteur santé par niveau de la pyramide sanitaire. Cependant,

<sup>10</sup> Macroéconomie et santé, OMS, 2001

sur la base des dépenses du seul Ministère de la Santé Publique, nous pouvons observer que le niveau opérationnel, qui est par excellence le niveau de mise en œuvre de la SSS, a le plus consommé le budget à lui alloué (58%) par rapport au niveau central (37%) dont les dépenses sont consacrées à 70% au fonctionnement des administrations centrales. Quant au niveau intermédiaire, son faible taux de consommation (5%) pourrait s'expliquer entre autres par sa faible implication ou appropriation des actions placées sous sa responsabilité, sa faible capacité de coordination et de supervision avec pour conséquence l'intervention directe du niveau central qui continue à coordonner et à évaluer l'action du niveau opérationnel (districts de santé).



**Figure 13 : Répartition de la dépense en fonction des programmes économiques de santé période 2007-2009**

- 2 D'une manière générale, il existe un déséquilibre important entre les quatre programmes, ceux de la viabilisation du district de santé et de la lutte contre la maladie totalisant à eux seuls près de 95% de la dépense de santé.

Durant la période 2007-2009, le Programme de Santé de la Mère, de l'Enfant et de l'Adolescent a connu une diminution constante de ses dépenses (-42,4% entre 2007 et 2008, et -60,1% entre 2008 et 2009). Leur poids sur les dépenses totales est de 5,3% (figure 13) ; ce qui est très faible pour ce domaine capital pour l'atteinte des OMD santé. Pire encore, la santé de l'adolescent qui est un des leviers de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, n'a bénéficié d'aucun financement pendant la même période.

Les dépenses pour la lutte contre la maladie ont diminué en 2008 de 75,6%, mais ont augmenté de 54,8% en 2009. Elles représentent 29,7% des dépenses totales du Ministère de la Santé Publique au cours de cette période.

La viabilisation du district de santé, dont les dépenses ont augmenté de façon continue pendant toute la période (9,5% en 2008 et 18,3% en 2009), représente en moyenne 64,7% des dépenses totales du Ministère de la Santé Publique entre 2007 et 2009. L'accroissement des dépenses dans ce domaine est dû à plusieurs facteurs notamment, l'augmentation des ressources humaines et l'amélioration de la couverture sanitaire physique et qualitative nationale.

Les dépenses relatives à la promotion de la santé sont très faibles (0,3% du total) et sont presque nulles en 2009.

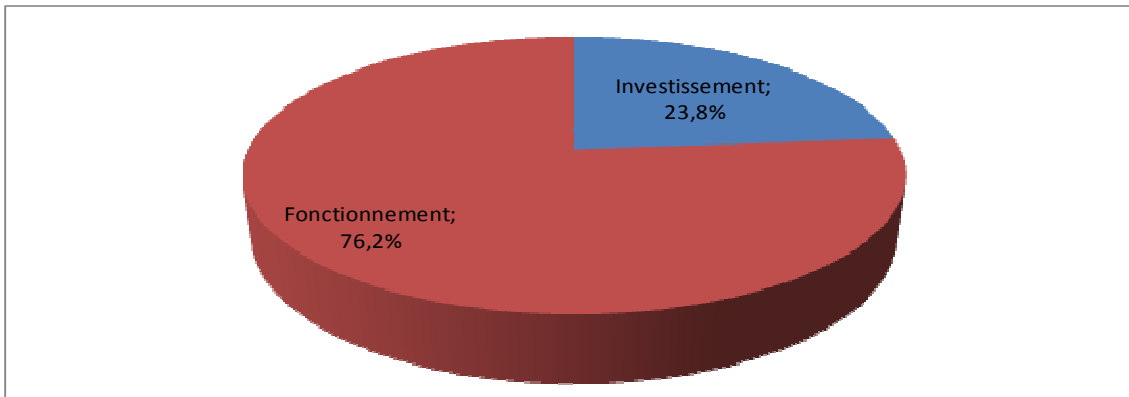


Figure 14 : Répartition de la dépense de santé en fonction du type de dépense pour la période 2007-2009

- 3 La dépense d'investissement a régulièrement augmenté dans la période : 15,1% en 2008 et 93,7% en 2009, ce qui dénote de l'accent mis sur cette catégorie de dépense. Par contre, le volume des dépenses de fonctionnement est en constante diminution : -40% en 2008 et -5% en 2009. Par ailleurs, le ratio dépenses d'investissement /dépenses de fonctionnement a régulièrement augmenté passant de 0,16 en 2007 à 0,63 en 2009.

Pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 à travers les budgets programme, il s'agira de veiller à une bonne allocation des ressources par programme en assurant l'adéquation entre les dépenses d'investissement et du fonctionnement en fonction des priorités de chaque intervenant du secteur (Programme d'Actions Prioritaires Ministériel).

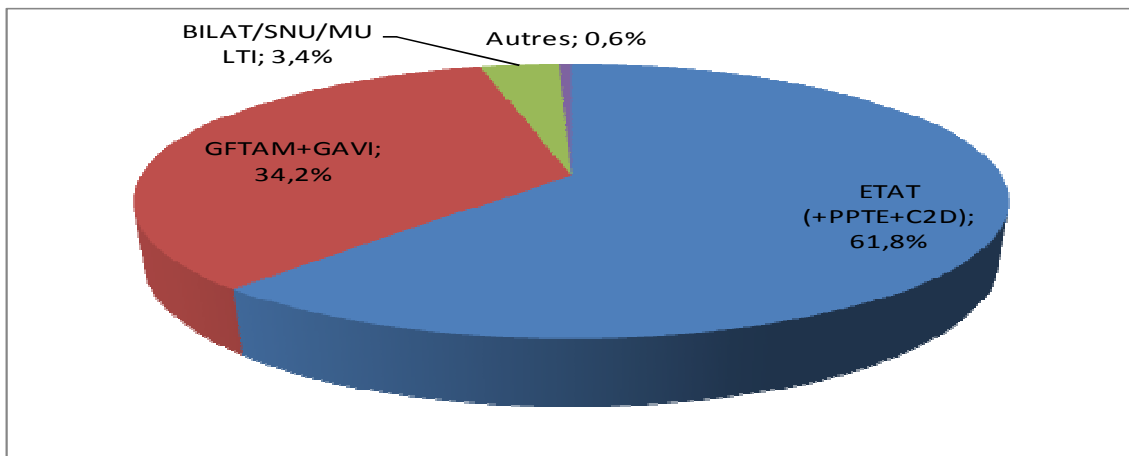


Figure 15 : Répartition de la dépense de santé en fonction de la source de financement pour la période 2007-2009 Source d'information

- 4 En dehors de l'année 2007 qui marque le début de la mise en place des projets financés par le Global Funds, le budget de l'Etat reste la principale source de financement, couvrant plus des  $\frac{3}{4}$  de la dépense de santé (figure 15) et augmentant chaque année durant la période sous revue. En effet,
- les financements des « bilatéraux et multilatéraux », hors appui budgétaire et annulation de la dette, restent faibles avec moins de 4%;
  - les financements du Global Funds ont fortement diminué en 2008 ;

- les autres financements – recettes propres et financement par la société civile – sont négligeables.

Le caractère non exhaustif des données est en grande partie la cause de cette disparité dans les chiffres ; cependant, ce déséquilibre devra être pris en compte dans la mobilisation future des ressources.

### 1.2.7.3 Financement de la Demande

5 La part du financement de la santé assurée par l'Etat a fait face, dès les années de crise, à un problème de faible disponibilité des ressources financières. L'une des principales conséquences a été le passage d'une situation de gratuité pour les soins de santé à une obligation de contribution à la dépense en santé, véritable handicap pour les ménages. La politique de cofinancement des services et soins de santé par l'Etat et les populations bénéficiaires de ceux-ci à travers le système de recouvrement des coûts a amélioré certains aspects de l'offre de santé au Cameroun, notamment la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels génériques. Cependant, elle n'a pas été suivie d'un accroissement de la demande de soins, car les plus démunis sont souvent dans l'incapacité financière de recourir aux structures sanitaires. Par ailleurs, il est démontré que les ménages dépensent beaucoup et mal pour leur santé. L'analyse de ces deux constats révèle :

- la nécessité de se prémunir contre les risques financiers liés aux soins de santé ; en effet, le Cameroun à l'instar des autres pays africains, n'apporte qu'une réponse insuffisante au besoin de protection sociale des populations. La sécurité sociale (CNPS au Cameroun) qui n'intègre d'ailleurs pas dans ses prestations la couverture santé, protège uniquement les travailleurs du secteur formel et les fonctionnaires, délaissant ainsi une partie importante de la population qui se regroupe dans le secteur agricole et le secteur informel. De même, les compagnies d'assurance privées financièrement inaccessibles pour le plus grand nombre des populations, répondent en partie aux besoins d'assurance santé d'une infime minorité de salariés.
- face aux difficultés qu'elles rencontrent, les communautés organisent une solidarité autour de mécanismes informels d'entraide. Solidarité qui s'observe au Cameroun au sein des associations et tontines, dans lesquelles on trouve une rubrique « secours » qui a pour objectif la prise en charge d'une partie des frais médicaux engagés par l'un des membres à jour de ses cotisations. Mais, ces formules demeurent le plus souvent insuffisantes pour palier aux problèmes de financement des soins de santé.

L'assurance maladie s'avère donc être l'outil nécessaire et urgent pour répondre au besoin de plus en plus crucial de garantir l'accessibilité des populations aux services et soins de santé au Cameroun.

Près de 60 % des Camerounais éprouvent des difficultés à faire face aux dépenses de santé. Le gouvernement camerounais, pour y remédier, s'est fixé comme objectif de couvrir 40 % de la population par des mutuelles de santé et en créer au moins une par district de santé d'ici 2015.

Les communautés s'organisent, avec l'appui du MINSANTE, des PTF et OSC, pour réaliser cet objectif.

Jusqu'en fin avril 2008, ce sont quelque 55 000 personnes qui ont bénéficié de l'assistance des fonds des mutuelles de santé dans les régions pilotes que sont: le Littoral avec 22% de couverture, le Sud-Ouest, 28% et 35% dans le Nord-Ouest, soit



un taux de couverture générale de 28% dans ces régions; ce qui représente moins de 1% pour l'ensemble du pays et touchant près de 32% des Districts de santé.

Parmi les problèmes qui entraînent une faible adhésion aux mutuelles de santé on peut citer :

- Faible taux de pénétration
- Manque de fidélité des membres dans les cotisations
- Faible capacité financière des populations
- Méfiance de la population vis-à-vis des mutuelles de Santé
- Le manque d'expertise et le bénévolat du personnel du comité de gestion
- Insuffisance des mécanismes de la stimulation de la demande

6 Pour diversifier les mécanismes de la stimulation de la demande, Il est envisagé de mettre en place un système de chèque santé (vouchers) dans le cadre du SWAp santé pour couvrir les besoins de financement de la santé de la femme enceinte et de l'enfant jusqu'à l'âge de 1 an.

7 Dans un contexte général, le MINTSS est en train de mettre en place un système national de sécurité sociale qui intègre le volet santé.

## 1.3 Situation sanitaire

### 1.3.1 Evolution des OMDs liés à la santé

8 Selon les résultats des enquêtes EDS et MICS, l'état des progrès vers les OMD liés à la santé est présenté dans le tableau 12 ci-dessous.

**Tableau 12 : Etat des progrès sur les OMD liés à la santé**

Cible nationale	Indicateurs	Les avancées et les réalisations						Cible 2015 (nationale)
		I		II		III		
		Valeur	Année	Valeur	Année	Valeur	Année	
OMD1 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	<i>Taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 05 ans de 8% au plus</i>	16%	1991	22,2%	1998	19,3%	2006	8%
OMD4 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	<i>Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)</i>	126,3	1991	150,7	1998	144	2004	46
	<i>Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)</i>	65	1991	77	1998	74	2004	22
	<i>Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</i>	61,2%	2000	64,8%	2004	78,8%	2006	
OMD5 : Réduire de deux cinquième, entre 1990	<i>Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes)</i>	430	1991-1998	669	1998-2004	602 (UN estimates)	2010	137 (CARMMA)

Cible nationale	Indicateurs	Les avancées et les réalisations						Cible 2015 (nationale)
		I		II		III		
		Valeur	Année	Valeur	Année	Valeur	Année	
et 2015, le taux de mortalité maternelle	<i>Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</i>			61,8%	2004	58,9%	2006	100%
OMD6 : La prévalence générale est stabilisée et commence à s'inverser à l'horizon 2015	<i>Taux de prévalence du VIH</i>	11% (population générale)	2000	5,5% (population générale), 4,1% (hommes), 6,8% (femmes).	2004	-	2006	moins de 5%
	<i>Taux d'utilisation de préservatifs</i>			26,1%	2004	29,2%	2006	
	<i>Nombre d'enfants orphelins du SIDA</i>							350 644
D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	<i>Taux de prévalence du paludisme (enfant de 0 à 5 ans)</i>	30,1%	1998	24,8%	2000			
	<i>Taux de mortalité lié au paludisme (pr 100 000 habitants)</i>					116	2006	
	<i>Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme</i>					13,6 % (protection efficace contre le paludisme) 38,9% (traitements efficaces contre le paludisme)	2006	
	<i>Taux de prévalence de la tuberculose (pr 100 000 habitants) et taux de mortalité lié à cette maladie</i>					195	2007	
	<i>Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe</i>					100%	2009	100%
OMD7 : Assurer un environnement durable Cible 7C :	<i>Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée</i>	40,6	2001 (ECAM 2)			43,9%	2007 (ECAM3)	72,1%

Cible nationale	Indicateurs	Les avancées et les réalisations						
		I		II		III		Cible 2015 (nationale)
		Valeur	Année	Valeur	Année	Valeur	Année	
Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	<i>Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées</i>	8,5%	2001 (ECAM 2)			31,7%	2007 (ECAM3)	17%
OMD8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement Cible 8E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	<i>Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable</i>	ND		ND		ND		ND

### 1.3.1.1 OMD 1 :

9 L'indicateur retenu pour évaluer l'état nutritionnel d'une population est le poids de l'enfant par rapport à son âge. La prévalence de l'insuffisance pondérale est passée de 16% à 22% entre 1991 et 1998, avant de connaître une légère baisse à 19% entre 1998 et 2006. Selon EDS III, les enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale sont évalués à 18,1%. Près d'un enfant sur 5 âgé de moins de 5 ans au Cameroun souffre d'insuffisance pondérale modérée et 4% d'insuffisance pondérale sévère. Ces proportions sont nettement supérieures (figure 16) à celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3% et 0,1%) (Sources : NCHS/CDC/OMS).

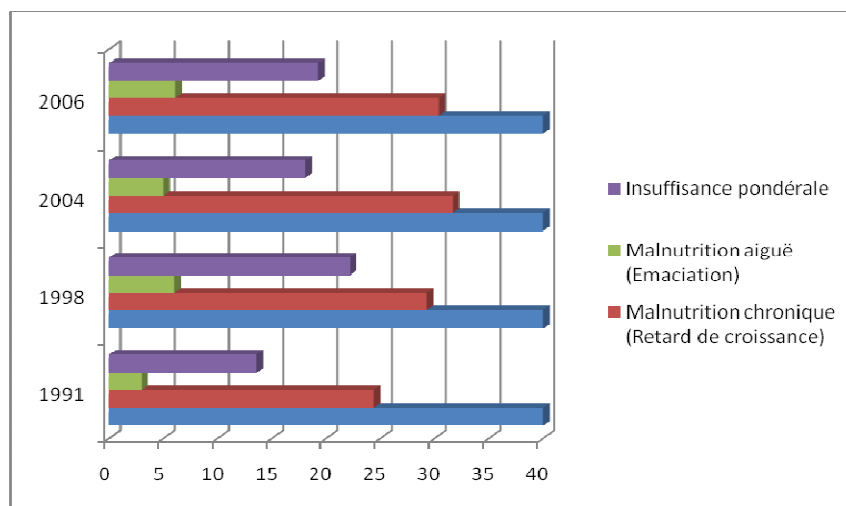


Figure 16: Evolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans au Cameroun

Tableau 13 : Malnutrition chez les enfants de 0 à 59 mois

Région / Milieu	% Surpoids ou obésité (poids trop gros pour la taille)	% Insuffisance pondérale (poids trop petit pour l'âge)	% Retard de croissance (taille trop petite pour l'âge)	% Emaciation (poids trop petit pour la taille)	% enfants de faible poids à la naissance (poids < 2500 grammes)
Adamaoua	2,8	19,1	28,4	3,8	9,4
Centre	6,9	9,6	27,8	3,2	8,2
Est	3,2	19,1	34,4	4,5	10,7
Extrême-Nord	0,8	36,4	35,7	11,7	16,6
Littoral	7,3	8,8	24,3	2,6	8,5
Nord	9,6	35,7	43,3	14,1	14,3
Nord-Ouest	12,9	12,1	33,4	4,5	7,2
Ouest	6,2	10,1	28,8	1,2	7,9
Sud	6	14,3	30,3	5,2	7,7
Sud-Ouest	3,8	18,1	35,9	4,5	7,9
Milieu urbain	7,6	11,2	20,5	5,1	9
Milieu rural	4,7	25,6	38,1	6,9	12
<b>National</b>	<b>6</b>	<b>19,3</b>	<b>30,4</b>	<b>6,1</b>	<b>10,8</b>

Source : Institut National de la Statistique, MICS 3, Cameroun, 2006

Selon l'enquête MICS 2006, les indicateurs désagrégés par région et par milieu de résidence sont présentés dans le tableau 6 ci-dessus. Les enfants des zones rurales sont les plus affectés. Aucune région ne présente une insuffisance pondérale satisfaisante ; le Nord et l'Extrême Nord étant les plus affectés.

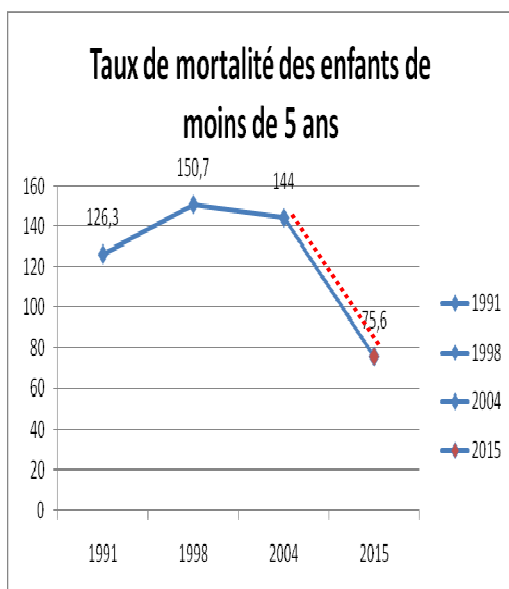
En matière de sécurité alimentaire, le Cameroun se situe parmi les pays en développement les moins performants, avec une ration alimentaire de 2 260 calories/jour/habitant. Le pays est obligé d'engager plus de cent milliards de FCFA chaque année pour importer des denrées alimentaires. Pour atteindre la troisième cible (Réduire de la moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim) de l'OMD1, le Cameroun doit ramener à 8% la proportion des enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale.

Face à la crise alimentaire qui se mondialise, le principal défi est d'augmenter la production vivrière nationale, promouvoir la transformation et la conservation des denrées produites, de manière à satisfaire une plus grande proportion des besoins de consommation par la production locale. Ceci relève des secteurs hors santé. En effet, le seul secteur de la santé ne peut pas contribuer, de manière significative, à la réduction de la proportion de la population qui souffre de la faim car le contrôle effectif de la malnutrition nécessite une coordination multisectorielle ainsi que la mise en œuvre des actions visant le changement des comportements alimentaires.

Pour ce qui est du secteur santé, l'accent sera mis sur la Surveillance de la croissance de l'enfant, la Prise en charge de la malnutrition dans la communauté et dans les formations sanitaires, la promotion de l'alimentation saine y compris la fortification alimentaire ainsi que la supplémentation en micro nutriments.

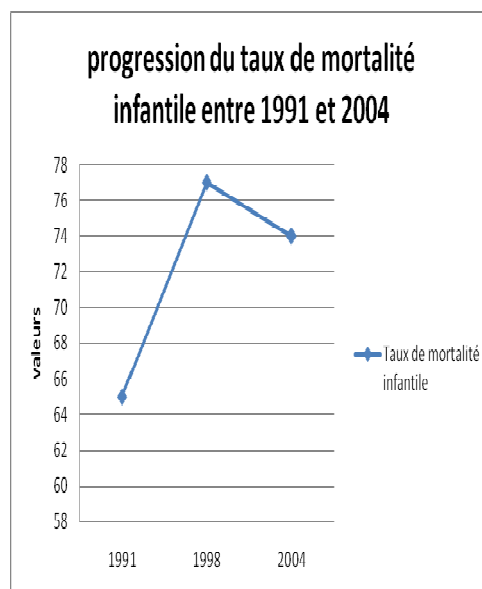
### 1.3.1.2 OMD 4 :

- 10 Les résultats de la mise en œuvre des programmes de santé relatifs à l'atteinte de l'OMD 4 sont encore mitigés, voire décevants (cf. figures 17 et 18 ci-dessous). S'agissant du taux de mortalité infanto-juvénile (entre la naissance et 5 ans), il est de 144‰ (milieu rural, 169‰) et urbain, 119‰). Ce taux de mortalité infanto-juvénile se situait à 126,3‰ en 1991 et à 150,7‰ en 1998. Après la dégradation observée entre 1991 et 1998, on note une légère amélioration en 2004. Le taux de mortalité infantile (entre la naissance et 01 an) est passé de 65 à 77 et 74‰ (rural, 91‰ et urbain, 68‰). entre 1991, 1998 et 2004. Cependant, la mortalité néonatale a augmenté de 32‰ à 45‰ entre 1991 et 2004.



Source : DSF/MINSANTE

Figure 17 : progression de la mortalité < 5ans



Source : DSF/MINSANTE

Figure 18 : progression de la mortalité infantile

Pour le cas particulier du PEV, les données de l'EDS-2004 ont montré que, bien que 85% d'enfants de 12-23 mois aient été vaccinés contre la tuberculose avant l'âge de 12 mois, seuls 48% étaient complètement immunisés contre les maladies cibles du PEV. Presque autant (47%) étaient partiellement vaccinés, et 5% non vaccinés.

Ceci indique l'influence de l'environnement et du niveau socio-économique sur l'état de santé. Par ailleurs on observe que la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans est influencée par le niveau d'instruction de la mère, les conditions socio-économiques du ménage, et la fratrie.

Les principales causes de la mortalité infanto – juvénile sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Les enfants des familles pauvres sont les plus exposés du fait de la malnutrition qui constitue le lit de ces pathologies.

Les défis à relever sont : l'amélioration de la couverture vaccinale tout en élargissant la gamme des vaccins avec notamment l'introduction du vaccin contre le pneumocoque en 2011 et le rota virus en 2012, la prise en charge précoce (et gratuite pour les enfants de moins de 05 ans) du paludisme (dans les 24h qui suivent l'installation de la maladie) l'utilisation correcte des moustiquaires imprégnées, la prise en charge des diarrhées au niveau clinique et communautaire, la nutrition adéquate des enfants et les conditions d'hygiène dans les ménages.

### 1.3.1.3 OMD 5 :

- 11 On a enregistré 669 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1998-2004 en augmentation par rapport aux 430 décès de la période 1989-1998. Ceci montre que l'on s'éloigne plutôt de l'objectif de 344 décès pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2015 (figure 19).

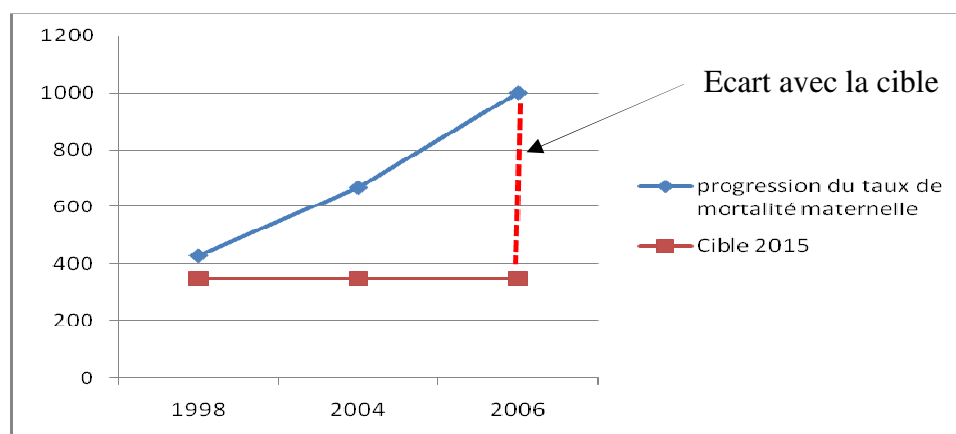


Figure 19 : progression du taux de mortalité maternelle

Pour une femme, donner naissance à un enfant devrait être une situation normale, une source de joie, et un moyen d'accomplissement humain et social. Malheureusement, il arrive encore que de nombreuses femmes au Cameroun donnent la vie en perdant la leur, ou en gardant des séquelles qui peuvent les handicaper pour le restant de leurs jours, à cause de nombreuses difficultés rencontrées au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement. Les services de santé tel que structurés limitent l'accès des adolescents et des jeunes à la santé de reproduction raison pour laquelle le taux d'utilisation des contraceptifs modernes est faible (13%), d'où le taux élevé des avortements à risque.

Les causes immédiates de la morbidité et de la mortalité maternelles sont les hémorragies au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement, les infections, l'hypertension liée à la grossesse, l'obstruction pendant le travail, les avortements, l'anémie, le VIH et le paludisme. Parmi les principales causes sous-jacentes, on peut citer: la faible capacité des formations sanitaires à fournir les services de planification familiale et de santé reproductive, l'insuffisance du personnel soignant en quantité et en qualité, les difficultés d'accès physique à un centre de santé approprié à cause des longues distances à parcourir, la fragilité de la femme due aux grossesses nombreuses et rapprochées, à son âge, et à la pauvreté.

Ces décès peuvent être mitigés à travers les services de prestation SONU, malheureusement on assiste à une faible disponibilité des structures SONU (1,74 service pour 500 000 habitants, 2010) comme présente le tableau 14 ci-dessous.

**Tableau 14 : Répartition de la disponibilité des SONU par région**

REGION	Nombre FS SONUB	Nombre FS SONUC	Disponibilité SONUC/500 000 hab	Nombre de FS SONU	Disponibilité SONU 500 000 hab
Adamaoua	1	4	1,97	5	2,46
Centre	0	7	0,99	7	0,99
Littoral	0	4	0,7	4	0,7
Extrême Nord	21	13	1,87	34	4,88
Est	0	1	0,62	1	0,62
Nord	0	0	0	0	0
Nord-Ouest	0	3	0,83	3	0,83
Ensemble	22	32	1,03	54	1,74

Source : Etude sur les "Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence", Cameroun, 2010

Par ailleurs, les données sur la mortalité maternelle disponibles par région et par type de structure (SONU ou non SONU) semblent sous-estimées au regard du nombre de complications enregistrées, du déficit établi en ressources humaines, de la tenue des registres des FS et de la qualité des plateaux techniques disponibles dans les structures sanitaires de ces régions. Ces taux suggèrent une faible notification des cas par les formations sanitaires ou une tendance de certaines structures sanitaires à dissimuler les cas de décès intra hospitaliers.

**Tableau 15 : Taux de létalité par région selon le statut SONU des formations sanitaires**

Région	SONUC	SONUB	NON SONU	Toutes les FS
Adamaoua	0,30	0,00	7,50	4,68
Centre	2,65	0,00	1,83	2,32
Littoral	0,91	0,00	0,87	0,88
Extrême-Nord	3,56	1,83	1,81	2,61
Est	0,00	0,00	1,23	1,04
Nord	0,00	0,00	1,33	1,33
Nord-Ouest	3,64	0,00	1,38	2,00
Ensemble	2,38	1,83	2,00	2,12

Source : Etude sur les "Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence", Cameroun, 2010

**Tableau 16 : Taux de létalité par type de complication et par région**

Région	Hémorragie	Dystocie	Rupture de l'utérus	Infection post-partum	Pré-éclampsie /éclampsie	Avortement	Grossesse ectopique	Total
Adamaoua	15,9	2,4	6,3	3,1	1,5	0,4	2,3	4,7
Centre	8,9	2,0	8,3	1,6	5,5	1,2	0,3	2,3
Littoral	3,8	0,0	5,7	8,7	1,2	0,3	0,0	0,9
Extrême-Nord	16,7	0,8	17,2	4,9	10,8	0,3	5,1	2,6
Est	1,1	0,4	7,7	0,0	13,3	0,4	0,0	1,0
Nord	1,5	0,5	20,0	1,0	7,4	0,4	3,4	1,3
Nord-Ouest	4,8	2,5	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	2,0
Ensemble	7,5	0,9	10,2	3,3	4,4	0,5	0,7	2,1

Source : Etude sur les "Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence", Cameroun, 2010

Autant, l'analyse de la létalité par type de complication obstétricale (tableau 16) pose une fois de plus la question de notification des décès intra hospitaliers et témoigne des difficultés d'accès aux sources du système d'information sanitaires ainsi qu'à leur uniformisation.

Fort de ce qui précède, l'on doit retenir que pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle et néonatale, il faut surmonter les trois retards que sont : i) le retard de la prise de décision d'aller à l'hôpital souvent associé à l'ignorance des signes de danger liés à la grossesse ; ii) le retard pour arriver à l'hôpital (mauvaises routes, manque de moyen de transport ou mauvaise organisation communautaire de transport ; et, (iii) le retard de la prise en charge intra hospitalière (insuffisance en quantité et en qualité de personnels qualifiés et la mauvaise organisation des services). A long terme, les interventions dans le domaine de la santé viseront la réduction de la mortalité maternelle et infantile à travers les six piliers de réduction de la mortalité maternelle à savoir :

- la CPNR
- le repositionnement de la PF
- les soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- l'accouchement assisté par un personnel qualifié
- les audits de décès maternels
- la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services existants ainsi que par le dépistage précoce et la prise en charge adéquate des cancers génésiques et des fistules obstétricales.

### 1.3.1.4 OMD 6 :

#### 12 Lutte contre le VIH / Sida

Le principal indicateur pour décrire l'ampleur du fléau est la prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans, ou parmi certains groupes de populations comme les femmes enceintes, les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes ayant des comportements à risque. Les données collectées au cours de l'EDS-2004 ont permis d'avoir les résultats ci-après :

- 5,5% de séroprévalence en moyenne nationale chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, avec 6,8% chez les femmes et 4,1% chez les hommes.
- 7,4% de séroprévalence en moyenne nationale chez les femmes enceintes, légèrement supérieure à celle des autres femmes.



- 3,2% de séroprévalence en moyenne nationale chez les jeunes de 15 à 24 ans (4,8% chez les femmes et 1,4% chez les hommes).

Les estimations sur l'impact de l'infection à partir des logiciels « Estimation Projection Package (EPP) » et « Spectrum » révèlent que la prévalence dans la population des 15– 49 ans se situe autour de 5,1% en 2010, avec 560 306 personnes infectées (adultes et enfants), soit 326 278 femmes et 234 028 hommes. En 2010, la proportion des personnes les plus infectées se situe dans les tranches d'âges de 20 à 39 ans. Les enfants de 0 à 14 ans représentent 8,5% des PVVIH, soit 48 736 des cas. Le nombre de nouvelles infections reste croissant et se situe à 51 315 cas en 2010 (les femmes 28 635, soit 55,8%, contre 22 680 chez les hommes, soit 44,2%).

La propagation du VIH au Cameroun est essentiellement liée aux comportements sexuels, et semble atteindre relativement plus les personnes instruites ou financièrement aisées que les moins instruites et les plus pauvres.

En matière de prévention, le nombre de personnes dépistées augmente régulièrement, mais à un rythme encore lent pour atteindre en 2010 l'objectif de 75% d'hommes et de femmes qui ont effectué un test de dépistage du VIH et retiré les résultats. La diminution des financements consacrés à la prévention et l'existence de la stigmatisation et de la discrimination influent négativement sur l'évolution du taux de dépistage. Les hommes acceptent plus facilement les dépistages, les préservatifs et la sécurité transfusionnelle (plus de 66%), bien qu'environ 60% des PVVIH au Cameroun soient de sexe féminin, et que l'impact du VIH est plus important chez les femmes que chez les hommes. En ce qui concerne la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), environ 60% de femmes enceintes sont testées en moyenne nationale, mais avec de fortes disparités entre les régions.

Le défi pour diminuer les nouvelles infections, c'est de poursuivre la sensibilisation en faveur de la prévention, en adaptant les messages à tous les groupes et couches de la population. Grâce au leadership des pouvoirs publics, la réponse nationale au VIH au Cameroun est organisée depuis 2000 autour d'un cadre d'intervention multisectoriel et le Plan Stratégique National (PSN) 2011 – 2015 dit de 3ème génération, qui se veut multisectoriel et décentralisé, a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays. La mise en œuvre de ce PSN permettra d'atteindre les résultats suivants :

- la prévalence générale est stabilisée et commence à s'inverser à l'horizon 2015 ;
- la PTME est virtuellement éliminée à l'horizon 2015, ce qui contribuera à réduire la mortalité infantile ;
- les nouvelles infections sont réduites d'au moins 50% dans les groupes les plus exposés au risque à l'horizon 2015 ;

L'accès aux soins, traitements et soutien est assuré pour au moins 80% des PVVIH, des OEV et des autres personnes vulnérables à l'horizon 2015, ce qui permettra d'atteindre l'accès universel et les OMD. Des efforts seront donc faits pour rendre les ARV disponibles dans toutes les structures de prise en charge des districts de santé. Le Gouvernement, avec l'appui de ses partenaires, portera ses interventions particulièrement sur :

- le conseil et le dépistage volontaire ;
- le diagnostic et la prise en charge des IST ;
- la sécurité sanguine ;
- la prise en charge médicale des PVVIH ;
- la nutrition des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;

- la surveillance de la résistance aux ARV ;
- la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.

### 13 La lutte contre le paludisme

Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes lui paient un lourd tribut. Selon le Rapport de l'EDS3 de 2004, l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans était d'environ 46% au niveau national. Le même rapport imputait au paludisme 26% des absences en milieu professionnel et 40% des dépenses de santé des ménages. En effet, les ménages prenaient en charge la prévention et le traitement du paludisme (majoritairement assurée à domicile) mais depuis 2005, les ACT sont de plus en plus subventionnées par le Gouvernement, près de 2,5 millions de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action ont été distribuées aux ménages, le traitement préventif intermittent des femmes enceintes est gratuit. La mobilisation sociale pour la lutte contre le paludisme a connu une relance significative par des visites à domicile, la distribution de dépliants, la pose d'affiches et la diffusion de micro programme radio et télé diffusés, avec une forte participation des radios rurales et des organisations à base communautaire.

26.5% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous la moustiquaire la nuit précédant l'enquête MICS-2006, mais seulement 13,1% sous une MII. L'utilisation des MII chez les enfants de moins de 5 ans baisse avec l'âge et augmente avec le niveau de bien être économique du ménage. Elle est plus répandue chez les enfants de la région du Nord (22%) et ceux de la ville de Yaoundé (19%). Par contre, cette utilisation est la plus faible dans les régions de l'Extrême-Nord (1,6%) et de l'Est (8,6%). L'utilisation des moustiquaires reste plus faible en milieu rural (22,3%) qu'en milieu urbain (31,6%). Les résultats selon le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage faisaient apparaître des écarts importants. En effet, l'utilisation de moustiquaires était beaucoup plus répandue chez les femmes instruites et chez celles des ménages aisés.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action 2007-2010 du Comité National de Lutte contre le Paludisme (CNLP), l'année 2007 a connu un renforcement des activités de prévention (distribution gratuite de MII aux enfants et aux femmes enceintes, et traitement préventif intermittent des femmes enceintes), et de prise en charge (avec la mise à la disposition des formations sanitaires des ACT à des coûts subventionnés). Les données collectées selon l'approche administrative en 2008 par le PNLP dans les formations sanitaires pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes se présentaient respectivement comme suit : 56% et 49% des consultations externes, 56% et 59% des hospitalisations. De tous les cas de décès enregistrés dans ces formations sanitaires, 42,5% étaient dus au paludisme. Par ailleurs, 54% de ces décès dus au paludisme surviennent chez les enfants de moins de cinq ans.

Une mise à échelle de toutes les interventions essentielles de lutte contre le paludisme est prévue dès 2011. Les espoirs sont permis pour l'atteinte des objectifs du plan mondial de lutte contre le paludisme en 2015.

Le défi, c'est de rendre la MILD disponible et accessible à tous les ménages en réduisant (le coût, de renforcer son utilisation par toutes les populations cibles, d'assurer la prise en charge correcte et précoce des cas de paludisme aux niveaux communautaire, des services de santé orientés vers les populations et niveau clinique, d'assainir l'environnement dans les quartiers pauvres des grands centres urbains, tout en continuant la politique de facilitation de l'accès aux médicaments antipaludéens. Les objectifs ci-après sont visés à l'horizon 2015 :

- au moins 80% de la population dorment sous moustiquaire imprégnée à longue durée d'action ;
- 80% d'enfants de moins de 05 ans dorment sous moustiquaire imprégnée/longue durée ;

- 80% de relais communautaires appliquent le paquet de prise en charge communautaire du paludisme dans au moins 4/5 des aires de santé de chaque district ;
- 60% des formations sanitaires appliquent les normes et standards de prise en charge du paludisme dans au moins 4/5 des districts de santé de chaque région.

#### 14 La lutte contre la tuberculose

La tuberculose est responsable de deux millions de décès par an dans le monde. D'après l'OMS, c'est une maladie génératrice de pauvreté. Il est estimé que la tuberculose est responsable de la baisse de 1% du PIB au Cameroun. En moyenne 22 500 nouveaux cas de tuberculose sont notifiés au Ministère de la Santé Publique chaque année. La recrudescence de cette maladie au cours de ces dernières années est de plus en plus attribuée à la pandémie du VIH/SIDA et à la pauvreté.

En 2003, les activités de lutte contre la tuberculose ont été renforcées dans le cadre d'un Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Le PNLT a pour but de réduire la morbidité et la mortalité imputables à la tuberculose, par le dépistage et la prise en charge des cas. Le financement de la lutte contre la tuberculose dépend essentiellement des apports extérieurs notamment du Global Fund et des ressources PPTe. En 2003, ce Fonds a octroyé à cet effet près de 3 milliards de FCFA au Cameroun, qui ont permis de stabiliser le financement du programme, et de rendre concrète la gratuité du test VIH pour les malades tuberculeux. Depuis la même année, les ressources PPTe financent des activités de lutte contre la tuberculose. Comme progrès notables, on peut relever:

- la formation des personnels et l'équipement de nombreux centres de dépistage et de traitement (CDT) à travers le pays ;
- une évolution significative du dépistage, avec 24 589 cas en 2007 contre 10 548 cas en 2002 ;
- la réduction des coûts de traitement pour les malades (1 000 FCFA pour le dépistage et gratuité du traitement pendant 14 mois) ;
- un succès thérapeutique d'environ 75%, soit un gap de 10% pour atteindre l'objectif de 85% de guérison de malades tuberculeux pulmonaires à microscopie positive (TPM+) mis sous traitement.

Malgré ces progrès, de nombreux malades (14%) sont encore déclarés perdus de vue. Aussi, la mise en œuvre de la politique de la prise en charge de la co-infection VIH/TB n'est pas effective.

L'effort sera maintenu dans la même lancée et un accent particulier mis sur la recherche des perdus de vue. La politique de la prise en charge de la co-infection VIH/TB sera mise en œuvre sur toute l'étendue du territoire national. Il faudra ensuite intensifier la mobilisation des financements pour renforcer la prise en charge des malades du SIDA et de la tuberculose, et réduire le taux de perdus de vue parmi les tuberculeux.

#### **1.3.1.5 OMD 7 :**

- 15 En matière d'accès à l'eau potable, des efforts restent à faire, car la proportion de la population ayant accès à l'eau potable a légèrement augmenté. Elle passe de 40,6% en 2001 à 43,9% en 2007, soit un peu plus de la moitié de la cible (72,1%) à atteindre en 2015. Ce faible taux d'accès à l'eau potable témoigne de l'insuffisance des infrastructures en eau potable fonctionnelles, à laquelle s'ajoute le faible taux (12,3%) de populations qui rendent potable l'eau à domicile.

- 16 En dépit de l'amélioration de la proportion de la population ayant accès aux infrastructures améliorées d'assainissement de base qui est passée de 8,5% en 2001 à 31,7% en 2007, soit près du double de la cible qui était fixée à 17% pour 2015, la pratique de la défécation à l'air libre reste élevée dans certaines régions du Cameroun. Cette pratique contribue à la propagation des maladies diarrhéiques.

**Tableau 17 : Prévalence de la diarrhée et pourcentage des ménages déféquant à l'air libre par région**

Régions	Prévalence de la diarrhée %	% des ménages déféquant à l'air libre
Adamaoua	20	0,6
Centre	15,1	1,4
Est	17,5	10,6
Extrême-Nord	35,3	22,7
Littoral	8,2	1,5
Nord	34,7	24,7
Nord-Ouest	7,3	0,2
Ouest	9,6	0,5
Sud	17	2,6
Sud-Ouest	9,7	5,4
<b>Cameroun</b>	<b>18,9</b>	<b>7,5</b>

Source : MICS 2006

### 1.3.2 Profil épidémiologique

- 17 L'analyse des principales causes de morbidité et de mortalité est faite en fonction des 10 premières causes enregistrées dans chacune des FS par niveau de soins : 1er contact, 1er niveau de référence et 2ème niveau de référence. Les données analysées sont tirés du Analyse de situation 2008 associée au SQI.

#### 1.3.2.1 Principales causes de consultations/hospitalisations et mortalité intra hospitalière

- 18 L'analyse de la morbidité intra hospitalière par niveau des soins (population générale) démontre que les principales maladies enregistrées dans les formations sanitaires du niveau périphérique (CSI/CMA et HD) sont le paludisme, les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques, les parasitoses intestinales, les dermatoses et IST (cf. PDSO). Au niveau des hôpitaux régionaux, les affections sont dominées par le paludisme, la tuberculose pulmonaire, le VIH/SIDA et les pathologies gastriques (cf. PRCD). Quant aux hôpitaux de 1ère et 2ème catégories, les données ne sont pas accessibles pour toutes les structures de ce niveau ; néanmoins, selon les données disponibles pour certains de ces hôpitaux (HCY, et HGOPY), le groupe des maladies Diabète /A V C/ Maladies hypertensives constitue la grande majorité des causes de morbidité enregistrées à l'Hôpital Central de Yaoundé suivie de loin par les maladies de l'œil et des affections digestives. Les traumatismes ne figurent pas parmi les 10 premières causes de consultation. Les cas de morbidité enregistrés à l'Hôpital Jamot de Yaoundé concernent particulièrement la tuberculose et les autres maladies pulmonaires ainsi que les psychoses ; ils touchent principalement la tranche d'âge de 15 à 45 ans à l'exception du TPM+/VIH qui ne concerne que les personnes âgées de plus de 45 ans. Ces pathologies reflètent la nature spécialisée de cet hôpital à savoir les affections pulmonaires et mentales.
- 19 Selon les quelques données obtenues de certaines FS, on constate que parmi les 10 premières causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans enregistrées dans les CSI et les CMA, le paludisme représente 59%, les pneumonies 8% et la diarrhée

7%. En réponse à cette situation, il va falloir renforcer la PCIME Clinique et communautaire et en faire une intervention prioritaire à mettre à l'échelle dans les aires de santé.

- 20 En ce qui concerne les femmes enceintes reçues dans les CSI et CMA, le paludisme (55%) et les IST (16%) viennent en tête et sont responsables de 71% de consultations parmi les 10 premières causes de morbidité. Pour les 29% restants, l'anémie (4%) et les complications de la grossesse (2%) sont enregistrées parmi les 10 premières causes de morbidité. Pour réduire la morbidité au sein des femmes enceintes dans les aires de santé et espérer réduire significativement la mortalité maternelle, il est pertinent et opportun de mettre un accent particulier sur la mise en œuvre des interventions préventives lors des CPN recentrées avec prioritairement la distribution et la sensibilisation à l'utilisation des MII, le Traitement Préventif Intermittent (TPI), la PTME et la Supplémentation en micronutriments (Fer acide Folique) ainsi que la prise en charge syndromique des IST. Bien évidemment, un système de référence et contre référence pour les complications de grossesses doit être rendu fonctionnel.
- 21 Au niveau de l'hôpital de district, le paludisme (56%) vient en tête des 10 premières causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans suivi des affections des voies respiratoires (15%). Les 29% restants sont partagés entre les pathologies dont on ne note vraiment pas une différence significative entre elles : les anémies (7%), les diarrhées (5%), les parasitoses intestinales (5%) etc. Ces pathologies peuvent être contrôlées à travers la mise en œuvre à l'échelle, de la PCIME Clinique dans les hôpitaux de district. Chez les femmes enceintes la situation des 10 premières causes de morbidité est dominée à 71% par le paludisme (48%), les parasites intestinaux (12%) et les anémies (11%). Il est à noter que pour les 29% restants, les IST (4%) et le VIH/sida (5%) contribuent de 9% ; ce qui n'est pas à négliger à ce niveau de soins pour cette cible. De ce qui précède, la morbidité chez les femmes enceintes peut être réduite à travers les mêmes mesures retenues pour les CSI et les CMA auxquelles on ajouterait la prise en charge du sida dans les UPEC.
- 22 De l'analyse de la mortalité intra hospitalière par groupe cible et par type de structure, on constate dans l'ensemble qu'au niveau des CSI/CMA, les principales causes de mortalité intra – hospitalière sont le paludisme, l'anémie, les affections respiratoires, les affections abdominales, le VIH/SIDA, les diarrhées d'origine non spécifiée et la malnutrition. Il en est de même au niveau des hôpitaux de district où l'on dénombre des décès liés principalement au paludisme, au VIH/SIDA, aux anémies et diarrhées (Cf. PDSD). Au niveau de l'hôpital régional, les décès intra hospitaliers sont majoritairement dus au VIH/SIDA, au paludisme, aux anémies, à l'hypertension artérielle (HTA) et à la tuberculose pulmonaire (Cf. PRCDS). Pour ce qui est des hôpitaux de 1ère et de 2ème catégories, les données n'étant pas accessibles pour tous ces hôpitaux, le cas de l'HCY montre que les traumatismes constituent la cause la plus redoutée des décès à ce niveau.

Selon le groupe cible, le constat est que le paludisme et les anémies constituent les deux premières causes de mortalité tant chez les enfants de moins de 5 ans que chez les femmes enceintes au niveau des CSI et CMA. En plus de cela :

- les enfants de moins de 5 ans meurent aussi des pathologies abdominales, des affections respiratoires, de la diarrhée et de la malnutrition ;
- les femmes enceintes meurent principalement du VIH/sida, des affections respiratoires, de la diarrhée, complications à l'accouchement,

Dans le fonctionnement normal du système de santé, les décès ne devraient pas survenir à ce niveau, sauf en cas d'une arrivée tardive au CSI/CMA, car ces cas de maladies devaient être référés immédiatement à l'HD ; les CSI/CMA n'ayant pas

mandat d'hospitaliser. Toutes ces causes de mortalité peuvent être réduites à ce niveau par la prise en charge précoce et efficace des cas et l'amélioration du fonctionnement du système de référence/contre-référence.

Au niveau du HD, on assiste à la même présentation des causes de mortalité comme décrite pour le niveau des CSI et des CMA, à la différence que le VIH/sida commence à être signalé chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes meurent aussi des complications à l'accouchement. A cet effet, la réduction de la mortalité à ce niveau passera par la complémentarité avec les mesures préconisées pour le CSI et le CMA, notamment l'adéquation du plateau technique conformément au Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Le recours à l'hôpital régional par l'hôpital de district reste valable pour assurer le pronostic vital. Ceci démontre une fois de plus l'importance du volet transport dans la fonctionnalité et l'efficacité du système de référence/ contre- référence dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle.

Des causes de mortalités recensées au niveau de l'hôpital de district sont aussi signalées au niveau de l'hôpital régional à des proportions variables, on note plus particulièrement à l'hôpital régional :

- l'apparition des causes néo natales, la méningite et la tuberculose pulmonaire chez les enfants de moins de 5 ans ;
- l'absence de paludisme comme cause principale de décès chez les femmes enceintes, l'augmentation de l'hypertension artérielle, le diabète et hépatites B chez les mères.

Pour ce niveau, ce profil requiert des soins plus spécialisés nécessitant un plateau technique plus adéquat.

### 1.3.2.2 La surveillance intégrée des maladies, réponses et règlement sanitaire internationale 2005 (SIMR/RSI 2005)

23 La surveillance épidémiologique, coordonnée par la Direction de la Lutte contre la Maladie, est opérationnelle au niveau de chaque District de Santé. Elle s'appuie sur la notification hebdomadaire des cas en ce qui concerne les MAPE, et bénéficie de l'appui du projet SURVAC. L'évolution des MAPE est présentée dans le tableau 18 ci-dessous.

**Tableau 18 : Evolution de la fréquence des MAPE au Cameroun**

N°	MAPE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	CHOLERA	1 853	1 268	8	0	23	10759
2	MENINGITE	453	474	887	47	817	835
3	FIEVRE JAUNE	153	395	343	1	35	1 240
4	ROUGEOLE	806	373	416	134	804	818
5	POLIOMYLITE	1	2	0	0	3	0
6	RAGE HUMAINE	4	1	1	0		3
7	VIRUS EBOLA	0	0	0	0	3	0
8	CHIKUNGUNYA	0	0	0	0	0	0
9	SYNDROME RESPIRATOIRE AIGUE	0	0	0	0		
10	DIARRHEE A ROTAVIRUS	11	618	2 083	0	0	299
11	GRIPPE AVIAIRE					57	0

Source : MINSANTE

24 Certaines maladies au Cameroun font l'objet d'une surveillance sentinelle : le VIH-SIDA, la syphilis, les diarrhées à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans, les

méningites à hémophiles influenzae B (HiB) et à pneumocoque et les gripes humaines. Cette surveillance permet d'avoir une image de leurs tendances spécifiques ou globales.

La surveillance sentinelle des gripes humaines est assurée par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) depuis 2007 et les laboratoires John Hopkins University-Global Viral Forecasting Initiative (JHU-GVFI) depuis 2009. Au total, 45 sites sentinelles sont fonctionnels dans le pays. Depuis l'avènement de la grippe pandémique A(H1N1) en avril 2009 jusqu'au 31 juillet 2010, 57 cas confirmés ont été enregistrés dans le cadre de cette surveillance sentinelle mise en place.

La surveillance sentinelle des diarrhées à Rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans puis des méningites à HiB et pneumocoque quant-à elle, est assurée par le Centre Mère-Enfant de la Fondation Chantal Biya, les analyses des prélèvements s'effectuant au CPC. A ce jour, des 1649 cas suspects cumulés de méningite à HiB enregistrés, 57 cas ont été confirmés et des 779 cas suspects cumulés de diarrhée à rotavirus enregistrés, 264 cas ont été confirmés.

- 25 S'agissant du Règlement Sanitaire International (RSI-2005), sa mise en œuvre est en cours avec la promulgation du texte portant création, organisation et fonctionnement des Centres de Vaccination Internationale, la désignation officielle en 2006 du Comité National d'Epidémiologie comme Point Focal National-RSI. Seuls les postes frontaliers des aéroports de Yaoundé, Douala et Maroua procèdent à ce jour à la vaccination Anti-Amarile.
- 26 En dehors de la surveillance des maladies, la surveillance des facteurs de risque maladie d'ordre environnemental, socio-économique, accidents et traumatismes, facteurs comportementaux et conduites à risques (drogues, tabac, alcools, stupéfiants...) doit être organisée selon leurs typologie et zones de risque. La typologie des différents risques figure en annexe.
- 27 Les maladies à transmission vectorielle concernent six (6) pathologies majeures. Le tableau 19 ci après donne un aperçu de la cartographie de ces maladies dont leur surveillance s'avère nécessaire. Pour ces pathologies, un plan intégré de lutte anti vectorielle est en cours d'élaboration. La cartographie intégrée des maladies présentée en annexe sera finalisée

**Tableau 19 : Cartographie des maladies à transmission vectorielle**

Maladies	Agents pathogènes	Vecteurs	Distribution géographique
Le paludisme	<i>P. falciparum</i> , est l'espèce plasmodiale la plus fréquente. <i>P. malariae</i> et, <i>P. ovale</i> secondairement.	13 espèces anophéliennes. <i>Anopheles gambiae</i> s.s. <i>An. Funestus</i> s.s.; <i>An. Moucheti</i> . <i>An. Arabiensis</i> , <i>An. Nili</i> . <i>An. Hancocki</i> ; <i>An. Paludis</i> . <i>An. Marshalli</i> ; <i>An. Coustani</i> . <i>An. Wellcomei</i> ; <i>An. Ovengensis</i> . <i>An. Ziemanni</i> ; <i>An. Pharoensis</i> .	Toutes les régions.
La filariose lymphatique	<i>Wuchereria bancrofti</i>	<i>Anopheles gambiae</i> . <i>Anopheles funestus</i> . <i>Culex</i> .	Toutes les régions
Onchocercose	<i>Onchocerca vulvulus</i>	Simulie (Mouches noires)	Toutes les régions.
Trypanosomiase Humaine Africaine	<i>Trypanosoma gambiense</i>	<i>Glossina palpalis palpalis</i> comme le principal responsable de la transmission. <i>Glossina caliginea</i> . <i>Glossina pallicera</i> ; <i>Glossina nigrofusca</i> ; <i>Glossina tabaniformis</i> .	Région forestières.
Les arboviroses (Fièvre jaune, Chikungunya, Dengue...)	Virus	<i>Aedes (Ae) Stegomyia</i> ; <i>Ae. Aegypti</i> . <i>Ae. Albopictus</i> ; <i>Ae. Bromeliae</i> .	Toutes les régions.

Maladies	Agents pathogènes	Vecteurs	Distribution géographique
		<i>Ae. Luteocephalus</i> ; <i>Ae. Fuscifer</i> . <i>Ae. africanus</i> .	
La leishmaniose (leishmaniose cutanée, muco-cutanée et viscérale)	<i>Leishmania sp</i> (n = 15) ( <i>L. major</i> ; <i>L. tropica</i> , <i>L. infantum</i> , <i>L. aethiopica</i> , <i>L. guyanensis</i> , <i>L. donovani</i> , <i>L. panamensis</i> , <i>L. braziliensis</i> , <i>L. mexicana</i> )	Phlébotomes sp.: ( <i>Sergentomyia africana</i> , <i>S. schwetzi</i> , <i>S. clydei</i> ; <i>S. antennata</i> ; <i>S. bedfordi</i> , <i>Phlebotomus duboscqui</i> ; <i>S. lognensis</i> ; <i>S. grenieri</i> , <i>S. schoutedeni</i> ; <i>S. squamipleuris</i> , <i>P. rodhaini</i> )	Les régions de l'Extrême nord et du Nord.

Source : MINSANTE/DLM



# CHAPITRE DEUX : BUT, OBJECTIFS, STRATEGIES ET ACTIVITES DU PNDS 2011-2015

---

## 2.1 But

- Le PNDS 2011-2015 a pour but de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés au secteur santé.

## 2.2 Objectif

- L'objectif du PNDS est d'opérationnaliser pendant la période 2011-2015, la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, document de référence de la politique sanitaire du Cameroun, aligné lui-même sur le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi.

## 2.3 Résultats attendus

La SSS 2001-2015 s'est fixé des objectifs à l'horizon 2015. La mise en œuvre du PNDS 2011-2015 doit produire des résultats à même de contribuer à l'atteinte des objectifs de ladite stratégie. Il s'agit de :

- R1 : Le système de santé est renforcé
- R2 : La santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent est améliorée
- R3 : La lutte contre la maladie est renforcée
- R4 : Les populations adoptent de plus en plus des comportements/attitudes sains

## 2.4 Stratégies

Pour obtenir ces résultats, trois stratégies ont été retenues à savoir : la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et la prestation des services et soins de santé :

- 28 la mobilisation des ressources (financières, matérielles), se fera dans le cadre de l'Approche Sectorielle ou SWAp santé et du Partenariat International pour la Santé, en anglais International Health Partnership (IHP+).
- 29 le renforcement des capacités des personnels à travers la formation de base générale et ciblée, la formation continue à tous les niveaux du système de santé et la capitalisation de l'assistance technique dans le cadre de la coopérations bilatérale et multi latérale.
- 30 la priorité en matière de prestation des services et soins de santé concernera le passage à échelle des interventions à haut impact et nécessaires à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 et aussi les OMDs 1 et 7.

Les directives pour la mise à échelle de ces interventions concernent deux types de paquets de service, à savoir : le paquet de services de base et le paquet de services complémentaires. Trois modes de prestation de services et soins de santé vont permettre de définir chaque paquet : les services à base communautaire et familiale et les services orientés vers les populations en ce qui concerne les paquets de services de base, les soins cliniques individuels pour ce qui est du paquet des services complémentaires. Les interventions correspondant à chaque mode de prestation et leurs cibles sont présentées dans les tableaux 20, 21 et 22 ci-dessous selon les différentes phases de l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

**Tableau 20 : Cibles de couverture du niveau communautaire**

Principales Interventions à haut impact	Couverture de base de qualité	Phase I	Phase II
<b>1. Services à base communautaire et familiale</b>	Base	2011-2013	2014-2015
1.1 Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour enfants de moins de 5 ans	13%	60%	80%
1.2 Utilisation d'une eau de qualité	53%	53%	84%
1.3 Accès aux structures d'hygiène et assainissement de base	33%	40%	50%
1.4 Aspersions résiduelle à l'intérieur des foyers	27%	60%	80%
1.5 Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	21%	52%	65%
1.6 Prise en charge thérapeutique de la malnutrition (< de 5 ans)	32%	52%	65%
1.7 Prise en charge communautaire de la diarrhée (< de 5 ans)	17%	65%	80%
1.8 Prise en charge à domicile des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme	ND	60%	80%
1.9 Prise en charge à domicile des cas de maladies respiratoires chez les enfants de moins de 5 ans	ND	40%	80%
1.10 Pratique du lavage des mains par les ménages	ND	50%	80%
1.11 Utilisation d'une latrine pour l'évacuation des excréta	ND	65%	80%

**Tableau 21 : Cibles pour les services orientés vers les populations**

Principales Interventions à haut impact	Couverture de base de qualité	Phase I	Phase II
<b>2. Services orientés vers les populations</b>	Base	2011-2013	2014-2015
2.1 Planification familiale	14%	29%	38%
2.3 Consultation prénatale	21%	65%	80%
2.4 Vaccination contre le tétanos maternel et néonatal	53%	65%	80%
2.5 Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	29%	65%	80%
2.6 Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant la grossesse	61%	65%	80%
2.7 Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI)	47%	65%	80%
2.8 Supplémentation en multi micronutriments pendant la grossesse	0%	65%	80%
2.9 PTME (test, conseil, AZT et conseil sur l'alimentation du jeune enfant)	20%	65%	80%
2.10 Prophylaxie au cotrimoxazole pour mères séropositives	9%	65%	80%
2.11 Prophylaxie au cotrimoxazole pour enfants de mères séropositives	10%	65%	80%
2.12 Vaccination anti-rougeoleuse	78%	80%	90%
2.13 Vaccination BCG	81%	81%	90%
2.14 Vaccin polio oral OPV	67%	80%	90%
2.15 Vaccin Pentavalent (DTC+Hb+ Hépatite)	75%	80%	90%
2.16 Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune)	12%	80%	90%
2.17 Vaccin anti pneumococcique	44%	90%	90%
2.18 Vaccin anti rotavirus	0%	90%	90%
2.19 Supplémentation en Vitamine A	58%	80%	90%

Tableau 22 : Cibles de couverture du niveau clinique

Principales Interventions à haut impact	Couverture de base de qualité	Phase I	Phase II
<b>3. Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)</b>	<b>Base</b>	<b>2011-2013</b>	<b>2014-2015</b>
<b>3.1. Soins obstétricaux et néonataux</b>			
3.1.1 Accouchement normal assisté par un professionnel	37%	62%	72%
3.1.2 SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)	24%	41%	51%
3.1.3 SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets)	0,1%	40%	50%
3.1.4 Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	21%	41%	51%
3.1.5 Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	11%	62%	72%
3.1.6 Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	19%	41%	51%
3.1.7 Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	49%	49%	81%
<b>3.2 Soins curatifs pour enfants et adultes</b>			
3.2.1 Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	36%	60%	70%
3.2.2 Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	10%	60%	70%
3.2.3 Traitement de la rougeole par la vitamine A	48%	60%	70%
3.2.4 Prise en charge de la diarrhée par le zinc	1%	65%	70%
3.2.5 Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique	1%	60%	70%
3.2.6 Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pour adulte	28%	60%	70%
3.2.7 Détection et prise en charge des IST	11%	60%	70%
3.2.8 Antibiotiques pour infections opportunistes	28%	60%	70%
3.2.9 ARV pour enfant atteint du SIDA	12%	41%	52%
3.2.10 ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	9%	41%	52%
3.2.11 ARV pour adulte atteint du SIDA	38%	41%	52%
3.2.12 Traitement ARV de 2e intention pour enfants	25%	40%	50%
3.2.13 Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere intention	0%	40%	50%
3.2.14 Prise en charge des échecs aux traitements ARV de 2nde intention	18%	40%	50%
3.2.15 DOTS pour la TB	71%	71%	71%
3.2.16 Retraitement des patients tuberculeux	38%	66%	76%
3.2.17 Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes	6%	40%	50%

L'élaboration des PTA à chaque niveau doit tenir compte des résultats de l'analyse des goulots d'étranglement (identification de ceux-ci et de leurs causes) liés à la mise en œuvre de ces interventions au niveau local et des stratégies correctrices envisageables dans le contexte concerné. Suite à une simulation au niveau national à l'aide de l'outil MBB, des niveaux de couverture présentés dans les tableaux 20, 21 et 22 ont été retenus pour le niveau national et devront être adaptés selon le contexte. Celles-ci tiennent compte :

- des orientations de la stratégie sectorielle de la santé en termes de résultats attendus d'équité, de couverture universelle et des SSP ;
- des goulots d'étranglement qu'il faudra corriger ; de la faisabilité tenant compte des causes et des contraintes du système, du secteur et du pays ;
- de la programmation du CDMT notamment des coûts additionnels nécessaires pour l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 pour le Cameroun.

## **2.5 Chronogramme des Activités du PNDS**

- 31 Conformément aux résultats de l'analyse de situation, les activités à mener par domaines d'intervention au cours de la période 2011-2015, sont présentées dans les tableaux 23, 24, 25, et 26. Ce chronogramme intègre les actions prioritaires du DSCE et ressort les responsabilités des différents intervenants dans le secteur santé.

**Tableau 23 : Activités de viabilisation du district de santé**

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
Offres de Services et soins	Infrastructures	Construction	Construction des LAM	DEP	Formations sanitaires, MINTP	X	x	x	x	x
			Construction de nouveaux bâtiments dans les HC	DEP	Formations sanitaires, MINTP	X	X	X	x	x
			Construction d'un bâtiment abritant la DRSP	DEP	DRSP, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des incinérateurs	DEP	DPS, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des CSI	Maires, CTD	DEP/MINSANTE, SSD, MINTP	x	x	x	x	x
			Autres Construction de Services administratifs	DEP	DOSTS, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des HR	DEP	DRSP, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des Ecoles de formation	DEP	DRSP, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des CAPR / CAPR Annexes	DEP	CAPR / CAPR Annexes/MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des CMA	Maires, CTD	DEP/MINSANTE, SSD, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des HD	DEP	SSD, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des Morgues	DEP	Formations sanitaires, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des SSD	DEP	SSD, MINTP	x	x	x	x	x
			Etudes Architecturales et	DEP	MINDAF	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			techniques							
			Elaboration des projets hospitaliers	DOSTS	Formations sanitaires 1 ; 2 ; 3 <sup>ème</sup> catégories	X	X	X	x	x
			Interventions Spéciales pour Construction	MINSANTE	MINDAF	x	x	x	x	x
		Réhabilitation/ Aménagement	Etudes architecturales et techniques pour la réhabilitation des infrastructures	DEP, U/SWAp	C2D, kfw	x	x			
			Réhabilitation des infrastructures	DEP, USWAP	C2D, KfW		x	x		
			Réhabilitation des CDT	DEP	SSD, MINDAF	x	x	x	x	x
			Réhabilitation des voies internes dans les HC	DEP	MINTP	x	x	x	x	x
			Aménagement des circuits électriques dans les formations sanitaires	DEP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Construction des blocs de toilettes externes	DEP	SSD, MINTP	x	x	x	x	x
			Construction des Centres d'hémodialyse et d'Imagerie Médicale	DEP	DOSTS, DRSP	x	x	x	x	x
			Construction des pavillons mère et Enfant	DEP	DOSTS	x	x	x	x	x
			Réhabilitation des LAM	DEP	Formations sanitaires, MINDAF	x	x	x	x	x
			Maintenance et entretien des locaux dans les HR	HR	DRFP	x	x	x	x	x
			Maintenance et entretien des locaux dans les CMA	CMA	DRFP	x	x	x	x	x
			Maintenance et entretien des locaux dans les HD	HD	DRFP	x	x	x	x	x
			Aménagement d'un Forage +	DEP	SSD	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
			Pompe								
			Aménagement des circuits électriques dans les formations sanitaires	DEP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation des CAPR / Annexes régionales de la CENAME	DEP	CAPR / Annexes régionales de la CENAME	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation / extension des SSD	DEP	SSD	x	x	x	x	x	
			Maintenance et entretien des locaux dans les CSI	CSI	DRFP	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation / Extension des CMA	DEP	SSD	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation des services centraux	DEP	DRFP	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation / extension des CSI	DEP	SSD	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation des DRSP	DEP	DRSP	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation et extension des écoles de formation	DEP	DRSP	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation / Extension des HR	DEP	DRSP	x	x	x	x	x	
			Réhabilitation / Extension des HD	DEP	SSD	x	x	x	x	x	
	<b>Equipements</b>	Acquisition des équipements techniques		Acquisition du matériel technique et d'exploitation	DRFP, USWAp	Formations sanitaires, C2D, Kfw	x	x	x	x	x
				Equipement des SSD en matériel médical	DRFP	SSD	x	x	x	x	x
				Dotation des CAPR / Annexes régionales de la CENAME en Matériel technique	DRFP	CAPR	x	x	x	x	x
				Equipement des centres d'hémodialyse et d'imagerie	DEP	DRSP	x	x			
				Equipement des pavillons mère & Enfant	DEP	FCB	x	x			
		Acquisition des autres équipements et Matériels roulants		Acquisition des Motos	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
				Acquisition des ambulances	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
					BAD					
			Equipement des CSI En matériel Médical	DRFP	SSD	x	x	x	x	x
			Equipement des HD en matériel Médical	DRFP	HD	x	x	x	x	x
			Dotation des SSD en matériel de bureau	DRFP	SSD	x	x	x	x	x
			Dotation des CSI en matériel de bureau	DRFP	SSD	x	x	x	x	x
			Acquisition des coffres forts	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Acquisition des véhicules de Service	DRFP	Toutes les structures	x	x	x	x	x
			Dotation des HD en matériel de bureau	DRFP	HD	x	x	x	x	x
			Equipement des structures sanitaires en mobilier de bureau	DRFP	Structures sanitaires	x	x	x	x	x
			Acquisition du matériel technique	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			acquisition du matériel d'exploitation	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Dotation des formations Sanitaires en Matériel de Promotion de la sante	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Equipement des Logements d'astreinte Médecin (LAM) dans les zones rétrocedées	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Equipement des chambres froides	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Equipement des écoles de formation en matériel Médical	DRFP	DRSP	x	x	x	x	x
			Acquisition des unités mobiles	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Equipement des morgues	DRFP	Formations	x	x	x	x	x



CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
					sanitaires					
			Equipement des CDT	DEP	HD	x	x	x	x	x
			Equipement des HR en matériel de bureau	DRFP	HR	x	x	x	x	x
			Dotation des CAPR / Annexes régionales de la CENAME en matériel de Bureau	DRFP	CAPR / Annexes régionales de la CENAME	x	x	x	x	x
			Acquisition du matériel informatique	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Equipement des HR en matériel Médical	DRFP	HR	x	x	x	x	x
			Achat d'un groupe électrogène	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Acquisition des Motos/Vélos pour les ARC et acquisition des véhicules de service en 2011	DRFP	SSD UNICEF	x	x	x	x	x
			Dotation des écoles de formation en matériel de Bureau	DRFP	Ecoles	x	x	x	x	x
			Installation de l'énergie Solaire	DEP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Acquisition de l'énergie Solaire	DEP	Formation sanitaires	x	x	x	x	x
			Connexion des formations sanitaire au réseau électrique	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Dotation des CMA en matériel de bureau	DRFP	SSD	x	x	x	x	x
			Dotation des services centraux en matériel de bureau	DRFP	-	x	x	x	x	x
			Dotation des DRSP en matériel de bureau	DRFP	DRSP	x	x	x	x	x
			Développement du réseau internet	DRFP	Cellule Informatique	x	x	x	x	x
			Equipement des services centraux en matériel Médical	DEP	DRFP	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			Acquisition des hors bord	DRFP	SSD	x	x	x	x	x
			Equipement des CMA en matériel médical	DRFP	SSD	x	x	x	x	x
		Maintenance	Maintenance des Equipements Techniques	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Création des services hospitaliers de maintenance intégrée	DOSTS	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Maintenance et réhabilitation des automobiles	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Maintenance du matériel informatique	DRFP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
	Ressources Humaines	Elaboration du plan de développement des ressources humaines	Recensement général des personnels du système de santé du Cameroun, incluant les sous-secteurs public et privé.	DRH	Toutes les structures du MINSANTE, MINFOPRA, MINFI, MINEPAT, OMS, C2D	x				
			Elaboration du Plan de recrutement/effectif	DRH		x				
			Elaboration du plan de formation	DRH		x				
			Elaboration du plan de carrière	DRH		x				
			Elaboration du Plan de motivation (mesure de fidélisation au poste de travail)	DRH		X				
			Elaboration du cadre logique du PDRH	DRH		x				
			Evaluation du coût du PDRH	DRH		x				
			Consolidation du Draft 0 du PDRH et reprographie	DRH		x				
Pré-validation du PDRH par les parties prenantes	DRH		x							
Validation et lancement du PDRH au niveau national (Validation et adoption par le Gouvernement)	DRH		x							

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			Edition en Anglais et en français et diffusion du Plan de Développement des RH	DRH		x				
			Mobilisation des ressources en vue de la mise en œuvre du PDRH	DRH		x				
		MEO du plan (développement et gestion des ressources humaines)	Formation Continue des prestataires de soins à la PEC pédiatrique du VIH / SIDA	CNLS	DRH	x	x	x	x	x
			Formation des prestataires de soins sur les bonnes pratiques d'accouchement	DSF	DRH	x	x	x	x	x
			Détermination de la Masse Salariale	DRH	MINFI, CTD	x	x	x	x	x
			Autres formations continues des responsables de santé au niveau Central	DRH	MINESUP	X	X	X	x	x
			Autres formations continues des responsables de santé au niveau Intermédiaire	DRH	DRSP	X	X	X	x	x
			Autres formations continues des responsables de santé au niveau opérationnel	DRH	DRSP, SSD	X	X	X	x	x
			Formation des prestataires de soins sur la PEC des IST	DLM	DRH	x	x	x	x	x
			Formation des prestataires de soins à l'utilisation des protocoles	DRH	DRSP	x	x	x	x	x
			Formation des formateurs sur le Planning Familial	DSF	DRH, UNFPA, ACMS, Plan Cameroon, CAMNAFAW, SOGOC	x	x	x	x	x
			Formation des prestataires de soins sur le Planning Familial			x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins à la PEC des	DLM	DRH	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			maladies							
			Formation Continue des prestataires de soins aux techniques de Communication	DPS	DRH, Cellule de Communication	x	x	x	x	x
			Formation des prestataires de soins sur le Counselling	CNLS	DRH	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins pour la lutte contre le paludisme	PNL Paludisme	DRH	x	x	x	x	x
			Formation des personnels à la planification	Comité Interne PPBSE	ST/CP-SSS	x	x	x	x	x
			Formation / Recyclage des gestionnaires de Crédit	DRFP	DRH	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins sur le Dépistage et la PEC des fistules obstétricales	DSF	DRH	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins à la PEC du Diabète / HTA	DLM	DRH	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins en SONU /PTME	DSF	DRH UNFPA OMS	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins à la promotion de la santé	DPS	DRH	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins dans la lutte contre le SIDA	CNLS	DRH	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins en PCIME	DSF	DRH	x	x	x	x	x
			Recrutement / Affectation du personnel médical dans les hôpitaux	DRH	DOSTS	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			Recrutement / Affectation du personnel paramédical dans les CSI/CMA	Maire	DOSTS, CTD	x	x	x	x	x
			Recrutement des (150) ressources humaines dans le septentrion	DRH, U/SWAp	C2D, USWAP, DRSP	x				
			Autres Formations Continues des responsables de santé (ONG, OSC, CTD, Confessions religieuses, autorités traditionnelles, etc.)	DRH	MINAS DRSP SOGOC OSC	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins à la CPN	DSF	DRH	x	x	x	x	x
			Formation Continue des prestataires de soins en Alimentation / Nutrition	DSF	DRH DPS	x	x	x	x	x
			Formation des prestataires de soins sur les bonnes pratiques d'accouchement	DSF	DRH UNFPA OMS	x	x	x	x	x
			Formation des prestataires de soins à la surveillance de la maladie			x	x	x	x	x
			Renforcement des capacités des personnels de santé dans le cadre de la conduite des activités d'élimination y compris de la surveillance épidémiologique et entomologique	DLM	DRHOMS	x	x	x	x	x
			Formation en CPN-R	DSF	DRH UNFPA	x	x	x	x	x
			Formation/Recyclage en SPA sur les 05 composantes							
			Formation/Recyclage des prestataires à la compétence à la vie courante	DSF	DRH, SOGOC, OSC	x	x	x	x	x
			Formation en MOBSOC	DSF	DRH, DPS	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
					UNFPA					
			Formation en SONUB	DSF	DRH, SSD, SOGOC UNFPA	x	x	x	x	x
			Formation en SONUC	DSF	DRH, SSD, SOGOC UNFPA	x	x	x	x	x
	<b>Référence contre référence</b>	Création et mise en place des pôles d'excellence	Evacuation Sanitaire	DOSTS	DRFP, MINFI	x	x	x	x	x
	<b>Carte sanitaire</b>	Actualisation de la carte sanitaire <sup>11</sup>	Développement et mise en œuvre d'un plan de dissémination des données de la carte sanitaire	DEP/CIS	INC, INS, OMS	x	x	x	x	x
mise en place et suivi d'un système de pérennité de la métrologie sanitaire			INS, OMS		x	x	x	x	x	
<b>Médicament, réactifs et dispositifs médicaux</b>	<b>Accès au Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux</b>	Amélioration de la couverture nationale en Médicaments et dispositifs médicaux essentiels	Acquisition et distribution des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	DPM	CENAME, CAPR	x	x	x	x	x
			Acquisition des médicaments essentiels	DPM	CENAME, CAPR	x	x	x	x	x
			Achat / Distribution des vaccins et du matériel d'injection	DPM	CENAME, CAPR	x	x	x	x	x
		Renforcement des stocks des structures intermédiaires du SYNAME et des pharmacies des FS	Renforcement des stocks : CENAME et ses démembrements ainsi que les formations sanitaires publiques	CENAME, CAPR	Formations sanitaires BAD	x	x	x	x	x
			Acquisition des réactifs et autres Intrants	DPM	CENAME, CAPR BAD	x	x	x	x	x

<sup>11</sup> La CIS parle du Développement de la carte sanitaire

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			Contrôle des prix des médicaments	IGSP	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
		Développement des mécanismes de régulation et de réduction des prix des produits pharmaceutiques et des analyses biologiques médicales	Révision de la tarification des analyses biomédicales	DPM	DOSTS, FS	x				
			Finalisation du processus d'harmonisation des prix de tous les produits pharmaceutiques	DPM	DOSTS CNOF GROSSISTES SYNDICATS	x	x	x		
			Mise en œuvre du programme national d'usage rationnel des médicaments	DPM	DOSTS DRH DRSP	x	x	x	x	x
			Formation du personnel à la bonne gestion du médicament et dispositif médicaux essentiels	Formation à la bonne gestion du médicament	DPM	DRH	x	x	x	x
		Mise en place des unités de production pour développer la fabrication locale des médicaments et valoriser le patrimoine thérapeutique national	Elaboration de la pharmacopée nationale	DPM	DOSTS IMPM	x	x	x	x	
			Réalisation d'une étude de conditions et stratégies à mettre en place	DPM	DEP	x	x	x		
	<b>Développement d'un système d'assurances qualité sur les médicaments, réactifs et dispositifs</b>	Renforcement du système d'assurance qualité des analyses médicales	Mise en place d'un réseau de laboratoire d'analyse de biologie médicale	DPM	DOSTS, FS	x	x	x	x	x
		Renforcement de l'inspection pharmaceutique	Mise en place des postes de contrôle des produits pharmaceutiques	DRSP	IGSP, DPM, MINFI, MINDEF, DGSN	x				

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
	médicaux		Surveillance de la disponibilité et l'accès aux médicaments essentiels (vendus et gratuits)	IGSP	DPM	x	x	x	x	x
			Audit du CAPR Nord	DRSP	C2D, IGSP, IGSA	x				
			Inspection des services/établissements pharmaceutiques	IGSP	DPM	x	x	x	x	x
		Homologation des médicaments	Organisation de la tenue des réunions de la commission nationale des médicaments	DPM	Membres de la commission	x	x	x	x	x
		Pharmacovigilance	Mise en place des centres Régionaux	DPM	DOSTS, DRFP, DRH, DRSP	x	x	x	x	x
Financement	Financement de la demande	Mise en place d'un mécanisme de partage du risque maladie	Mise en place des mécanismes de solidarité en faveur des OEV et autre groupes vulnérables	MINAS	MINTSS, MINSANTE, MINFI, MINEPAT, ONG, PTF	x	x	x	x	x
			Renforcement de capacité de la qualité d'intervention du secteur privé et de la société civile	MINAS	MINSANTE, MINATD, CTD, ONG, PTF	x	x	x	x	x
			Elaboration du cadre juridique des mutuelles de santé	MINSANTE	Points focaux/MINSANTE, DSS/MINTSS, BAD, AFD, GIZ, UNICEF, OMS	x				
			Elaboration des normes de création et fonctionnement des mutuelles de santé			x				
			Actualisation de la cartographie des mutuelles de santé			x				
			Elaboration des curricula de formation des différents acteurs			x				
		Appui à la mise en place et monitoring des mutuelles	Création du CNPMS	DSS/MINTSS	Points focaux/MINSANTE, AFD, GIZ, UNICEF, OMS	x	x	X	x	x
		Renforcement des capacités des acteurs	Formation			Points focaux/MINSANTE, BAD,	x	X		



CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
					AFD, GIZ, BM, UNICEF, OMS					
		Mise en place des mécanismes de financement de la prise en charge des indigents	Etude		Points focaux/ MINSANTE, BAD, GIZ, BM, UNICEF, OMS	X				
		Développement des mécanismes de collaboration avec les autres approches de partage de risque maladie (assurances maladies)	Etude		Points focaux/ MINSANTE, BAD, AFD, GIZ, BM, UNICEF, OMS	X	X	X	X	X
			-Subvention (chèques santé) des prestations (CPN, accouchements/césariennes, PEC des enfants jusqu'à 1 an)	Cf. Santé de la mère et de l'enfant						
<b>Partenariat et développement des ressources</b>	<b>Public-Privé (y compris sous secteur traditionnel)</b>	Mise en œuvre de la stratégie partenariale (Identification des domaines de partenariat, élaboration du manuel de procédures en matière de contractualisation, Signatures des conventions de partenariat, Renforcement des capacités pour la MEO de la contractualisation, Renforcement de la coordination, etc.)	Renforcement de la coordination de la contractualisation (fonctionnement de l'UTAC, DCOOP)	DCOOP	C2D, USWAP, UTAC	X	X	X	X	X
			Mise en œuvre de la convention avec l'Hôpital St Jean de l'Ordre de Malte sur les interventions de la santé maternelle et infantile	DSF	C2D, Hôpital de St Jean de Malte, DCOOP	X	X	X	X	X
			Audit des 3 réseaux (OCASC, CEPCA, FALC)	DCOOP	C2D, IG	X				
			Information des collectivités territoriales décentralisées et des autres partenaires sur le partenariat public/public et public/privé dans les quatre régions du C2D	DCOOP	C2D, UTAC	X				
			Formation d'un pool de formateurs en contractualisation aux niveaux central et régional	DCOOP	C2D, UTAC	X				
			Déconcentration de la gestion du partenariat (formation, mise en	DCOOP	C2D, UTAC	X				

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
			place des outils et supervision) dans les quatre régions C2D								
			Finalisation et adoption du manuel de procédures de la contractualisation	DCOOP	C2D, UTAC	x					
			Documentation audio et vidéo (et diffusion) de l'expérience camerounaise de partenariat public/privé	DCOOP	C2D, UTAC	x					
	<b>Participation communautaire</b>	Elaboration du cadre réglementaire de la participation communautaire y inclus d'autres canaux de participation communautaire	Cf. Contrôle Social								
			Renforcement de la participation communautaire (Renforcement des capacités des membres des structures de dialogue, Financement des activités, Renforcement de la coordination, etc.)	Renforcement des capacités des membres des structures de dialogue	DOSTS	GIZ, U/SWAp, BM, AFD, Kfw, UNICEF, OMS, BAD	x	x	x	x	x
			Renforcement de la coordination : création et renforcement des Fonds Spéciaux de Promotion de la Santé dans les 10 régions	SG/MINSANTE	GIZ, U/SWAp, BM, AFD, Kfw, UNICEF, OMS, BAD	x	x	x	x	x	
<b>Processus gestionnaire</b>	<b>NHMIS</b>	Mise à jour d'un mécanisme de traitement et transfert de données (équipement en registres, matériels informatiques, formation du	Mise en place et suivi des agences de métrologie sanitaire	DEP/CIS	DRSP		x				
			Mise en place à tous les niveaux, des outils harmonisés de collecte, de transfert et de gestion des données		UNICEF	x					
			Renforcement des capacités des personnels		BM	x	x	x	x	x	

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		personnel, etc.)	Mise en place et suivi d'une plate forme d'échange de données entre les producteurs et les demandeurs d'information		BM	x	x	x	x	x
			Suivi de la morbidité-mortalité		FS, SSD, DRSP	x	x	x	x	x
			Enquêtes spécifiques		INS, BUCREP, IFORD, ISSEA, etc.	x	x	x	x	x
			Elaboration des comptes nationaux de la santé		OMS	x	x	X	x	x
	<b>Planification</b>	Elaboration des plans stratégiques et des plans de travail annuel à tous les niveaux	Elaborations des PTA à tous les niveaux	SG/MINSANTE	ST/CP-SSS, Toutes Directions, DRSP, PTF	x	x	x	x	x
			Mise en cohérence des PDSD et PRCDS 2009-2012 avec le PNDS 2011-2015	SG/MINSANTE	ST/CP-SSS, Toutes Directions, DRSP, PTF	x	x	x	x	x
			Mise en œuvre du PNDS 2011-2015	CP-SSS	MINSANTE, Autres parties prenantes	x	x	x	x	x
			Elaboration des Plans Stratégiques Nationaux d'élimination de MTN	DLM	Tout programme, PTF	x	x	x	x	x
		Renforcement des capacités en matière de planification	Organisation des séminaires et ateliers	DEP	PPBSE	x	x	x	x	x
	<b>Coordination intégrée</b>	Organisation de la coordination	Coordination Sectorielle Intégrée	CP-SSS	SG/MINSANTE SG des Ministères Apparentées	x	x	x	x	x
			Fonctionnement des groupes de travaux	DRFP	-	x	x	x	x	x
			Coordination intégrée au niveau central	SG/MINSANTE	Toutes les directions	x	x	x	x	x
			Coordination intégrée au niveau Régional	DRSP	HR, CAPR, Ecoles, SSD	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			Coordination intégrée de l'équipe cadre vers les CSI/CMA (niveau OPERATIONNEL)	SSD	HD, CSI, CMA	x	x	x	x	x
	<b>Supervision formative intégrée</b>	Réorganisation du système de supervision formative intégrée	Renforcement du système de Santé par les programmes	SG/MINSANTE	Programmes	x	x	x	x	x
			Supervision intégrée de l'équipe cadre vers les CSI/CMA (niveau OPERATIONNEL)	CSSD	HD	x	x	x	x	x
			Supervision intégrée du niveau central vers régional	SG/MINSANTE	Toutes les Directions	x	x	X	x	x
			Supervision intégrée du niveau Régional vers opérationnel (SSD, HD)	DRSP	HR	x	x	x	x	x
		Réorganisation du système de supervision formative intégrée	DPM	CENAME	x	x	x	x	x	
		Harmonisation, adoption et diffusion des outils de supervision (guides, grilles, etc.)	SG/MINSANTE	DRSP, SSD	x	x	x	x	x	
		<b>M&amp;E</b>	Monitoring et évaluation de la mise en œuvre de la SSS	Monitoring and Evaluation (M&E) du PNDS 2011-2015	CP-SSS	DEP, USWAp, PPBSE, ST/CP-SSS, AFD, Kfw, BM	x	x	x	x
	Planification des Activités			DEP	PPBSE, ST/CP-SSS, USWAP	x	x	x	x	x
	Logistiques, Matériels et autres Approvisionnements			DEP	PPBSE, ST/CP-SSS, USWAP	x	x	x	x	x
	<b>Manuel de normes et procédures</b>	Harmonisation, adoption et diffusion des manuels dans les domaines identifiés	Elaboration et diffusion des normes, standards, manuels et protocoles de soins	DOSTS	ANOR	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
Gouvernance	Contrôle Social	Mise en place des mécanismes d'évaluation du degré de satisfaction des utilisateurs (enquêtes, requêtes, boîtes à idées, etc.) et l'exploitation des résultats	Développement des outils d'évaluation du degré de satisfaction des usagers dans les FS contractualisées	AAP	FS, Communautés	x	x				
		Information et sensibilisation des populations sur la gouvernance	Organisation des campagnes de sensibilisation des populations des DS bénéficiaires dans les 04 régions (LT, SW, NW, OU)	AAP	DOSTS, DAJC, USWAp, DRSP, SSD, FS, Communautés	x	x	x	x	x	
		Actualisation des textes relatifs à la participation communautaire	Mise en place d'un cadre juridique de la participation communautaire en relation avec la décentralisation des institutions publiques	DOSTS	DAJC, MINATD, Autres ministères, CTD, OSC, Structures de Dialogue (SDD)	x	x				
			Réorganisation de la participation de la communauté et des collectivités locales/territoriales décentralisées dans la lutte contre l'Onchocercose		DLM, PNLO	x	x				
	Mise en place d'un cadre de collaboration avec les bénéficiaires	Voir Institutionnalisation des contrats de performance à tous les niveaux									
	Mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique	Institutionnalisation des contrats de performance à tous les niveaux	Recrutement d'une agence d'achat de performance dans chacune des 04 régions (LT, SW, NW, OU)	USWAp	Ministre de la Santé Publique, DOSTS, DRSP, SSD, FS	x					
			Négociation, signature et validation des contrats sur la base des business plan avec les FS éligibles	Agence d'Achat des Performances	Ministre de la Santé Publique, DOSTS, DRSP, SSD,	x					

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
				(AAP), USWAp	FS, Communautés, DCOOP						
			Exécution des contrats validés sur la base des indicateurs identifiés	Agence d'Achat des Performances	USWAp, DOSTS, DRSP, SSD, FS	x	x	x	x	x	
			Application des dispositions du statut des personnels des corps de la santé	Voir Mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines							
			Information du personnel de santé sur les mesures d'incitation et de sanctions existantes	Actualisation et vulgarisation du manuel de procédure relatif à la mise en œuvre du financement basé sur la performance	USWAp	DOSTS, DRSP, SSD, Ressources humaines en santé	x	x	x	x	x
			Actualisation et contrôle de l'application des textes relatifs à l'octroi des quêtes parts et autres primes	Actualisation et vulgarisation des textes	DAJC	SG/MINSANTE, IGs, DOSTS,	x				
		Missions de contrôle de l'exécution des textes actualisés		IGs	Ministre de la Santé Publique	x	x	x	x	x	
			Contrôle de la mise en pratique des mesures découlant des résultats des études sur la gouvernance et corruption	Préparation et publication du code d'éthique dans toutes les FS des 04 régions (LT, SW, NW, OU)	Agence d'Achat des Performances (AAP)	DOSTS, USWAp, DRSP, SSD, FS	x				
				Missions d'inspection sur le respect du code d'éthique	IGs	DOSTS, USWAp, DRSP, SSD, FS	x	x	x	x	x
				Contrôle interne (contrôle de conformité, contrôle de la régularité de la dépense,...)		Directions techniques/MINSA NTE	x	x	x	x	x
				Formation des inspecteurs et cadres des inspections générales aux techniques de vérification interne			x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
			Elaboration des supports d'inspection (manuels, guides, grilles et procédures d'inspection,...)			x	x				
			Etudes sur la gouvernance du secteur santé, la corruption et le degré de satisfaction des usagers dans divers domaines de la santé			x	x	x	x	x	
			Audits des établissements de soins et des autres structures du secteur de la santé (centrales d'achat des médicaments, fonds spéciaux, ...)			x	x	x	x	x	
		Production et diffusion des documents relatifs aux bonnes pratiques		Evaluation du système d'achat des performances	USWAp	AAP, DOSTS, DRSP, SSD, FS, Communautés	x	x	x	x	x
				Documentation des bonnes pratiques	AAP	DOSTS, USWAp, DRSP, SSD, FS	x	x	x	x	x
				Incitation à travers le Benchmarking	USWAp	AAP, DOSTS, DRSP, SSD, FS, Communautés	x	x	x	x	x
			Implication des communautés dans la gestion du système de santé <sup>12</sup>	Renforcement des capacités des FRPS (structures de dialogue) existants	USWAp	KfW, AFD, GIZ, DRSP		x	x		
				Extension aux autres régions	USWAp	KfW, AFD, GIZ, DRSP		x	x		
			Régulation	Actualisation, élaboration et diffusion des autres textes réglementaires du secteur (y compris	Révision des textes organiques régissant la lutte contre les MTN (Onchocercose, etc.) au Cameroun	DLM	PNLO, Autres programmes	x	x		
		Elaboration d'une politique volontariste de lutte intégrée contre les vecteurs			x			x			

<sup>12</sup> Nouveau type d'intervention proposé par USWAp compte tenu des activités arrêtées d'accord partie entre le Gouvernement Camerounais et l'AFD

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		médicament, dopages)								
Processus de prestation des services et soins de Santé	Normalisation	Aucun	Promotion du bilinguisme en milieu hospitalier	Cellule de traduction	-	x	x	x	x	x
		Elaboration /adaptation des protocoles de soins inexistantes	Identification des normes non existantes	DOSTS	DLM, DRSP	x	x			
			Elaboration des nouveaux protocoles	DOSTS	DLM, DRSP	x	x			
			Validation des nouveaux protocoles	DOSTS	DLM, DRSP	x	x			
		Harmonisation, actualisation, adoption et diffusion des protocoles	Analyse de la situation sur les protocoles existants	DOSTS	DLM, DRSP	x	x			
			Définition des priorités sur la base des besoins exprimés par les structures opérationnelles (Cf. Annexe 4, Tableau 4)	DOSTS	DLM, DRSP	x	x			
		Formation à l'utilisation des protocoles	Cf. MEO du Plan de Développement des RH							
	Diffusion des normes et procédures (PMA, PCA, etc.)	Cf. Supervision intégrée								
	Développement et diffusion d'une politique d'hygiène hospitalière	Cf. Promotion de la santé (catégorie : Hygiène hospitalière)								
	Recherche opérationnelle	Définition des priorités nationales de recherche	Finalisation, validation et mise en oeuvre du Plan Stratégique du Développement de la Recherche Opérationnelle en Santé au Cameroun		DROS	DSF, DPS, DLM, Universités, PTF	x	x	x	x
Identification des priorités de recherche opérationnelle en Santé				DROS	Directions techniques/MINSA NTE	x	x	x	x	x



CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		Renforcement du cadre législatif et réglementaire de la recherche	Organisation des 03 réunions annuelles du Comité Consultatif Scientifique et Stratégique de la Recherche en Santé (CCSSRS) au Cameroun	DROS	MINRESI, MINESUP, IMPM, CNEC, PTF	x	x	x	x	x
			Finalisation de l'arrêté conjoint MINRESI-MINSANTE pour la création et la mise en place d'un Comité Consultatif de la recherche en santé au Cameroun.	DROS	MINRESI, MINESUP, DAJC, IMPM, CNEC, PTF	x	x	x	x	x
			Elaboration et validation des textes réglementant la protection des participants soumis à la recherche en Santé	DROS	MINRESI, MINESUP, DAJC, IMPM, CNEC, PTF	x	x	x	x	x
			Elaboration, validation, traduction et diffusion du Guide de bonnes pratiques pour la mise en place des Comité d'Ethique Institutionnel (CEI)	DROS	Formations Sanitaires, Ecoles de formations, Universités, CNEC et PAD	x				
			Suivi de la mise en place des CEI, dans les formations sanitaires et établissements de formations	DROS	CNEC, DOSTS	x	x	x	x	x
			Mise en œuvre de la recherche opérationnelle (Mobilisation des fonds pour la recherche, Renforcement de la coordination de la recherche, etc.)	Mise en place des plateformes coordonnant les différents domaines de la recherche en santé	DROS	DSF, DLM, DPS, Programmes	x			
			Organisation des descentes sur le terrain pour assurer le suivi administratif et éthique des projets de recherche ayant reçu une Autorisation Administrative de	DROS	Comité National d'Ethique (CNEC), Autorité Nationale de Réglementation (ANR)	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			Recherche (AAR).							
			Financement de 05 projets de recherche d'envergure nationale portant sur les problèmes prioritaires de santé	DROS	DRFP, ST/SSS, DEP, PTF	x	x	x	x	x
		Promotion de l'utilisation des résultats de la recherche	Organisation de 05 réunions de restitution de recherche en santé	DROS	Acteurs du secteur santé, institutions de recherche, Universités, PTF	x	x	x	x	x
			Appui à la recherche opérationnelle des bonnes pratiques des différentes interventions mises en œuvre en faveur de la mère et de l'enfant	DROS	DEP, DSF/GTC-PEV, DLM, DOSTS, INS	x	x			
			Large diffusion des résultats de la recherche et d'autres documents stratégiques produits par le secteur santé	CDNSS/DROS/MINSANTE	Tous les acteurs du secteur santé Les institutions de recherche GIZ, BM, AFD Centre of Development the Best Practice of Health (CDBPH)	x	x	x	x	x
			Rédaction des notes stratégiques (Policy brief) à l'attention des décideurs politiques	DROS	Autres directions techniques /MINSANTE, Centre of Development the Best Practice of	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
					Health (CDBPH)					
		Renforcement des capacités en matière de recherche opérationnelle à tous les niveaux	Formation des responsables des Délégations régionales et districts de santé du Nord, de l'Extrême Nord et de l'Adamaoua en recherche opérationnelle en santé	DROS	UNFPA, OMS	x				
	Formation des responsables des délégations régionales de la santé publique des 07 autres régions en recherche opérationnelle en Santé		OMS, MINSANTE			x	x	x	x	
	Formation des investigateurs en Ethique et en Bioéthique		DPM, CNEC, PTF, Universités		x	x	x	x	x	
	Formation de 04 cadres de la DROS sur le « Systematic Review »		PTF, OMS.			x	x			

**Tableau 24 : Activités de santé de la mère de l'enfant et de l'adolescent**

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
Santé de la mère	CPN recentrée <sup>13</sup> et consultation post natale	CPN	- Promotion de la santé de la femme/femme enceinte (causerie éducative sur la nutrition, allaitement, etc.)	Formations sanitaires de 3e, 4e et 5e catégorie Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	PNLP DSF DRSP SSD OMS UNICEF UNFPA DRFP SOGOC SOCAPED CCAM OSC USWAP (BM, AFD, GIZ) MINPROFF	x	x	x	x	x
			- Consultation prénatale classique			x	x	x	x	x
			- Planning pour l'accouchement			x	x	x	x	x
			-Subvention (chèques santé) des prestations (CPN, accouchements/césariennes, PEC des enfants jusqu'à 1 an)				x	x		
			- PEC des maladies au cours de la grossesse (curative)			x	x	x	x	x
		MII / MILD	- Accessibilité à la MII/ MILD			x	x	x	x	x
		PTME (dépistage, ARV prophylactique de la mère et l'enfant, soutien)	- PTME			x	x	x	x	x
		TPI du paludisme	- TPI			x	x	x	x	x
		Vaccination anti tétanique	- VAT			x	x	x	x	x
		Supplémentation en micro nutriments (Fer, acide folique, calcium...)	- Supplémentation en micronutriments			x	x	x	x	x
		C Post natale :	- Examen de la mère et du nouveau né			x	x	x	x	x
			- Le counseling en PF et l'allaitement			x	x	x	x	x
			- VAT			x	x	x	x	x
			- Supplémentation en micronutriments (Vit A, fer, acide folique, ...)			x	x	x	x	x

<sup>13</sup> Opérations : Achat, stockage, distribution, gestion des stocks et administration

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		Soins post-abortum	Soins Post Abortum	Formations sanitaires de 1ere, 2e, 3e et 4e catégorie Hôpital St Jean de l'Ordre de Malte	DSF, SOGOC, OSC, C2D	x	x	x	x	x
		Dépistage et PEC des risques (cancers, fistules obstétricales, IST, Pré éclampsie, menaces d'accouchement prématuré, diabète, drépanocytose, asthme, épilepsie, troubles de comportements, etc.)	Prise en charge des risques liés à la grossesse	Formations sanitaires de 1ere, 2e, 3e et 4e catégorie Hôpital St Jean de l'Ordre de Malte	DSF, SOGOC, OSC, C2D	x	x	x	x	x
	<b>Accouchement et soins obstétricaux néonataux d'urgence</b>	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB)	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base (SONUB)	Formations sanitaires Hôpital St Jean de l'Ordre de Malte	DSF, SOGOC, SOCAPED, OSC, C2D UNFPA	x	x	x	x	x
			-Subvention (chèques santé) des prestations (CPN, accouchements/césariennes, PEC des enfants jusqu'à 1 an)	Cf CPN						
		Soins Obstétricaux d'Urgence Complet (SOUC)	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complet (SONUC)	Formations sanitaires Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	DSF, SOGOC, SOCAPED, OSC, C2D UNFPA	x	x	x	x	x
			Renforcement des capacités des personnels pour la réduction de la	DSF	C2D, CT3, UNFPA	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			mortalité maternelle et infantile							
			-Subvention (chèques santé) des prestations (CPN, accouchements/césariennes, PEC des enfants jusqu'à 1 an)	Cf CPN						
		Audits des décès maternels et néonataux <sup>14</sup>	Formation/recyclage/supervision		DSF, OMS, SOGOC, SOCAPED, OSC, C2D	x	x	x	x	x
			Mise en place des comités d'audits dans les formations sanitaires	Formations sanitaires Hôpital St Jean de l'ordre de Malte		x	x	x	x	x
		Dépistage et PEC des Fistules obstétricales	Campagnes de réparation des Fistules Obstétricales (Fistules Vésico – Vaginales ou FVV, Fistules Recto- vaginales ou FRV)	Formations sanitaires à tous les niveaux Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	DSF, SOGOC, C2D	x	x	x	x	x
	Planification Familiale	Offre de services de planification familiale et Prise en charge des effets secondaires (complications) des méthodes contraceptives.	-Mobilisation communautaire	SSD	CAMNAFAW AHEAD	x	x	x	x	x
			-Approvisionnement en contraceptifs	CAPR	CENAME AHEAD	x	x	x	x	x
			-Plaidoyer pour le repositionnement de la PF	DSF	UNFPA OMS CAMNAFAW Plan Cameroon ACMS AHEAD	x	x	x	x	x
			Formation du personnel en DIU	FMSB	AFD, DLM, DSF	X	X	X	x	x

<sup>14</sup> Les autres intervenants du secteur ont estimé nécessaire d'ajouter « Audits des décès maternels et néonataux » comme nouveau type d'intervention

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		Planification familiale dans le post-partum, post-abortum et chez les Adolescents	Prestations des services de la PF	Formations sanitaires à tous les niveaux Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	DSF DRSP SSD UNFPA CAMNAFAW Plan Cameroon ACMS SOGOC OSC AHEAD, C2D	x	x	x	x	x
	<b>Consultation des femmes et dépistage des cancers génésiques</b>	Consultation curative et Prise en charge	Soins cliniques maternel (fistule, cancer, infection,...) Prise en Charge des fistules obstétricales	Formations sanitaires de 1ere, 2e, 3e et 4e catégorie Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	DSF SOGOC OSC C2D	x	x	x	x	x
	<b>Consultation des mères et dépistage des fistules obstétricales</b>	Consultation curative et PEC des Fistules obstétricales	Prise en charge des complications liées à la grossesse	Formations sanitaires de 1ere, 2e, 3e et 4e catégorie Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	DSF SOGOC OSC C2D	x	x			
<b>Santé de l'enfant</b>	<b>Immunisation des enfants (PEV)</b>	Renforcement de la chaîne du froid <sup>15</sup>	Acquisition et installation équipements et matériel de la chaîne du froid	Formation Sanitaires, Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	C2D, PEV, DEP	x				
			Maintenance de la chaîne de froid	Formation Sanitaires, Hôpital St Jean	C2D, PEV		x	x		

<sup>15</sup> Nouveau type d'intervention proposé par USWAp compte tenu des activités arrêtées d'accord partie entre le Gouvernement Camerounais et l'AFD

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015		
				de l'ordre de Malte								
			Formation à la maintenance de la chaîne de froid	Formation Sanitaires, Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	C2D, PEV	X						
		Vaccination contre les maladies évitables par la vaccination			-Vaccination de routine	Formations sanitaires à tous les niveaux Hôpital St Jean de l'ordre de Malte	PEV OMS UNICEF Rotary	X	X	X	X	X
					-Surveillance épidémiologique	SSD	Croix Rouge HKI	X	X	X	X	X
					-Campagnes de vaccination	GTC/PEV	Plan Cameroon	X	X	X	X	X
					-Mobilisation sociale	SSD	SOCAPED	X	X	X	X	X
					-Plaidoyer pour le financement durable	CCIA	C2D	X	X	X	X	X
					Achat et distribution du vaccin et du matériel d'injection.	GTC/PEV		X	X	X	X	X
		PCIME	PCIME clinique		-Formation des formateurs	DSF	DSF Plan Cameroon BAD UNICEF	X	X			
					-Formation des prestataires			X	X	X	X	X
					-Formation en cours MLM PEV des gestionnaires et prestataires			X	X	X	X	X
				-Prestations des soins et services	CSI/CMA	OMS Formations sanitaires SOCAPED Communautés	X	X	X	X	X	
				-Subvention (chèques santé) des prestations (CPN, accouchements/césariennes, PEC des enfants jusqu'à 1 an)	Cf CPN							
			PCIME Communautaire		-Formation des formateurs	DSF	DSF	X	X			



CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015		
			-Formation en cours MLM PEV des gestionnaires et prestataires		Plan Cameroon BAD	x	x	x	x	x		
			-Formation des prestataires		UNICEF OMS SOCAPED OSC	x	x	x	x	x		
			- Prestations des soins et services	Agents Relais communautaires (ARC)	Formations sanitaires Communautés SOCAPED OSC	x	x	x	x	x		
		PCIME pré emploi	-Introduction dans les curricula des écoles de formation des infirmiers et médecins	DRH	Les institutions de formation, DLM, DSF	x	x					
			-Formation initiale à la PCIME pré-emploi	Les institutions de formation	DRH, DLM, DSF		x	x				
			- Vaccination (cible PEV)	Cf. Immunisation des enfants (PEV)								
		Consultation préscolaire		- Conception, impression et distribution aux FS des fiches intégrées de surveillance de la croissance et du développement de l'enfant	DPS	GTC/PEV OMS UNICEF SOCAPED MINAS	x	x	x	x	x	
				- Surveillance de la croissance de l'enfant	- Séances de consultation préscolaire	CSI/CMA	DRSP SSD Formations sanitaires à tous les niveaux MINAS MINPROFF	x	x	x	x	x
					- Réintroduction de l'utilisation des échéanciers par tous les CSI/CMA	GTC/PEV	DPS DRSP SSD UNICEF	x	x	x	x	x
					- Surveillance communautaire de la	Agent relais	SSD	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			croissance de l'enfant	communautaire (ARC)	SOCAPED OSC UNICEF MINAS MINPROFF					
		- Distribution des MII/MILD	- Intégration de la distribution des MII/MILD dans les séances de consultation préscolaire	SSD	DSF, DPS, DLM	x	x	x	x	x
		- Démonstrations diététiques dans les FS et en stratégie fixe et avancée	- Intégration de la démonstration diététique dans les CSI/CMA et en stratégie avancée (Voir PCIME)	CSI/CMA	Formations sanitaires à tous les niveaux, HD, SSD, DRSP, UNICEF	x	x	x	x	x
		- Déparasitage	- Campagnes de déparasitage (SASNIM)	GTC/PEV	MINEDUB DPS PNLSchisto OMS UNICEF HKI	x	x	x	x	x
			- Intégration du déparasitage systématique dans les séances de consultation préscolaire	CSI/CMA	DRSP, SSD, Formations sanitaires à tous les niveaux	x	x	x	x	x
		- Supplémentation en micronutriments (Vit A, Zinc, iode, etc...)	- Distribution des micronutriments (campagnes de supplémentations)	CSI/CMA	DRSP SSD Formations sanitaires à tous les niveaux OMS UNICEF HKI	x	x	x	x	x
	<b>PEC de la malnutrition</b>	- PEC communautaire de la malnutrition aigüe	- Voir PCIME communautaire	Communautés Formations sanitaires	DSF DPS UNICEF Plan Cameroon	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		- Fortification alimentaire en micronutriments	- Voir PCIME Clinique	DPS	OMS UNICEF	x	x	x	x	x
		- Surveillance communautaire de la croissance de l'enfant	- Voir PCIME communautaire			x	x	x	x	x
		- Démonstrations diététiques en stratégies fixes et avancées	- Voir PCIME clinique et communautaire			x	x	x	x	x
		- Déparasitage des enfants	- Voir PCIME clinique			x	x	x	x	X
Santé de l'adolescent	Compétence à la vie courante	-Séances d'écoute et de conseils <sup>16</sup>	Promotion de la santé (C4D <sup>17</sup> )	-Par les Pairs éducateurs (PE) et les Prestataires Socio-éducatifs (PSE) -Formations sanitaires -Services conviviaux amis des jeunes -Infirmeries scolaires	DSF MINJEUN <sup>18</sup> MINEDUB MINESEC MINESUP MINPROFF MINAS UNFPA SOGOC <sup>19</sup> SOCAPED <sup>20</sup> OSC Structures Confessionnels	X	X	X	x	x
		-Prévention des grossesses précoces et non désirées chez les adolescents	Communication pour le développement (C4D), ...							
		-Service de santé de reproduction adapté à l'adolescent	Mise en place des structures de prise en charge intégré des maladies des jeunes							
			Formation/Recyclage/supervision <sup>21</sup>							
		Prise en charge des avortements (Voir Soins Post Abortum)								
			Prise en charge adaptée (approche genre)							

<sup>16</sup> Les autres intervenants du secteur ont complété le type d'intervention « Séances d'écoute » ; ce qui devient « Séances d'écoute et conseils »

<sup>17</sup> C4D : CCC, CIP, Counseling des adolescents en SA

<sup>18</sup> CMPJ, CAF, Structure d'encadrement de l'ASCNPD, Associations des jeunes

<sup>19</sup> SOGOC= Société des Gynécologues-Obstétriciens du Cameroun

<sup>20</sup> SOCAPED= Société Camerounaise des Pédiatres

<sup>21</sup> Pour ce qui est de la formation des jeunes pairs éducateurs et des prestataires socio éducatifs, la prévention des grossesses précoces et non désirées chez les adolescents, les séances d'écoute et de counseling, la lutte contre les pratiques néfastes, les services de santé de reproduction adapté à l'adolescent, la prévention des IST, le VIH et Sida en constituent des éléments : une session de 25 prestataires socio éducatifs en 3 jours ; une session de formation de 25 jeunes pairs éducateurs en 5 jours.

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		-Lutte contre les pratiques néfastes (mutilations génitales, toxicomanie, repassage des seins, etc., ...)	C4D (Voir Séances d'écoute)	-Centres Médico-scolaires -OCASC -Centres de Promotion de la Femme (CPF)	Association des jeunes ACMS IRESCO FS					
			Formation/Recyclage/Supervision des prestataires (Voir Service de santé de reproduction adaptée à l'adolescent)							
			Mobilisation sociale (voir Advocacy communication and social mobilization)							
			Prise en charges des victimes							
		-Education à la vie familiale et en matière de population (EVF/EMP)	Communication pour le CCC (Voir IEC) et enseignement formel							
		-Prévention des IST/VIH	Formation/Recyclage/Supervision des prestataires (Voir Service de santé de reproduction adaptée à l'adolescent)							
			C4D (Voir Séances d'écoute)							
			Prise en charge des IST (Voir Prévention du VIH/IST)							
			Promotion/distribution des préservatifs (Voir Prévention du VIH/IST)							
		-Consultations scolaires et extra scolaires	Administration des premiers soins							
	Référence pour prise en charge des maladies spécifiques									
	<b>Santé scolaire et universitaire</b>	-Développement des curricula d'enseignement de la prévention sanitaire	Elaboration des curricula	-Services de santé scolaire ; services de santé universitaire	DSF DPS DLM MINESUP MINAS MINESEC MINEDUB UNDP	X	X	X	x	x
			Formation des prestataires							
			Intégration dans les programmes de formation des écoles, collèges et des écoles normales							
-PEC sanitaire des élèves <sup>22</sup>		Mise en place des projets de promotion de la santé à l'école en partenariat avec les communautés								

<sup>22</sup> Les autres intervenants du secteur ont modifié le type d'intervention « Prise en charge des élèves malades par les FS les plus proches » ; ce qui devient « PEC sanitaire des élèves »

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
			Référence/contre référence des élèves malades vers les FS les plus proches		OMS UNICEF UNFPA UNESCO Toutes les FS						
			Suivi des enfants à besoins éducatifs particuliers	MINAS	MINESEC, MINESUP, MINEDUB, MINSANTE, OSC, CTD, ONG, PTF	x	x	x	x	x	
			Suivi des enfants présentant des problèmes de santé spécifiques			x	x	x	x	x	
			Référence/contre référence entre les FS et les écoles par le biais des assistants sociaux			x	x	x	x	x	
		-Développement des centres médico-sociaux des universités en CMA	Adaptation du plateau technique	services de santé universitaire	DOSTS/MINSANTE, MINESUP	x	x	x	x	x	
			Elaboration des textes réglementaires		DAJC/MINSANTE, MINESUP	x	x	x	x	x	
		<b>Soutien aux orphelins et enfants vulnérables (0 – 18 ans)</b>	-Prise en charge intégrée des OEV <sup>23</sup>	Prise en charge médicale	-Centres d'accueil du MINAS -Orphelinats -Centre mère enfant de la FCB	MINAS ONGs ASC Confessionnels UNICEF	x	x	x	x	x
				Prise en charge scolaire							
				Prise en charge vestimentaire							
				Prise en charge nutritionnelle							
	Prise en charge psychosociale										
	Encadrement socioéconomique des familles d'accueil des OEV										
	Formation et insertion socio professionnelle										
	Développement des compétences à la vie « life skills »										
Institutionnalisation du parrainage (Elaboration d'un guide)											

<sup>23</sup> Les autres intervenants du secteur ont modifié le type d'intervention « Prise en charge des OEV par les FS les plus proches » ; ce qui devient « Prise en charge intégrée des OEV »

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		-Développement des procédures et mécanismes de référence/contre référence entre les FS et les OEV par le biais des assistants sociaux	Elaboration d'un guide national de prise en charge des OEV au Cameroun							
			Lutte contre la stigmatisation et la discrimination des OEV			x	x	x	x	x
			Soutien juridique aux OEV et leur famille							
			Révision/diffusion des outils d'identification des OEV							
		-Subvention de la santé de l'enfant de la rue	Référence/contre référence vers le centre d'écoute et les FS pour prise en charge			x	x	x	x	x
			Réinsertion en famille			x	x	x	x	x
			Visite à domicile			x	x	x	x	x

**Tableau 25 : Activités de lutte contre la maladie**

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
Lutte contre le VIH/SIDA et les IST	Prise en charge globale du VIH/SIDA	Prévention du VIH/IST	Conseil et dépistage du VIH-SIDA dans la population générale	Formations sanitaires	-CNLS, DLM, DSF, DPM -MINAS -Tous les ministères et autres structures <sup>24</sup> -PTF	x	x	x	x	x
			Campagne de dépistage du VIH-SIDA dans les populations les plus à risque	CNLS	-MINAS, -MINPROFF, -Caravane mobile	x	x	x	x	x
			Contribution à la prévention des IST/VIH/SIDA et à la prise en charge psychosociale des personnes infectées et des familles affectées	MINPROFF	-CNLS, -ACMS	x	x	x	x	x
			Diagnostic et prise en charge des IST	Formations sanitaires	DSF, DLM, DPM, DPS, CNLS, CENAME, CARP MINJEUN, MINESUP, MINESEC, MINEDUB, MINDEF, MINJUSTICE, DGSN -PTF	x	x	x	x	x
			Achat et distribution des préservatifs masculins et féminins	CNLS	CENAME, ACMS, CAMNAFAW, CHP, CARP, DPM -PTF	x	x	x	x	x
			Sécurité sanguine	Formations sanitaires	-CNLS, DPM, DLM -PEPFAR - PTF	x	x	x	x	x

<sup>24</sup> Œuvre sociale privée, Institutions de réhabilitation, Association des Bénéficiaires, Maison de retraite, Associations culturelles, Institutions spécialisées

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			PTME	Formation sanitaires	- CNLS, DLM, DSF, DPM -Tous les ministères et autres structures -PTF	x	x	x	x	x
		Prise en charge globale des PVVIH/TB-VIH	Achat et distribution des ARV et les médicaments contre les infections opportunistes	CNLS	- CNLS, DLM, DSF, DPM, CENAME, CARP -MINAS -Tous les ministères et autres structures -PTF	x	x	x	x	x
			Subvention des tests biologiques dans les CTA et UPEC	CPC	C2D, UPEC, CTA	x	x	x	x	x
			Subventions des activités des CTA Tuteurs	ESTHER	CTA (Tuteurs), C2D, U/SWAp	x	x	x	x	x
			Prise en charge nutritionnelle des PVVIH	Formations sanitaires	-DPS, DSF, DLM, CNLS -MINAS -PAM	x	x	x	x	x
			Isoniazide (INH) aux adultes VIH positif	Formations sanitaires	-CNLS	x	x	x	x	x
			Surveillance de la résistance aux ARV	Surveillance des résistances du VIH aux ARV	CNLS	DLM, DROS, CIRCB, CREMER, MINRESI,	x	x	x	x
		Prise en charge des OEV	Soutien aux OEV (nutritionnel, scolaire, sanitaire, vestimentaire et psychologique)	MINAS	-CNLS, DSF - Associations, ONG	x	x	x	x	x
Lutte contre le paludisme et la tuberculose	Prise en charge globale du paludisme	Prévention de la transmission du paludisme	Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées Longue Durée d'Action (MILDA)	Formations sanitaires de 3e, 4e et 5e catégorie	-PNLP, DLM, DSF, DPS, ACMS, -Les ministères concernés -UNICEF -PTF	x	x	x	x	x
			Plaidoyer pour l'utilisation des MII/MILDA	CCAM	MINSANTE, MINATD, CTD, Leaders religieux, politiques et	x	x	x	x	x



CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
					traditionnels						
			Réimprégnation des moustiquaires	SSD	UNICEF, PTF Bénéficiaires	x	x	x	x	x	
			Achat des Moustiquaires imprégnées Longue Durée d'Action (MILDA)	PNLP	UNICEF, PTF CENAME	x	x	x	x	x	
			Distribution des (MILDA)	Formations sanitaires de 3e, 4e et 5e catégorie	PNLP	x	x	x	x	x	
			Hygiène et salubrité du milieu <sup>25</sup>	CTD	Familles, Individus, communautés, FS	x	x	x	x	x	
			Aspersions intra-domiciliaire	SSD	-PNLP, -ONG et associations -Collectivités territoriales décentralisées -Ministères concernés	x	x	x	x	x	
		Prise en charge des cas de paludisme	Achat des Médicaments du Paludisme <sup>26</sup>	PNLP	CENAME	x	x	x	x	x	
			Dépistage et prise en charge globale du paludisme	Formations sanitaires	-PNLP, -ONG et associations -Collectivités territoriales décentralisées -Ministères concernés	x	x	x	x	x	
		<b>Prise en charge globale de la tuberculose</b>	Dépistage des cas	Dépistage et prise en charge globale de la tuberculose	Formations sanitaires de 1ere, 2e, 3e et 4e catégorie	-PNLP, ONG et associations -Collectivités territoriales décentralisées -Ministères concernés	x	x	x	x	x

<sup>25</sup> Eviter la pollution de l'environnement, assurer les mesures d'hygiène dans et autour de l'habitation, construire et entretenir les latrines, entretenir des points d'eau.

<sup>26</sup> Pour la PEC gratuite du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans et pour la PEC à des coûts subventionnés pour le reste de la population.

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		Prise en charge préventive	INH aux enfants contacts de moins de 5 ans	Formations sanitaires	DLM, DPM, CARP, CENAME, PNLT	x	x	x	x	x
			Voir Immunisation des enfants							
		Surveillance de la résistance aux anti tuberculeux	Réalisation des projets de recherche opérationnelle	PNL Tuberculose	-DROS -Formations sanitaires	x	x	x	x	x
		Prise en charge des cas de tuberculose/TB-VIH	Mise en œuvre de la stratégie DOTS de haute qualité	Formations sanitaires	PNL Tuberculose	x	x	x	x	x
			Prise en charge des groupes à hauts risques (Prisons, Bidonvilles, etc.) (PEC)	Formations sanitaires	-DLM, DPM, CARP, CENAME, PNLT -ONG et associations -PTF	x	x	x	x	x
			Prise en charge de la tuberculose multi résistante (PEC)	Formations sanitaires	-DLM, DPM, CARP, CENAME, PNLT -ONG et associations -PTF	x	x	x	x	x
			Mise en œuvre d'une approche pratique de la santé pulmonaire (PEC)	Formations sanitaires	-DLM, DPM, CARP, CENAME, PNLT -ONG et associations -PTF	x	x	x	x	x
			Soutien direct aux patients	Formations sanitaires	-PNLT -ONG et associations -PTF	x	x	x	x	x
Gestion des approvisionnements et acquisition des médicaments de première ligne (Achat des Médicaments pour tuberculose)	PNLT	-DLM, DPM, CARP, CENAME, -ONG et associations -PTF	x	x	x	x	x			
<b>Lutte contre les maladies non</b>	<b>Prise en charge globale des maladies non</b>	Dépistage	Conseils et Dépistage précoce des cas dans la population générale <sup>27</sup>	Formations sanitaires/Communauté	-DLM, DPM, DPS, CARP, CENAME, -MINAS	x	x	x	x	x

<sup>27</sup> Hommes et femmes : Jeunes, adultes, personnes âgées, handicapées, populations indigents et nécessiteux

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
transmissibles	transmissibles	Prise en charge clinique	Prise en charge clinique des maladies non transmissibles dans la population générale		-les programmes -ONG et associations -PTF					
			Rééducation fonctionnelle de la personne handicapée	Institutions des personnes handicapées du MINAS	Formations sanitaires/Communauté	x	x	x	x	x
	Prise en charge globale des maladies tropicales négligées	Dépistage	Dépistage des cas	Formations sanitaires/communauté	-DLM -les programmes -ONG -PTF	x	x	x	x	x
			Dépistage précoce des maladies invalidantes	Formations sanitaires/communauté	MINAS, MINSANTE	x	x	x	x	x
			Prévention et dépistage des maladies au sein des populations et communautés vulnérables <sup>28</sup>	MINAS	FS	x	x	x	x	x
			Dépistage précoce des maladies de l'adulte (Well adult clinic)							
			Prise en charge cliniques	Prise en charge clinique des maladies tropicales négligées (MTN)	Formations sanitaires/communauté	-DLM -les programmes -ONG -PTF	x	x	x	x
	Surveillance intégrée des maladies et réponses	Surveillance intégrée des maladies	Renforcement des capacités du système de surveillance en rapport avec la Règlement Sanitaire International (RSI)	Elaboration et diffusion des normes et standards.	DLM	-DLM, DPS, DPM, LNSP -les programmes -PTF	x	x	x	x
			Organisation de la mise en place d'un réseau de laboratoires régionaux autour des laboratoires de référence							

<sup>28</sup> Pygmées, Mbororo, populations déplacées, les réfugiés, populations mobiles

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
	Contrôle des épidémies	Gestion de l'information sanitaire en situation de crise	Elaboration et diffusion des outils de collecte et de traitement des données de surveillance	DLM	-DPS, DPM, LNSP -les programmes Les ministères concernés -PTF	x	x	x	x	x
		Prise en charge curative des cas	Traitement des cas	Formations sanitaires et CARE Cameroun	-DLM, DPS, DPM, LNSP  -Les ministères concernés	x	x	x	x	x
		Prise en charge préventive	Prévention de la survenue des épidémies							
		Renforcement des mesures promotionnelles	Elaboration/révision d'une politique de prise en charge des épidémies	CNE						
Gestion des catastrophes et autres évènement de santé publique y compris ceux à portée international	Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes	Préparation aux catastrophes (Disaster preparedness)	Elaboration des Plans de Contingence	MINATD) (Direction de la protection Civile)	-Points Focaux des ministères concernés -CTD -OSC -PTF -Communautés concernées	x				
		Diagnostic humanitaire	IEC			x	x	x	x	x
			Mise en œuvre des Plans de Contingence			x	x	x	x	x
			Coordination			x	x	x	x	x
		Réponse humanitaire	IEC			x	x	x	x	x
			Réhabilitation et prise en charge des victimes : Soutien nutritionnel, sanitaire, scolaire, logistique aux personnes indigentes et nécessiteuses (personnes âgées, handicapées, femmes, enfants)			x	x	x	x	x
Evaluation	Coordination	x	x	x	x	x				

**Tableau 26 : Activités de promotion de la santé**

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Communication intégrée en faveur des programmes de santé</b>	<b>IEC/CCC</b>	Conception des outils de communication intégrée	Production des supports éducatifs des programmes de santé (boîtes à Image, affiches, etc.)	DPS	CELCOM OMS UNICEF MINCOM MINAS	x	x	x	x	x
			Conception et Elaboration et diffusion des spots de sensibilisation	DPS	DRSP, radio locale	x	x	x	x	x
		Promotion de la surveillance et de l'utilisation des supports éducatifs des programmes de santé	Vulgarisation des outils éducatifs des programmes de santé	DPS	CELCOM OMS UNICEF DRSP SSD	x	x	x	x	x
		Renforcement de la coordination de la communication intégrée en appui aux programmes de santé	Advocacy Communication and Social Mobilization (ACSM)	SSD	Formations sanitaires, DRSP, DPS	x	x	x	x	x
			Promotion des pratiques familiales essentielles	SSD	UNICEF	x	x	x	x	x
			Organisation des Vacances sans SIDA	CNLS	GTP SIDA	x	x	x	x	x
		Diffusion des messages de communication intégrée en appui aux programmes de santé	Célébration des Journées Mondiales, africaines et Camerounaises de lutte contre la maladie	DPS	Formations sanitaires	x	x	x	x	x
<b>Santé, nutrition et environnement</b>	<b>Hygiène du milieu et hygiène corporelle</b>	Lutte anti vectorielle (env)	Organisation des campagnes de lutte anti vectorielle	DPS	MINDUH, MINSANTE, MINEPN, CTD, MINADT	x	x	x	x	x
		Hygiène des mains et corporelle	Campagne d'hygiène individuelle et collective	DPS	MINEP, MINESUP, MINAS, OMS, PNUE, OSC	x	x	x	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015	
			Développement des outils éducatifs	DPS	MINEE UNICEF CTD OSC	x	x	x	x	x	
			Causerie éducative	DPS	CELCOM, OMS, UNICEF, MINCOM MINEDUB, MINESEC, MINAS, OSC	x	x	x	x	X	
		Amélioration du cadre de vie environnemental en zones urbaine et rurale (habitat, déchets ménagers, construction/utilisation des latrines, etc.)	mise en place d'une alliance stratégique en santé environnementale	DPS	SPM, MINEP OMS, PNUE, OSC	x	x				
			Extension des activités de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) dans toutes les régions du pays et célébration de la Fin de la défécation à l'air libre (FDAL)	DPS	UNICEF, BM, PNUE, DRSP, MINEE, MINDUH MINATD, CTD, OSC	x	x	x	x	X	
			Recherche appliquée sur les maladies hydriques,	DROS	DPS, MINRESI, MINEP, MINESUP, OMS, PNUE, OSC, MINEE, MINDUH	x	x	x	x	X	
			Recherche appliquée sur les changements climatiques,								
			Recherche appliquée sur la gestion des déchets								
			Recherche appliquée sur la lutte anti-vectorielle								
		Eau potable sécurisée	Surveillance et protection des sources d'eau potable	Sensibilisation des populations	SSD	DRSP, OSC, CTD, MINEE, UNICEF	x	x	x	x	X
				Suivi de la gestion des points d'eau	SSD	DRSP, OSC, CTD, MINEE, UNICEF	x	x	x	x	X

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		Promotion des techniques de potabilisation d'eau de boisson	Formation des formateurs régionaux sur les techniques de potabilisation de l'eau de boisson	DPS	DRSP, SSD, CTD, OSC, MINEE, UNICEF	x	x	x	x	X
			Vulgarisation des techniques de potabilisation de l'eau de boisson auprès des communautés des DS	SSD	DRSP, CTD, OSC, MINEE, UNICEF	x	x	x	x	X
		Gestion de l'eau	Mise en place des comités de gestion des points d'eau et formation de leurs membres	DPS	MINEE, MINRESI, OSC, CTD, UNICEF	x	x	x	x	X
	<b>Hygiène hospitalière</b>	Promotion de la construction et de l'utilisation des incinérateurs	Elaboration des normes et spécifications techniques des incinérateurs	DPS	DEP, DRSP, PEV	x	x	x	x	X
			Formation à la maintenance des incinérateurs	DPS	Formations sanitaires, SSD, DRSP	x	x	x	x	X
		Promotion de l'hygiène et de la gestion des déchets en milieu hospitalier	Elaboration des normes, protocoles et standards d'hygiène en milieu hospitalier	DPS	CTD, OSC	x	x	x	x	X
			Formation du personnel hospitalier à l'application des normes, protocoles et standards d'hygiène en milieu hospitalier	DPS	DOSTS, DRSP, SSD, FS	x	x	x	x	X
			Création des services hospitaliers de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	DPS	DOSTS, DRSP, SSD, FS	x	x	x	x	X
			Formation du personnel hospitalier à la gestion des déchets en milieu hospitalier							
			Formation du personnel hospitalier à la prévention des infections nosocomiales	DOSTS	DPS, FS, SSD, DRSP	x	x	x	x	X

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			Sensibilisation du personnel hospitalier à la prévention des infections nosocomiales	FS	DOSTS, SSD, DRSP	x	x	x	x	X
	<b>Sécurité sanitaire des aliments</b>	Promotion de qualité des aliments	Inspection et surveillance de la qualité de production des aliments	DPS	MINADER, MINRESI, MINEPIA, DRSP, CPC	x	x	x	x	X
			Promotion des normes alimentaires	DPS	ANOR (Agence Nationale de Normalisation), CPC, MINCommerce, UNICEF, FAO	x	x	x	x	x
			Surveillance de la qualité des denrées alimentaires	DPS	ANOR, CPC, MINCommerce, UNICEF, OMS, MINMIDT, OSC	x	x	x	x	x
			Formation des vendeurs d'aliments de rue et des autres intervenants de la restauration collective aux Bonnes Pratiques d'Hygiène alimentaire	DPS	MINMIDT, ANOR, CPC, OMS, OSC	x	x	x	x	x
			Inspection et surveillance de la qualité des aliments distribués ou vendus	CTD	SSD, DRSP, OSC	x	x	x	x	x
			Inspection des établissements de production des denrées alimentaires	DPS	ANOR, DRSP, MINCOMMERCE	x	x	x	x	x
			Promotion des normes	Formation des personnels de santé et des CTD à l'application des normes	DPS	ANOR, CTD, OSC, MINMIDT	x	x	x	x
		Vulgarisation des normes		SSD	DRSP, CTD	x	x	x	x	x



CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
			alimentaires							
		Promotion des bonnes pratiques de fabrication <sup>29</sup> /préparation et conservation	Elaboration des guides de bonnes pratiques de fabrication /préparation et conservation	DPS	MINMEESA, MINCOMMERCE, CTD, ANOR medias	x	x	x	x	x
			Vulgarisation des bonnes pratiques déjà validées	MINMEESA	DRSP, MINCOMMERCE, CTD, ANOR	x	x	x	x	x
		Protection de la santé du consommateur	Sensibilisation des populations sur la qualité des aliments	DPS	DRSP, SSD, OSC, CTD, MINCOMMERCE	x	x	x	x	x
Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles	Alimentation et nutrition du jeune enfant	Promotion de l'allaitement maternel et alimentation de complément	Sensibilisation des femmes et des communautés à la pratique de l'allaitement maternel optimal	DPS	UNICEF OMS HKI PLAN OSC, Ft°Sanitaires	x	x	x	x	x
			Promotion des Actions Essentielles en Nutrition et des pratiques d'hygiène chez le jeune enfant	DPS	UNICEF OMS HKI PLAN OSC, Ft°Sanitaires	x	x	x	x	x
			Promotion de la surveillance de la croissance de l'enfant à base communautaire	DPS	UNICEF OMS HKI PLAN OSC Ft°Sanitaires	x	x	x	x	x

<sup>29</sup> Fabrication artisanale

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		Promotion de la supplémentation en micro nutriments	Contrôle et suivi de l'enrichissement des aliments	DPS	UNICEF OMS HKI PLAN OSC MINCOMMERCE MINIMIDT Ft°Sanitaires	x	x	x	x	x
	<b>Nutrition de la femme enceinte/mère allaitante</b>	Supplémentation en micronutriments (fer acide folique, calcium des femmes enceintes ou allaitantes, vitamine A post-partum)	Contrôle de la supplémentation en micronutriments des femmes enceintes ou allaitantes	DPS	DSF, DLM, UNICEF, Ft°Sanitaires, OSC	x	x	x	x	x
		Alimentation adéquate de la femme en âge de procréer pendant la grossesse et l'allaitement	Promotion de l'alimentation de la femme allaitante et enceinte	DPS	HKI PAM Ft°Sanitaires OSC	x	x	x	x	x
		Prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes/mères allaitantes VIH positives	Promotion d'une alimentation saine et équilibrée aux femmes enceintes/allaitantes séropositives	DPS	UNICEF DSF CNLS PAM Ft°Sanitaires OSC	x	x	x	x	x
		<b>Prévention primaire des maladies non transmissibles à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives</b>	Promotion de la consommation des fruits et légumes	Promotion de la consommation des aliments adaptés et contrôlé	DPS	MINADER, MINMIDT, ANOR, HKI, UNICEF, Ft°Sanitaires, OSC	x	x	X	x
	Fortification alimentaire		Suivi de la fortification des aliments	DPS	MINADER, MINMIDT, ANOR, HKI, UNICEF	x	x	X	x	x

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITES DU PNDS	STRUCTURE RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	2011	2012	2013	2014	2015
		Prévention de la sédentarité et de l'obésité	Promotion des activités physiques et sportives <sup>30</sup>	DPS	MINSEP, OSC, MINJEUN, Ft° Sanitaires	x	x	x	x	x
	<b>Promotion des comportements sains</b>	Promotion des stratégies de lutte contre les tabous néfastes	Lutte contre les tabous néfastes (homosexualité, pédophilie,...)	DPS, CNLD	MINJEUN, MINAS, MINEREX, MINBASE, MINESEC, MINEDUH, MINPROFF, OSC	x	x	x	x	x
		Prévention globale des toxicomanies et autres conduites à risque	Promotion de la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et les drogues illicites <sup>31</sup>	MINAS	MINJEUN, MINEREX, MINBASE, MINESEC, MINEDUH, MINPROFF, OSC	x	x	x	x	x
		Promotion de l'approche genre et des droits humains	Lutte contre la marginalisation des couches vulnérables (femmes, enfants, handicapés)	MINAS	MINPROFF, MINDUH, OSC	x	x	x	x	x

<sup>30</sup> Le type d'intervention « Promotion des activités physiques et sportives » de la SSS est considéré comme une activité par les autres intervenants du secteur et ont proposé comme type d'intervention la « Prévention de la sédentarité et de l'obésité »

<sup>31</sup> Le type d'intervention « Promotion de la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et les drogues illicites » de la SSS est considéré comme une activité par les autres intervenants du secteur et ont proposé comme type d'intervention la « Prévention globale des toxicomanies et autres conduites à risque »

# CHAPITRE TROIS: CADRE DE MISE EN OEUVRE ET DU SUIVI-EVALUATION DU PNDS

---

## 3.1 De la mise en œuvre

### 3.1.1 Conditions devant accompagner la mise en œuvre

32 Compte tenu de la situation actuelle du pays, la décentralisation est une réforme majeure dans le secteur santé devant faire intervenir la communauté à travers les CTD dans la gestion des problèmes de santé des populations. Il est donc nécessaire de réorganiser le système de santé en intégrant la communauté comme un partenaire dont l'organisation doit être renforcée compte tenu de l'option de décentralisation de l'administration fortement engagée par le Gouvernement. A cet effet, l'approche communautaire sera développée avec pour objectif d'assurer non seulement le développement d'un partenariat pérenne, mais aussi l'intégration des activités sous directives communautaires notamment à travers :

- l'adoption d'une stratégie communautaire claire dans un contexte où plus de la moitié des populations n'auraient pas accès aux structures publiques ou privées de santé,
- la formation d'agents relais communautaires, ayant entre autres rôles, la sensibilisation des populations et la distribution des intrants qui seraient retenus dans cette stratégie.

33 De manière stratégique, il ne serait pas prioritaire à court terme de s'attaquer à la disponibilité en intrants essentiels et/ou au recrutement des ressources humaines tant que les 73 à 80% de ces ressources n'ont pas été utilisées de manière adéquate au bénéfice des populations. Il paraît urgent de mettre l'accent sur trois aspects essentiels à savoir :

- l'amélioration de l'accès aux services préventifs, grâce (i) à une amélioration de leur programmation, (ii) à l'intégration d'interventions synergiques, et (iii) au développement des stratégies avancées et mobiles visant les zones prioritaires et bénéficiant d'une programmation conjointe et intégrée. Par ailleurs, l'accès aux structures fixes fonctionnelles nécessitera la disponibilité au niveau des structures opérationnelles des personnels de santé qualifiés et motivés ; la question de la répartition et de l'équité dans la gestion des ressources humaines devrait être adressée de manière efficace et durable notamment la fidélisation aux postes dans les zones enclavées.
- la minimisation des occasions manquées en optimisant l'exploitation de tout contact avec le système de santé, afin de garantir ou d'assurer un service complet (exemple : 3 vaccinations au Penta, 4 CPN, contraception régulière, PTME,...). Pour ce faire, il serait utile de travailler sur :
  - i. l'organisation des services afin d'améliorer la qualité de l'accueil et la rapidité du service, ce qui peut encourager par exemple les mères à revenir régulièrement pour compléter les différents passages nécessaires à la vaccination complète de leurs enfants ;
  - ii. le coût du transport et les coûts d'opportunité à travers la subvention de la demande telle que programmée à travers le programme conjoint Gouvernement - AFD et KfW ;

- iii. la communication interpersonnelle afin d'expliquer et d'accompagner les couples et les femmes pour les amener à compléter ces passages ;
- iv. l'assurance-qualité de tous les services complets grâce essentiellement au contrôle de la qualité du produit, à la formation continue à travers une supervision formative régulière du personnel sur le terrain.

Cette dernière stratégie a été quasiment oubliée au moment de la programmation et devrait prendre de plus en plus d'importance dans les actions afin de limiter le nombre de séminaires organisés par les différents programmes verticaux et n'ayant comme véritable résultat que l'aggravation de l'absentéisme de ce personnel déjà insuffisant.

34 Au vu de la situation peu satisfaisante qui prévaut au niveau clinique dans tout le système national de santé, il est nécessaire de revoir les réformes relatives à deux intrants : (i) gestion des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux essentiels ; (ii) développement des ressources humaines. A ce titre, il faut revoir :

- le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments, des réactifs consommables et dispositifs médicaux essentiels dans le but de garantir la disponibilité régulière de ces produits à tous les niveaux du système de santé ;
- le programme de développement des ressources humaines en termes de production, de recrutement et de gestion du personnel de santé à tous les niveaux cliniques selon les besoins réels du terrain et non pas sur le simple principe normatif. Dans ce cadre, la question des normes en personnel mériterait d'être revue et précisée en vue de plus d'efficacité et de réalisme dans leur détermination ; le besoin se fait ressentir prioritairement dans le domaine de la mère et de l'enfant.

35 Pour permettre une visibilité sur la mise en œuvre de la SSS, le système national d'informations sanitaires doit être intégré et rendu fonctionnel. Ceci nécessitera l'alignement des différents programmes au Plan Intégré de Suivi-Evaluation à travers la fédération des moyens (outils et ressources humaines et financières).

Afin de respecter les principes de droit humain et de genre, les indicateurs de suivi évaluation doivent être désagrégés selon le sexe, l'âge, le milieu de résidence, le niveau de revenu et d'autres facteurs de vulnérabilité (handicaps, OEV, sans abri...)

### **3.1.2 Les outils de mise en œuvre du PNDS**

36 Le PNDS sera mis en œuvre à travers cinq outils à savoir :

- le « cadrage budgétaire sectoriel » qui est une estimation des coûts de la mise en œuvre de chaque activité avec une programmation annuelle ; ce cadrage donne une idée globale sur les besoins financiers nécessaires pour l'atteinte des résultats visés et servira, entre autres, lors du plaidoyer en vue de la mobilisation des fonds pour financer les gaps ;
- le plan d'action pluri annuel élaboré par les deux niveaux : DS et DRSP. Il s'agit en effet d'une mise à jour permanente (plans glissants) des PDS 2009-2012 et des PRCDS 2009-2012 pour non seulement les arrimer à l'échéance du PNDS (2001-2015) mais aussi de tenir compte chaque année, de la réalité de mise en œuvre ; chacun de ces plans pluriannuels est assorti d'un cadrage budgétaire ;
- Le budget programme, troisième outil de la mise en œuvre du PNDS, est élaboré par les soins de chaque administration partenaire du secteur, en

- fonction des ses objectifs et compte tenu des priorités du PNDS conformément à l'approche Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Le budget programme 2012-2015, élaboré sur la base du CDMT sectoriel, orientera largement la confection du budget annuel de chaque administration ;
- le PTA budgétisé, quatrième outil de la mise en œuvre du PNDS, découle de chaque PDSD et de chaque PRCDS révisé. En effet, sur la base de son plan d'action pluriannuel, chaque niveau du système national de santé consolidera son PTA en fonction des micros plans élaborés par ses structures administratives et opérationnelles. Les micros plans sont élaborés suivant les directives de planification définies par le Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS en vue de l'exécution du PNDS. Chaque PTA est assorti de son budget. Les budgets des PTAs sont pris en compte lors de la confection du budget annuel de chaque administration ;
  - Le budget annuel, dernier outil, permet chaque année la mise en œuvre effective du PNDS. Le budget sera confectionné en tenant compte des besoins exprimés dans les PTAs et des dispositions du budget programme.

## **3.2 Du suivi-évaluation**

### **3.2.1 Monitoring**

- 37 Le monitoring est un système de gestion au niveau local qui permet d'augmenter la couverture grâce à la surveillance périodique du bon déroulement des activités par le personnel qui en est responsable. Il s'effectue par la récolte des informations, l'analyse approfondie de ces informations et la prise de décision suivie de l'élaboration d'un micro plan d'amélioration. Il a pour objectifs de s'assurer que le programme progresse conformément aux objectifs fixés et d'identifier les problèmes de fonctionnement qui entravent la bonne marche des activités, analyser leurs causes, et proposer des actions correctrices pouvant être mises en œuvre avec les ressources locales disponibles. Les déterminants mesurés selon le modèle de Tanashi sont: la disponibilité en ressources pour le fonctionnement du service, l'accessibilité géographique du service, l'utilisation des services par la population cible, la couverture adéquate de la population cible, la couverture effective de la population cible qui reflète la qualité technique du service offert. Il important que cet exerce soit mis en œuvre au niveau des aires de santé pour permettre un meilleur suivi des activités planifiées au niveau le plus bas, y inclus les activités des relais communautaires qui devront dorénavant jouer un rôle déterminant dans le système de santé.

### **3.2.2 Revue sectorielle**

- 38 La revue sectorielle est une activité de suivi périodique de la mise en œuvre de la SSS et sera menée par l'ensemble des structures du secteur santé, le ST/CP-SSS jouant le rôle de facilitateur principal. Le but de la revue sectorielle est de pouvoir rendre compte périodiquement des performances du système de santé à travers des indicateurs précis pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. De manière opérationnelle, des sessions de revue se feront semestriellement et annuellement respectivement par le district de santé, la région et le niveau central. Un canevas de la revue sera développé et validé sur la base des informations à renseigner par chaque niveau en vue du calcul des indicateurs de la SSS. La revue sectorielle va s'appuyer sur les outils existants du système national de suivi-évaluation à savoir: les données de routine (NHMIS, métrologie sanitaire) et des enquêtes périodiques

(MICS, EDS, ECAM, EESI, Comptes Nationaux de Santé, PETS...) conformément au PISE (tableau 27).

### 3.2.3 Evaluation

39 Selon le cadre conceptuel du PISE, le PNDS sera évalué à des périodes régulières selon l'objectif poursuivi comme présenté au tableau 27:

- l'évaluation à mi-parcours (2013) permettra de renseigner le niveau d'atteinte des résultats/extrants liés à la mise en œuvre de la SSS à travers le PNDS 2011-2015 ;
- l'évaluation à terme (2015) permettra de renseigner sur les effets produits par les résultats de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 et leur apport sur la marche vers l'atteinte des OMD ;
- l'évaluation ex post (2019/2020) permettra de renseigner sur l'impact sur la santé des populations bénéficiaires des services et soins de santé ainsi que sur l'ensemble du système de santé.

Conçue selon une approche systémique pour les trois niveaux du système national de santé, l'évaluation reposera entre autres sur la mise en œuvre du Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE). Le tableau 27 ci-après résume le cadre conceptuel dudit plan.

**Tableau 27 : cadre conceptuel du PISE**

Types d'Indicateurs	Périodicité	Opération	Responsable	Source de vérification
<b>Indicateurs à usage interne</b>	Mensuel	Système national d'informations sanitaires (NHMIS)	DEP	Rapport Mensuel d'Activités
		Health Metrix Network (HMN)	DEP	Rapport de situation sanitaire
<b>Indicateurs de résultats/extrants</b>	Semestrielle/ Annuelle	Revue sectorielle	ST/CP-SSS	Rapports de progrès sur la MEO de la SSS
	Annuelle ou bi annuelle	Enquêtes Etudes	DROS DEP	Rapport d'enquête/étude
		Comptes Nationaux (CNS)	DEP	Rapport sur les CNS
	2013	Evaluation à mi-parcours	ST/CP-SSS ONSP	Rapport d'évaluation
<b>Indicateurs d'effet et d'impact</b>	2015	Evaluation à terme	ST/CP-SSS ONSP	Rapport d'évaluation
	Tous les 4 ou 5 ans	Enquêtes à moyen terme : EDS, MICS <sup>32</sup> , ECAM, EESI, PETS)	INS et autres institutions	Rapports d'enquête
	2019/2020	Evaluation ex post	ST/CP-SSS ONSP	Rapport d'évaluation

Pour un meilleur fonctionnement du mécanisme de suivi-évaluation, il est prévu :

- la production des données statistiques de qualité, consignées dans les registres des activités des formations et structures sanitaires et transmises par chaque acteur de celles-ci à travers les RMA ;

<sup>32</sup> Enquête Annuelle ou tous les deux ans

- le renforcement de l'organisation, du fonctionnement, du financement et des capacités du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé ;
- l'intégration effective du système national de suivi-évaluation dans le fonctionnement de l'ensemble du secteur santé ;
- l'implication effective de l'Observatoire National de la Santé Publique<sup>33</sup> dans l'organisation des évaluations, le monitoring de la qualité des services et soins de santé prodigués par les structures publiques et privées de santé, l'exploitation du Réseau de Métrologie Sanitaire etc.

### **3.2.4 Indicateurs de suivi-évaluation**

40 Des indicateurs consensuels pour le suivi-évaluation sont tirés des :

- repères annuels de suivi de la Matrice d'Action Prioritaire (MAP) du DSCE secteur santé (tableau 28) ;
- et des indicateurs de la SSS selon les trois phases de l'évaluation de sa mise en œuvre : 2013, 2015 et 2020 (tableau 29).

---

<sup>33</sup> L'observatoire devra être indépendant pour mieux jouer son rôle



Tableau 28 : MAP du DCSE

Matrice d'actions prioritaires								
Domaines/composantes /mesures	Périodicité d'évaluation	Indicateurs/ Repères	Niveau				Responsables	
			Base	2012	2015	2020		
<b>1.3 Développement humain</b>								
<i>1.3.1 Santé</i>								
1.3.1.1 Viabilisation de la santé	Annuelle	Proportion des District de Santé viabilisés	7,4% (SQI 2007)	30%	80%	90%	MINSANTE	
1.3.1.2 Formation et mise à disposition des personnels médicaux	Annuelle	Nombre médecins par habitant	1 pour 13 468 (2007)	1 pour 10 000	1 pour 5000	1 pour 2000	MINSANTE/MINFOPRA	
1.3.1.3 Contrôle de la qualité des services hospitaliers	Annuelle	Indice de satisfaction de l'utilisateur	81,3 % (2002)	85%	90%	95%	MINSANTE	
1.3.1.4 Mise à disposition des médicaments à des coûts abordables	Annuelle	Part des Médicaments disponibles à coûts abordables	36,8% (2002)	50%	60%	70%	MINSANTE/CTD	
1.3.1.5 Mise en route d'un service mobile de district de santé	Annuelle	Proportion de districts de santé ayant un service mobile de santé effectif	0 (2009)	-	-	-	MINSANTE	
1.3.1.6 Santé de la mère et de l'enfant	Annuelle	Proportions d'accouchements assistés par un personnel qualifié	59% (2006)	100%	100%	100%	MINSANTE	
1.3.1.7 Lutte contre le VIH/SIDA	Annuelle	Proportion des districts de santé disposant régulièrement d'ARV	62,3% (2008)	70%	75%	100%	MINSANTE	
1.3.1.8 Lutte contre le Paludisme	Annuelle	Proportion de formations sanitaires répondant aux normes et standards de prise en charge de paludisme	Moins de 50 % (2006)	60%	75%	80%	MINEE/MINDUH/MINSANTE/CTD	
1.3.1.9 Hygiène du milieu et corporelle	Annuelle	Pourcentage des familles utilisant des installations sanitaires améliorées)	40% (2002)	60%	65%	70%	MINEE/MINDUH/MINSANTE	
1.3.1.10 Promotion des mutuelles de santé <sup>34</sup>	Annuelle	Proportion de districts de santé possédant au moins une mutuelle	32% (2008)	40%	80%	100%	MINSANTE, MINTSS, GIT, BIT, Coopération Française, UNICEF, AWARE, EPOS, BAD, KFW, Banque Mondiale, Emmaus Suisse, Plate forme des promoteurs nationaux : les FSPS, SAILD, ASSOAL, etc.	
	Annuelle	*Proportion de la population bénéficiant des services des mutuelles de santé	0,01% (2008)	<b>10%</b>	<b>40%</b>	<b>Au moins 40%</b>		

<sup>34</sup> Source : Répertoire des mutuelles de santé au Cameroun 2006 (GIZ, Coop française) et répertoire des mutuelle de santé en cours de finalisation 2008 (GIZ, plate forme des promoteurs des mutuelles de santé au Cameroun

**Tableau 29 : Indicateurs de suivi-évaluation de la SSS 2001-2015**

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE					
Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
CPN recentrée et Consultation post natale	Qualité des soins fournis aux femmes enceintes et en post partum améliorée	1 - Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 03 CPN dont la 1ère au cours du premier trimestre (65%)	34,30% (CNLS 2010)	• Taux de mortalité maternelle inférieur à 137 pour cent mille naissances vivantes (CARMMA)	602 pour cent mille (Source : UN estimates)
		2 - Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide /longue durée (au moins 80%)	ND		
		3 - Proportion des femmes enceintes séropositives recevant un traitement prophylactique complet d'ARV (au moins 58%)	79,50% (CNLS 2010)		
		4 - Proportion des femmes en post partum ayant bénéficié d'au moins 03 consultations post natales dont la 1ère au cours des 24 heures suivant l'accouchement (65%)	ND		
		5 - Proportion des femmes enceintes ayant reçu le Traitement Préventif Intermittent (TPI) (Au moins 90%)	ND		
Accouchement et Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	Accès à des soins obstétricaux et néonataux de qualité accru	1 - Proportion de femmes dont les complications de grossesse sont prises en charge suivant le protocole des soins obstétricaux et néonataux d'urgence	ND		
		2 - Proportion des femmes accouchant dans les formations sanitaires offrant les SONU (56%)	ND		
		3 - Proportion d'accouchements conduits par un personnel qualifié	63% (SSM <sup>35</sup> 2010)		
		4 - Taux de césarienne (au moins 5%)	ND		
		5 - Proportion des décès parmi les femmes prises en charge pour complications obstétricales (<1%)	ND		
		6 - Proportion des accouchements subventionnés (100%)	ND		

<sup>35</sup> SSM : Statistiques Sanitaires Mondiales

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
Planification Familiale	Accès aux services de planification familiale accru	1 - Prévalence contraceptifs (45 pour 100) (% couples éligibles utilisant actuellement une méthode quelconque de PF)	ND		
Consultation des femmes et dépistage des cancers génésiques	Cancers génésiques davantage dépistés et pris en charge	Proportion des cas dépistés et pris en charge efficacement (90 %)	ND		
Consultation des mères et dépistage des fistules obstétricales	Fistules obstétricales davantage dépistés et prises en charge	Proportion des cas dépistés et pris en charge efficacement (90 %)	ND		
Immunisation des enfants (PEV)	Offre des soins et services d'immunisation améliorée	1 - Pourcentage des formations sanitaires de chaque district (90%) qui offrent des services de PEV en stratégie fixe (<5 km), avancée (entre 5 et 20 km) et mobile (plus de 20 km)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de mortalité néo natale inférieur à 13 pour mille naissances vivantes</li> <li>• Taux de mortalité des enfants de moins de 1 an inférieur à 22 pour mille naissances vivantes</li> <li>• Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans inférieur à 46 pour mille naissances vivantes</li> </ul>	29‰ (EDS III)
		2 - Taux de couverture vaccinale en DTC3- HepB 3+Hib3, VPO3, BCG chez les enfants de 0 à 11 mois et en VAT2+ chez les femmes enceintes (90 %) avec au moins 80% dans chaque DS	84,30 % pour l'antigène traceur (Penta 3); 83,19% pour la couverture en Polio 3 ; 81,88% pour le VAT2+ ; 85,27% pour la couverture en vitamine		

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
			A1. (Source : PEV 2010)		
		3 - Taux de prévalence du tétanos maternel et néo-natal (moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes)	ND		
		4 - Taux de prévalence de poliomyélite (0%)	ND		
		5 - Proportion des enfants de 12 à 24 mois complètement vaccinés avec des antigènes réguliers (au moins 80%)	ND		
		6 - Pourcentage d'enfants de moins de 1 an vaccinés contre la rougeole	79,17 % pour la vaccination contre la rougeole ; (Source : PEV 2010)		
		7- Pourcentage d'enfants de moins de 1 an vaccinés contre la fièvre jaune (au moins 92%)	78,83% pour la Fièvre jaune ; (Source : PEV 2010)		
PCIME	Accès des enfants à la PCIME accru	1 - Pourcentage des enfants (de 07 jours à 05 ans) présentant un des symptômes (fièvre, diarrhée, toux, problème d'oreilles) et correctement pris en charge par un agent de santé qualifié en PCIME (65%)	ND		
		2 - Pourcentage de districts mettant en œuvre l'approche PCIME (au moins 80 % des districts d'ici 2012)	ND		
Consultation préscolaire	Suivi sanitaire des enfants amélioré	Proportion des enfants en âge scolaire suivis avec la courbe de croissance (90%)	ND		

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
Prise en charge de la malnutrition	Malnutrition mieux jugulée au sein de la population	Pourcentage des aires de santé qui mènent des activités de promotion de prise en charge communautaire de la malnutrition aigue (Au moins 85%)	ND		
Compétence à la vie courante	Capacité des Adolescents relatives à la vie courante accrue	Proportion des adolescents ayant des connaissances, aptitudes et pratiques appropriées relative à la vie courante (au moins 75%)	ND		
Santé scolaire et universitaire	Santé des étudiants et des enfants fréquentant des établissements scolaires améliorée	1 - Proportion des étudiants systématiquement suivis médicalement (100%)	ND		
		2 - Proportion d'enfants admis dans des écoles systématiquement suivis médicalement (100%)	ND		
Soutien aux Orphelins et enfants vulnérables (0-18 ans)	Accès universel des orphelins aux soins de qualité assuré	Proportion des orphelins recevant des soins de qualité gratuitement (100 %)	ND		
Prise en charge globale du VIH/SIDA	(a) Qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA améliorée (b) Attitudes, Connaissances et pratiques des populations relatives au VIH et Sida améliorées	1 - Pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant effectué un test de dépistage et retiré les résultats.	ND		
		2 - Pourcentage d'hommes et de femmes déclarant avoir utilisé	ND		ND

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
		un préservatif lors du dernier rapport à risque			
		3 - pourcentage des patients adultes et enfants éligibles mis sous ARV encore en vie 12 mois après le début du traitement	ND		
Prise en charge globale du paludisme	Qualité de la prise en charge du paludisme améliorée	1 - Proportion d'enfants de moins 05 ans qui dorment sous moustiquaire imprégnée / longue durée (80%)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de prévalence du paludisme</li> <li>• Incidence du Paludisme (inférieure à 320 pour 1000 habitants)</li> <li>• Incidence du paludisme dans la population active (25-55 ans)</li> <li>• Taux de décès associés au Paludisme (inférieur à 10%)</li> </ul>	15,0% (RNP <sup>36</sup> , 2010)
		2 - Proportion de relais communautaires appliquant le paquet de prise en charge communautaire du paludisme (80%)	ND		ND
		3 - Proportion des formations sanitaires appliquant les normes et standards de prise en charge du paludisme (60%)	ND		ND
		4- Proportion de femmes enceintes ayant reçu TPI2	ND		116 pour cent mille habitants (SSM 2009)
Prise en charge globale de la tuberculose	Qualité de la prise en charge de la tuberculose améliorée	1 - Taux de couverture vaccinale au BCG dans chaque district de santé (au moins 80%)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidence de la Tuberculose inférieure à 50 pour 100 000 habitants)</li> <li>• Taux de décès associés à la Tuberculose (inférieur à 5%)</li> <li>• Episodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale (pour 100 000 habitants)</li> </ul>	192 pour cent mille habitants (SSM 2009)
		2 - Taux de détection annuel de la Tuberculose par 100 000 habitants (au moins 70% du nombre estimés des cas de Tuberculose Pulmonaire à bacilloscopie positive ou TPM+)	ND		ND
		3 - Taux de guérison (85%)	ND		ND
Prise en charge globale des maladies non transmissibles	Efficacité du dispositif de prise en charge globale des maladies non	1 - Prévalence des maladies non transmissibles	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence des maladies non transmissibles (réduction de 20%)</li> </ul>	ND
		2 - Nombre de centres spécialisés de prise en charge efficace de cas de drépanocytose fonctionnels par région (au moins deux)	ND		ND

<sup>36</sup> Rapport National des progrès des OMD, 2008

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
	transmissibles accrue	3 - Nombre de centres spécialisés de prise en charge de cas d'hypertension artérielle de diabète, de l'asthme et de l'épilepsie fonctionnels par région (au moins deux)	ND		
Prise en charge globale des maladies tropicales négligées	Efficacité du dispositif de prise en charge globale des maladies tropicales négligées accrue	1 - Nombre de maladies tropicales négligées intégrées dans le paquet de soins	ND		
		2 - Nombre de cas de maladies tropicales négligées dépistés dans les Formations Sanitaires	ND		
		3- Proportion de malades guéris sans infirmités	ND		
Surveillance intégrée des maladies	Efficacité accrue du dispositif d'alerte continue des maladies cibles à potentiel épidémique	1 - Taux de complétude nationale de déclaration des MAPE	ND		
		2 - Taux de promptitude national des MAPE	ND		
Contrôle des épidémies	Capacité du pays à contenir les effets sanitaires des catastrophes et autres événements de santé publique renforcée	1 - Existence d'un système fiable de surveillance épidémiologique et de gestion des épidémies dans tous les zones de plus à risque	ND		
		2 - Niveau adéquat de stocks de sécurité en médicaments, vaccins, fournitures et matériels dans chaque délégation régionale de la Santé (CAPR)	ND		
Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes	Efficacité accrue de la réponse humanitaire face aux catastrophes et autres événements de santé publique	1 - Pourcentage de sinistrée correctement pris en charge au cours des catastrophes et autres événements	ND		
IEC/CCC	Attitudes, Connaissances et	1 - Pourcentage des CSI menant des activités d'IEC/CCC intégrés (100%)	ND		

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
	Pratiques des populations relatives à leurs problèmes de santé accrues	2 - Pourcentage des populations ayant une meilleure attitude, connaissances et pratiques relatives à leurs problèmes de santé (au moins 80%)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des hommes et des femmes ayant de meilleures connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé (au moins 90%)</li> </ul>	ND
Hygiène du milieu et hygiène corporelle	Hygiène du milieu et hygiène corporelle largement améliorées	Pourcentage des familles utilisant des installations sanitaires améliorées (60%)	ND		
Eau potable sécurisée	Potabilisation de l'eau de boisson répandue et de plus en plus courante	Pourcentage des aires de santé menant des activités de promotion de potabilisation de l'eau de boisson (65%)	ND		
		Pourcentage des familles utilisant au moins une des techniques de potabilisation de l'eau à domicile	12,3% (MISC 2006)		
Hygiène hospitalière	L'hygiène hospitalière assurée par les hôpitaux selon les normes	Pourcentage des hôpitaux mettant en application les normes d'hygiène hospitalière (100%)	ND		
Sécurité sanitaire des aliments	Contrôle systématique de la qualité des denrées alimentaires de restauration collective produites localement et importées effectif.	Pourcentage des denrées alimentaires de restauration collective produites localement et importées contrôlées (100%)	ND		
Alimentation et Nutrition du	Allaitement maternel optimal et	1 - Proportion des femmes allaitantes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 06 mois (60%)	21%		



CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
Jeune enfant	exclusif a accru			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'allaitement continu (12-15 mois, 20-23 mois) (%)</li> <li>• Prévalence de l'insuffisance de poids (modéré ; sévère) (%)</li> <li>• Taux de malnutrition (12-23 mois) (%)</li> </ul>	(MICS 2006) 78,7% : enfants 12-15 mois 21,2% : enfants 20-23 mois 19,3% : modérée 5,2 : sévère (MICS 2006) ND
		2 - Prévalence de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	ND		
		3 - Proportion d'enfants recevant de manière adéquate les vitamines A (100%)	ND		
Nutrition de la femme enceinte/ mère allaitante	Femme enceinte correctement suivie sur le plan nutritionnel	Proportion des femmes enceintes ayant appliqué les règles d'alimentation saine pendant la grossesse (100 %)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps (%)</li> </ul>	ND
Prévention primaire des maladies non transmissibles à travers la nutrition et les	Les maladies non transmissibles sont prévenues à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives (APS)	Proportion de la population prévenant les maladies non transmissibles à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives	ND		

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015			
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source		
Activités Physiques et Sportives							
Promotion des comportements sains	La population adopte de plus en plus les comportements sains	1 - Proportion de la population adoptant les comportements sains spécifiques	ND				
Infrastructures	Le parc infrastructurel du secteur santé s'est densifié et répond aux normes en vigueur	1 - Pourcentage des DS dont les besoins en réhabilitation et construction ont été évalués (100%)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de districts de santé consolidés (au moins 80%)</li> <li>• Proportion des hommes et des femmes desservie par une formation sanitaire fonctionnelle située à une heure de marche</li> </ul>	ND		
		2 - Pourcentage de réalisation des infrastructures dans les 180 DS (100%)	ND		ND		
Equipements	Plateau technique en équipements des formations sanitaires conforme aux normes	1 - Pourcentage des formations sanitaires publiques et contractualisées bénéficiant de la maintenance hospitalière (au moins 80%)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le ratio professionnel de santé/population (au moins 1,5 pour 1000 habitants)</li> <li>• Proportion des structures de santé disposant d'un personnel conforme aux normes quantitative et qualitative</li> </ul>	1,43 pour mille habitants (DRH, 2010)	
		2 - Pourcentage des équipements fonctionnels par structure sanitaire (100%)	ND				
		3 - Nombre de patients évacués dans les HC/HG	ND				
Ressources Humaines	Référentiels et instruments clés nécessaires à un développement articulé et systématique du capital humain dans le secteur de la santé disponible et opérationnelle	1 - Disponibilité d'un plan de développement des ressources humaines	ND				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le ratio professionnel de santé/population (au moins 1,5 pour 1000 habitants)</li> <li>• Proportion des structures de santé disposant d'un personnel conforme aux normes quantitative et qualitative</li> </ul>
		2 - Niveau d'exécution du plan de développement des ressources humaines	ND				
		3 - Niveau d'exécution du programme gouvernemental de formation des personnels du secteur santé	ND				

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
		4 - Disponibilité d'un profil de l'enseignant dans les établissements de formation des paramédicaux	ND	% des populations ayant accès aux médicaments traceurs de qualité (100%)	ND
Référence/contre référence	Démarche référence contre référence solidement ancrée dans les pratiques	1 - Pourcentage des districts de santé par région appliquant les normes, standards et procédures de référence / contre référence (80%)	ND		
		2 - Pourcentage des hôpitaux régionaux appliquant les normes, standards et procédures de référence / contre référence (100%)	ND		
		3 - Nombre de malades référés et reçus par pôle d'excellence et nombre de contre références	ND		
Accès aux Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	(a) Flux continu et durable de la chaîne d'approvisionnement en médicaments assuré et sécurisé ; (b) La distribution des produits pharmaceutiques est conforme aux normes et à la réglementation en vigueur	1 - Nombre moyen de jours de rupture de stock de médicaments traceur dans les formations sanitaires par mois (moins de 3 jours)	ND		
		2 - Nombre de Districts qui mènent la lutte contre la vente illicite des médicaments-	ND		
		3 - Nombre de points de vente illicites recensés avec saisie et destruction de stocks	ND		
		4 - Taux de médicaments traceurs non-conforme détecté par an	ND		
		5 - Proportion des réactifs homologués utilisés dans les laboratoires	ND		
Développement d'un système d'assurance qualité sur les	(a) Système de surveillance des effets indésirables inattendus	1 - Nombre d'effets indésirables inattendus notifiés et documentés	ND		
		2 - Pourcentage de lots de produits pharmaceutiques contrôlés par rapport au nombre de lots en circulation	ND		

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	fonctionnel ; (b) Contrôle systématique de la qualité des produits pharmaceutiques homologués et vendus sur le territoire national selon les normes internationales est efficace	3 - Pourcentage de médicaments homologués par rapport au nombre de référence de médicaments mis sur le marché (importés)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de la population par district de santé dont le risque maladie est couvert par une mutuelle de santé</li> <li>• Pourcentage de satisfaction des bénéficiaires</li> </ul>	ND
Financement de la demande	Le recours à la mutualisation dans le financement de la santé des populations a augmenté	Nombre de district de santé disposant d'au moins une mutuelle de santé	ND		
		Pourcentage des FS bénéficiant des subventions pour le financement de la demande par DS	ND		
NHMIS	Le système national de gestion intégré des informations sanitaires est fonctionnel	1 - Pourcentage des régions ayant produit le rapport annuel des informations sanitaires	ND		
		2 - Annuaire statistique de la santé de chaque année disponible	ND		
Planification	L'élaboration des plans de développement sanitaire est maîtrisée	1 - Pourcentage des districts de santé ayant élaborés un PDSD de qualité (80%)	ND		
Coordination intégrée	La coordination intégrée est effectivement mise en œuvre	Pourcentage des activités de coordination intégrée programmées et réalisées par niveau (100%)	ND		

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
Supervision formative intégrée	La supervision formative intégrée est effectivement mise en œuvre	Pourcentage d'activités de supervision formative intégrée programmées et réalisées par niveau (100%)	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé (au moins 80% sont satisfaits de la qualité des services et soins de santé)</li> <li>• Indice de perception de la corruption dans le secteur santé (inférieur à la moyenne nationale)</li> <li>• Pourcentage des structures sanitaires services et soins de</li> </ul>	90% (PETS2, 2010)
M&E	Le suivi et l'évaluation intégrés sont effectivement mis en œuvre	Disponibilité du PISE à tous les niveaux	ND		
		Niveau d'exécution de Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) à tous les niveaux	ND		
Monitorage intégré	Le monitorage intégré est effectivement mis en œuvre	Nombre de FS pratiquant le monitorage	ND		
Manuel de normes et procédures	Le manuel des normes et procédures est disponible et utilisé	Pourcentage des interventions ne disposant pas d'un document normes et procédures (0%)	ND		
Contrôle Social	Les organisations de la société civile sont représentées dans les structures de prise des décisions	1 - Degré de représentativité des organismes de la société civile dans les structures de prise de décisions dans les formations sanitaires (au moins 30%)	ND		
		2 - Degré de satisfaction des usagers (au moins 80%)	ND		
Mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique	Le système de santé s'est imprégné de la culture de la performance et du résultat	1 - Nombre de contrats de performances négociés localement et appliqués dans 80% des districts de santé de chaque région (au moins deux)	ND		
		2 - Proportion des districts de santé bénéficiant de l'allocation des ressources additionnelles basée sur la performance par région (au moins 60%)	ND		
		3 - Pourcentage du personnel par district bénéficiant d'une prime d'excellence (5%)	ND		
Normalisation	La prestation des services et soins de	Pourcentage des structures sanitaires qui appliquent les normes et procédures des manuels (80%)	ND	ND	

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE

Catégorie	Résultats/Extrants	Résultats/Extrants et Cible en 2012/2013		Effets à l'horizon 2015	
		Indicateurs	Données de base/source	Indicateurs	Données de base/Source
	santé est conforme aux normes en vigueur			santé organisées et gérées conformément à la réglementation en vigueur (au moins 90%)	
		Nombre de formations sanitaires disposant d'une tarification officielle	ND		
		Nombre de FS disposant d'un organigramme	ND		
Recherche opérationnelle	La recherche opérationnelle est menée conformément aux exigences de l'éthique et ses résultats sont appliqués	1 - Pourcentage des travaux de recherches dont les résultats sont publiés par niveau (100%)	ND		
		2 - Pourcentage des travaux de recherches dont les résultats ont fait objet de directives d'exploitation (Au moins 80%)	ND		
		3 - Disponibilités des textes réglementaires protégeant les personnes se prêtant à la recherche	ND		
	Les investigateurs et membres de CEI sont formés à l'éthique, en bioéthique et la DROS en revue systématique	1 - Pourcentage d'investigateurs et des membres de CEI formés (50%)	0%		
	Les FS, les écoles de formation et les DRSP ont mis en place des CEI	5- Pourcentage de formations sanitaires, écoles de formation et DRSP ayant mis en place des CEI (50%)	0%		

## **CHAPITRE QUATRE : CADRAGE BUDGETAIRE**

Le cadrage budgétaire ici consiste en l'évaluation du coût de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015. Il se présente sous forme de projection des besoins de financement par programme économique (domaine d'intervention), niveau d'exécution et par nature de dépense. Il est également évalué ici le coût d'atteinte des OMD 4, 5 et 6 sachant que la partie santé de l'OMD 1 est contenue dans les OMD 4 et 5.

Les stratégies de viabilité financière développées ci-dessous explicitent la dynamique de mobilisations de ces financements avec une bonne prise en compte des conventions en cours d'exécution et/ou de négociation ainsi que de l'environnement institutionnel et économique national et international.

### **4.1 Méthodologie**

La méthode d'évaluation du coût de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 a consisté à utiliser tous les outils d'évaluation et de cadrage budgétaire relatifs au secteur de la santé et disponibles, notamment :

- le CDMT Santé ;
- le portefeuille des projets économiques ;
- les cadrages budgétaires des plans stratégiques du niveau opérationnel (PDSD) et intermédiaires (PRCDS) ;
- le costing des PTA et PTARC ;
- les plans stratégiques des projets et programmes (PEV, PNLP, PNLT, CNLS) ;
- les contributions des ministères apparentés à la santé, les collectivités territoriales décentralisées, les organisations de la société civile, le sous-secteur santé privé ;
- les plans de financement Gouvernement- Coopérations bi et multilatérale ;
- le CDMT Central (ou CBMT).

Le travail de base a consisté en la mise en cohérence de tous ces outils. Il a été réalisé au niveau de la CT-CDMT qui a développé un outil informatique à cet effet. La nomenclature retenue est celle de la SSS 2001-2015. Les contraintes organisationnelles et de présentation des informations financières issues du nouveau Régime Financier de l'Etat ont entièrement été implémentées.

#### **4.1.1 Le CDMT santé de base**

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme du secteur de la santé a été élaboré sur la base : (i) du MBB pour le calcul des coûts additionnels nécessaires pour l'atteinte des objectifs fixés (frontières) et (ii) de la revue des dépenses publiques de santé sur la période 2007-2009 qui a permis de disposer des coûts de base par catégorie d'intervention et par source de financement. La somme arithmétique des coûts de base et des coûts additionnels a permis d'obtenir le cadrage nécessaire pour le financement du secteur de la santé pour la période considérée.

#### **4.1.2 Les projets économiques**

Le projet économique est la déclinaison opérationnelle et économique des activités techniques de santé. Chaque projet présente :

- son enracinement à la politique nationale de santé traduite par la Stratégie Sectorielle de Santé ;
- ses objectifs : général et spécifique ;
- sa cible ;
- les extrants attendus par groupe de bénéficiaires cibles (hommes, femmes, jeunes) ;
- son chronogramme de réalisation ;
- son niveau de maturité ;

- son montage institutionnel et financier ;
- ses effets sur le cadre et les conditions de vie des populations ciblées, et sur le plan économique.

Les structures du Ministère de la Santé Publique au niveau central ont développé une cinquantaine de projets. Ceux-ci ont été enrichis des résultats de la planification au niveau déconcentré. Ainsi, les activités des niveaux opérationnel et intermédiaire ont été intégrées dans les projets économiques pour une meilleure prise en compte des principes de large participation des structures de base et de continuité de la planification.

Cet exercice a également pris en compte les contributions des ministères apparentés à la santé, des collectivités territoriales décentralisées, des organisations de la société civile, des sociétés savantes, du sous-secteur santé privé à but non lucratif ainsi que des plans de financement Gouvernement - Coopérations bi et multilatérale. Il faut souligner qu'il n'existe pas une plate forme de concertation entre le sous-secteur santé privé à but lucratif et le Gouvernement ; ce qui n'a pas permis à ce sous secteur de contribuer efficacement à cet exercice.

### **4.1.3 Le CDMT central (ou CBMT)**

L'Etat produit chaque année un cadrage budgétaire par secteur qui doit servir de document de référence par rapport à la programmation budgétaire de chaque ministère. Il en a été tenu compte pour dégager les financements probables et certains du PNDS.

En effet, l'écart entre le CDMT Santé de base (sans contraintes) et le CBMT volet santé traduit les besoins de financement pour lesquels le Gouvernement doit développer de nouvelles stratégies de mobilisation des ressources.

Toutefois, le CBMT volet santé ne prenant en compte que le seul Ministère de la Santé Publique, le financement de l'écart ci-dessous (tableau 32) devra d'abord prendre en compte le budget santé des ministères apparentés, des collectivités territoriales décentralisées, du secteur privé à but lucratif et non lucratif.

### **4.1.4 Limites de la démarche méthodologique utilisée**

Si le présent cadrage constitue sans conteste un premier résultat de l'effort de lisibilité et de prévisibilité budgétaire, il convient de reconnaître que la démarche ayant abouti à son élaboration présente quelques limites dont la levée dans l'avenir contribuera à améliorer significativement cet exercice. Il s'agit notamment de : (i) l'absence de données financières dans certains cadres conventionnels ; (ii) l'absence ou l'insuffisance de la déclinaison des données financières par type d'intervention, par nature économique et par année de décaissement ; (iii) l'absence ou l'insuffisance des données sur le niveau d'exécution des financements extérieurs ; (iv) les difficultés de mobilisation de certains financements prévus du fait de la lourdeur des procédures et des conditionnalités.

Pour ce qui est des fonds de contrepartie, pour lesquels un progrès réel dans la capacité de négociation et de mobilisation est observé, il est encore nécessaire d'en améliorer l'utilisation.

## **4.2 Estimation des coûts du PNDS 2011-2015**

Les besoins du PNDS 2011-2015 s'élèvent à F CFA 1 343,34 milliards, soit un coût moyen par an de 268,67 milliards, variant de 212,09 milliards en 2011 à 319,2 milliards en 2015.



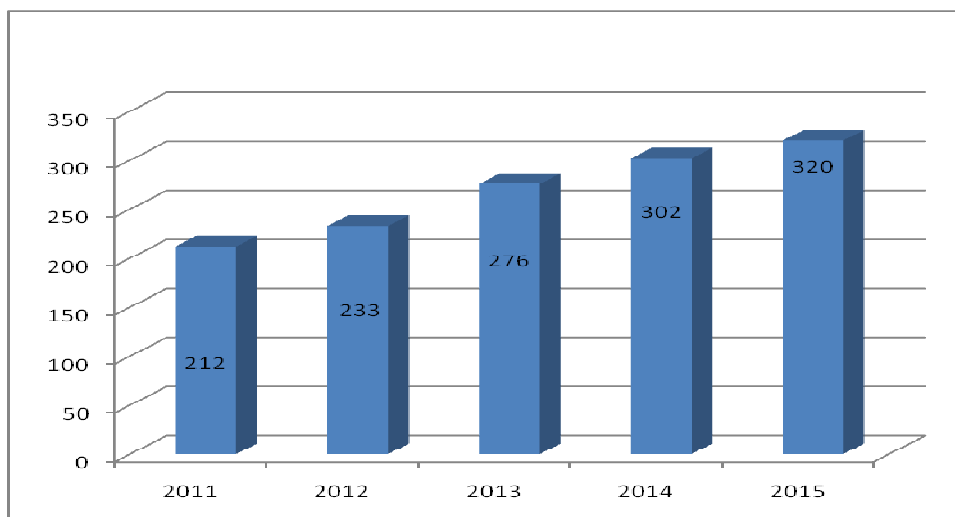


Figure 19 : Evolution des coûts du PNDS de 2011 à 2015

La variation est légère entre 2011 et 2012 et s'accroît en 2013. Cet important accroissement (environ 18,4%) s'explique par le début probable des constructions dès 2013, des hôpitaux de référence de Garoua et de Bamenda.

#### 4.2.1 Structure des coûts par domaine d'intervention

Tableau 30 : Répartition des coûts du PNDS par année et par programme (en milliards de F CFA)

Programme	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Gouvernance et Amélioration des conditions de travail	80	71	71	70	70	363
Lutte contre la Maladie	57	76	83	94	97	408
Promotion de la Santé		3	3	4	5	16
Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant	30	31	36	36	42	174
Viabilisation du District de Santé	45	53	83	97	105	383
<b>Total Général</b>	<b>212</b>	<b>233</b>	<b>276</b>	<b>302</b>	<b>320</b>	<b>1 343</b>

Le cadrage budgétaire du PNDS comprend cinq programmes économiques dont quatre sont une traduction économique de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015 pour la période 2011-2015 et un transversal à tous les secteurs conformément aux orientations du MINEPAT.

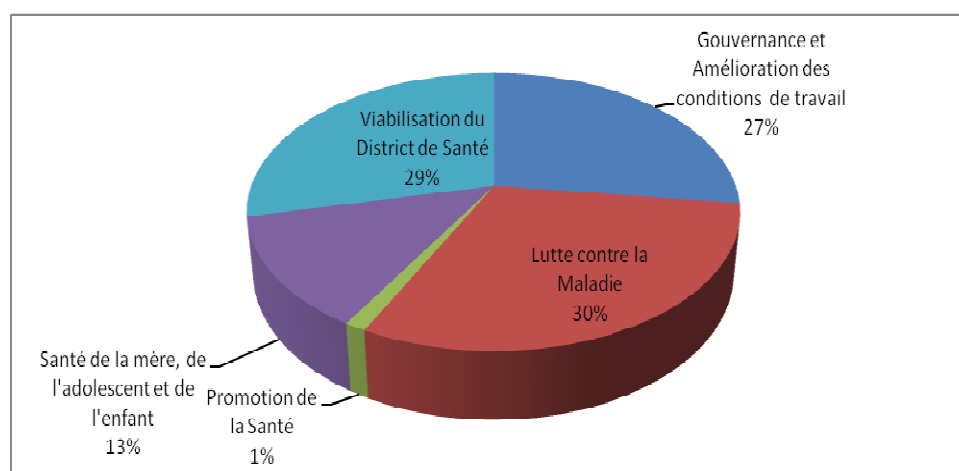


Figure 20 : Répartition des coûts par programmes économiques

La répartition des coûts du PNDS par programme économique montre qu'au cours des cinq prochaines années, dans le secteur de la santé, un accent sera mis sur **la lutte contre la maladie** ; les ressources y afférentes représentent 30% de l'ensemble des financements. Il s'agit pour la plus grande partie du financement du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

La « **Viabilisation du district de santé** » représente 29% du coût global du PNDS dont la majeure partie concerne la réhabilitation/rénovation, la construction des infrastructures sanitaires et l'acquisition des équipements médico-sanitaires. Les coûts les plus importants restent ceux de la construction de deux hôpitaux de référence dans la période, notamment ceux de Garoua et de Bamenda. **Le programme de Gouvernance** représente 27% du coût global du PNDS. Son contenu est principalement composé des coûts liés au fonctionnement des structures de santé (y compris les salaires).

La « **Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant** », représente 13% du coût global. La vaccination et la CARMMA constituent les projets les plus importants de ce programme.

Les besoins de financement de **la Promotion de la santé** restent assez insignifiants pour une double raison :

- les activités de promotion de la santé se diluent dans les projets et programmes de lutte contre la maladie ;
- les nouveaux projets liés à la promotion de la santé sont en cours de maturation.

Il est important de signaler que les autres programmes bénéficient des résultats de la « Viabilisation du district de santé »

#### 4.2.2 Structure des coûts par niveau d'exécution

Tableau 31 : Structure des coûts par niveau de la pyramide sanitaire (en milliards de F CFA)

Niveau	Total	%
Central	394,5	29%
Contrepartie	62,2	5%
Intermédiaire	50,2	4%
Opérationnel	651,3	48%
Programmes et Projets	185,2	14%
<b>Total général</b>	<b>1 343,3</b>	<b>100%</b>

Le niveau central pèse pour 29% de l'enveloppe globale. 48% de ressources ont été affectées de manière spécifique au niveau opérationnel. Les ressources affectées au niveau intermédiaire sont stabilisées à un niveau raisonnable (4%).

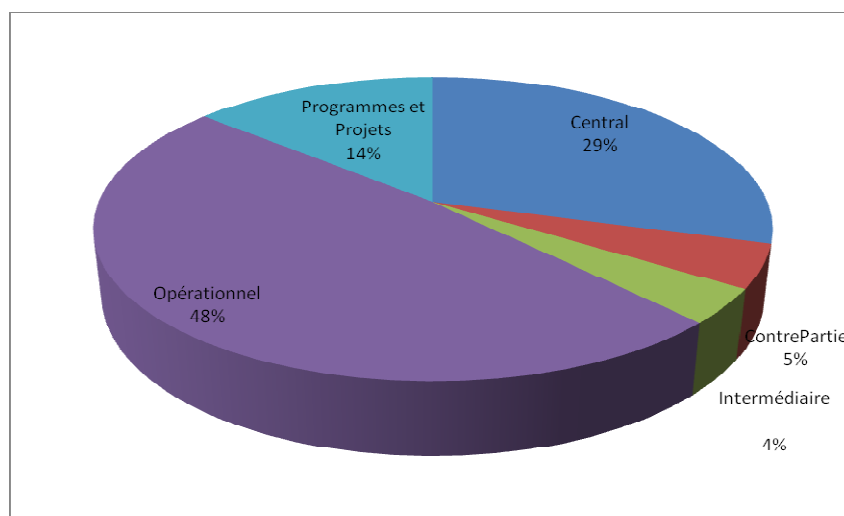


Figure 21 : Répartition des coûts par niveau de la pyramide sanitaire

### 4.2.3 Structure des coûts par sources de financement

En regroupant un certain nombre de partenaires dont les financements sont déclinés annuellement et qui permettent de dégager une analyse par type d'intervention, on obtient le tableau ci-dessous :

**Tableau 32 : Structure des coûts par bailleur de fonds exploités par type d'intervention (en milliards de F CFA)**

Bailleur	2011	2012	2013	2014	2015	Total général
ETAT <sup>37</sup>	114,53	129,96	135,62	131,24	132,83	644,19
Fonds de Contrepartie	0,33					0,33
C2D	28,60	0,02	0,02			28,63
BAD	1,22					1,22
Banque Mondiale	4,15	0,03				4,18
GAVI	9,62	11,28	15,40	14,08	15,72	66,09
GLOBAL FUND	43,07	51,41	56,44	69,91	71,21	292,05
GIZ	0,02	0,02				0,04
HKI	0,01	0,10	0,03	0,00	0,10	0,23
KFW	1,64					1,64
OMS	0,94	1,44	0,53	0,69	0,91	4,50
PLAN CAMEROUN			0,01			0,01
Sabine Vaccine Institute (SVI)	0,02	0,02				0,03
UNESCO	0,24					0,24
UNFPA	2,95					2,95
UNICEF	1,75	3,33	0,53	0,50	2,68	8,79
A Rechercher <sup>38</sup>	3,00	35,84	67,84	85,37	96,16	288,22
<b>Total général</b>	<b>212,09</b>	<b>233,44</b>	<b>276,41</b>	<b>301,79</b>	<b>319,62</b>	<b>1 343,34</b>

Une quinzaine de partenaires du secteur santé dont l'Etat sont potentiellement partie prenante au financement du PNDS. Les engagements de la plupart des partenaires se limitent à deux ans (2011 et 2012) ; ce qui ne permet pas un cadrage budgétaire quinquennal qui prend en compte l'ensemble des PTF. Par ailleurs, certains ne disposent pas d'un cadrage par type d'intervention, ce qui ne permet pas d'avoir une bonne lisibilité des orientations de leur financement. Il s'agit notamment de la KFW, GIZ, BM et C2D pour la période 2012–2015.

Conformément aux données financières actuellement disponibles, l'Etat et le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme vont financer ce plan à hauteur de 70%, soit respectivement 47,95% et 21,74%. La contribution de GAVI représente environ 5% de ce cadrage budgétaire.

Le tableau qui présente la totalité des financements sûrs y compris ceux qui ne disposent pas d'une déclinaison annuelle et technique se trouve en annexe.

<sup>37</sup> Il s'agit des prévisions de financement public de dépenses en santé des ministères suivants : MINSANTE, MINPROFF, MINJEUN, MINTSS ; il y manque le MINDEF, MINAS, les ministères du secteur Education et les sociétés para publiques.

<sup>38</sup> Autres intervenants nationaux du secteur et autres financements extérieurs.

## 4.2.4 Structure des coûts par rapport à la nature de la dépense

Tableau 33 : Structure des coûts par nature de dépense (en milliards de F CFA)

Nature de dépense	Nature Economique	2011	2012	2013	2014	2015	Total général
<b>Fonctionnement</b>	Autres (biens et services)	14,2	20,8	23,9	23,6	28,7	111,2
	Fonctionnement des structures (y compris les salaires)	81,9	72,1	73,1	72,7	72,7	372,6
	Médicaments, Vaccins et dispositifs médicaux	46,8	30,1	34,6	35,1	39,7	186,4
	Prévention, Dépistage et PEC des cas (y compris MII, ARV, etc.)	7,8	32,1	33,9	41,7	42,4	157,8
<b>Total Fonctionnement</b>		<b>150,6</b>	<b>155,2</b>	<b>165,5</b>	<b>173,1</b>	<b>183,5</b>	<b>827,9</b> <b>62%</b>
<b>Investissement</b>	Autres	29,3	39,7	48,2	51,5	56,7	225,4
	Energie	0,3	0,2	1	0,3	0,3	2,2
	Equipement	2,1	6,1	7,7	10,5	10,3	36,6
	Formations	4	3,1	2,9	2,6	2,6	15,3
	Infrastructure	23,1	26,6	48,8	60,1	62,9	221,5
	Matériel roulant	0,6	1,3	0,9	2,3	2	7,1
	Subventions	2,1	1,3	1,3	1,3	1,3	7,5
<b>Total Investissement</b>		<b>61,4</b>	<b>78,3</b>	<b>111</b>	<b>128,7</b>	<b>136,1</b>	<b>515,5</b> <b>38%</b>
<b>Total général</b>		<b>212,1</b>	<b>233,4</b>	<b>276,4</b>	<b>301,8</b>	<b>319,6</b>	<b>1 343,30</b>

La répartition des ressources par nature de dépense montre qu'en moyenne 62% de l'enveloppe sera alloué au fonctionnement des structures et 38% à l'investissement.

L'analyse plus détaillée de chacune des rubriques montre que pour ce qui est du fonctionnement, la grosse part des ressources (45%) sera affectée au fonctionnement des formations sanitaires, aux médicaments/vaccins et dispositifs médicaux (23%) ainsi qu'aux activités de prévention, dépistage et prise en charge des cas de maladies (19%). Seuls 13% seront réservées aux biens et services.

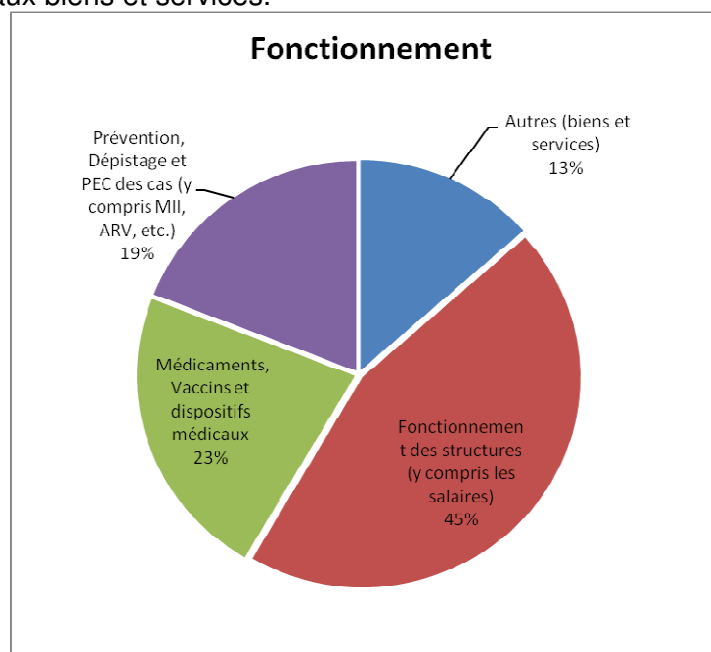


Figure 22 : Répartition des coûts de fonctionnement par nature économique

Pour ce qui est de l'investissement, avec le lancement des grands chantiers de construction/équipement, le volet infrastructure (43%) reste dominant. L'équipement des structures sanitaires (7%), les formations (3%), les subventions (2%), le renforcement de la logistique de transport (motos, hors bord, véhicule utilitaire) ainsi que la maîtrise de l'énergie seront modestement pris en charge dans le cadre de ce PNDS.

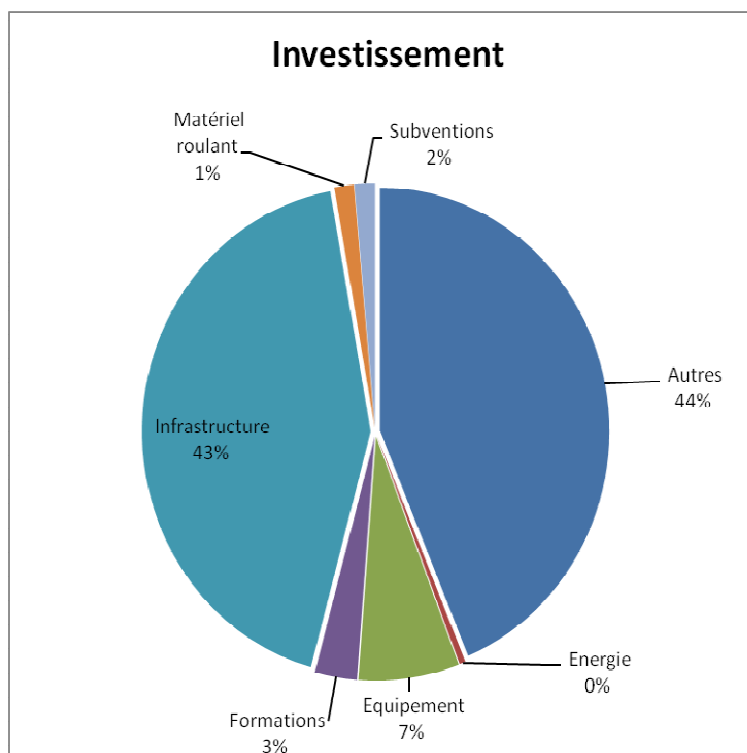


Figure 23 : Répartition des coûts d'investissement par nature économique

#### 4.2.5 Structure des coûts par OMD lié à la santé

Tableau 34 : Structure des coûts par OMD (en milliards de F CFA)

OMD	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total général
OMD1	Confère OMD 4 et 5					
OMD4	21	22	25	26	34	129
OMD5	6	5	5	10	8	34
OMD6	55	62	68	80	82	347
<b>Total général</b>	<b>82</b>	<b>90</b>	<b>98</b>	<b>115</b>	<b>124</b>	<b>509</b>

Les besoins liés aux interventions directement concernées par les OMD sont de F CFA 509 milliards, soit 38% du montant total du coût du PNDS, avec une plus grande dotation qui revient à l'OMD 6 (347 milliards), soit 68,17% du coût total des OMD. Ceci démontre l'engagement du Gouvernement à mettre un accent particulier sur la lutte contre la maladie. De même, un effort important sera fait pour inverser la tendance en matière de la mortalité maternelle (OMD 5) et de la mortalité infantile (OMD 4).

Les principaux projets développés sur l'OMD 4 portent sur la vaccination et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Pour ce qui est de l'OMD 5, seul le projet sur la CARMMA a atteint un niveau de maturité permettant d'atteindre les résultats escomptés.

Pour ce qui est de l'OMD 6, les projets concernés portent sur la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que les projets en rapport avec les maladies tropicales négligées et les maladies non transmissibles.

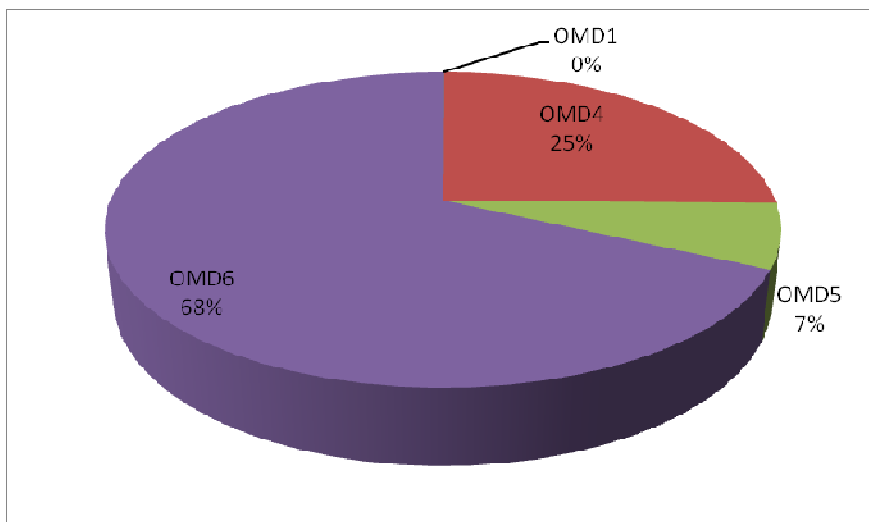


Figure 24 : Répartition des coûts par OMD lié à la santé

### 4.3 Stratégie de viabilité financière du PNDS

La stratégie de viabilité financière du PNDS sera basée sur trois principaux piliers (axes) :

- l'ancrage institutionnel du cadrage budgétaire ;
- la fiabilité financière ;
- la mobilisation des ressources additionnelles.

#### **Axe 1 : L'ancrage institutionnel du cadrage budgétaire**

La présente programmation budgétaire du PNDS 2011-2015 doit être comprise non seulement comme un cadrage financier mais surtout comme un cadrage technique. La référence aux coûts ici programmés ne se fera pas sans la prise en compte des résultats techniques associés. Tout bilan financier doit être assorti de l'exécution physique et de la mesure des résultats techniques attendus.

En ce qui concerne le sous secteur public, elle servira de base à l'élaboration du budget programme du Ministère de la Santé Publique et des ministères apparentés à la santé pour leur volet santé.

Par ailleurs, ce cadrage devra servir d'arguments de plaidoyer pour plus de mobilisation des ressources.

Pour assurer cette cohérence, il est fortement recommandé qu'une lettre circulaire du Chef du Gouvernement mentionne clairement la référence obligatoire au présent document lors de l'élaboration de la Loi des finances.

En outre, le Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la SSS, adressera une lettre circulaire à tous les intervenants du secteur santé (y compris le sous secteur privé et OSC) afin qu'ils se réfèrent aux cadrages techniques et financiers dans toutes les étapes de planification opérationnelle, et qu'ils utilisent les résultats produits pour renseigner les indicateurs de base du système sectoriel de suivi et d'évaluation.

Enfin, les différentes initiatives de financement qui se développeront au cours de la période devront se référer à ce cadrage, engageant davantage le Gouvernement et les PTF à sa prise en compte lors des accords de financement (bilatéraux ou multilatéraux), ainsi que lors de la validation des plans d'action directement financés par ces PTF.

L'élaboration du cadrage budgétaire du PNDS 2011-2015 a veillé au maintien de la cohésion entre ce dernier et les différents outils du système national de planification que sont le Plan d'Actions Prioritaires, le budget programme, le CDMT sectoriel et le CBMT central.

## **Axe 2 : La fiabilité du financement**

La mise en œuvre complète du dispositif du *budget survey* et du *budget tracking* permettra de fiabiliser davantage le présent cadrage budgétaire. Il s'agira notamment :

- de maîtriser, au niveau des structures de coordination de l'exécution des budgets, l'allocation des quotas en fonction de la capacité de consommation ;
- de dynamiser le dispositif de remontée de l'information financière avec une consolidation périodique par échelle de la pyramide sanitaire ;
- d'inscrire au budget annuel uniquement les budgets dont la maturité est clairement établie ;
- de codifier de manière efficace les opérations budgétaires pour faciliter la mobilisation des ressources.

Par ailleurs, le comité PPBS contribuera à une meilleure harmonisation des allocations budgétaires et un meilleur suivi de l'exécution des plans d'actions.

## **Axe 3 : La mobilisation des ressources**

Le présent PNDS a été élaboré dans un contexte présentant à la fois des opportunités certaines de financement et des menaces réelles à la mobilisation des ressources additionnelles.

**Pour ce qui est des opportunités on peut citer :**

- **l'Approche Sectorielle ou SWAp** basée sur cinq piliers : (1) Une stratégie sectorielle de santé ; (2) Un Programme commun ; (3) des mécanismes de financement et des modalités de décaissement communément acceptés ; (4) Un Système intégré de suivi évaluation ; (5) Un Memorandum d'entente. Elle conduit de ce fait à une meilleure rationalisation de l'utilisation des ressources et à l'institution d'un cadre de concertation entre les différents intervenants du secteur.
- **le développement du Partenariat Public-Privé** en cours à travers la stratégie partenariale qui définit le cadre d'harmonisation des relations contractuelles et propose des outils pour coordonner avec transparence et efficacité les actions de partenariat entre les différents acteurs du secteur santé. Il s'agira notamment de la contribution des entreprises et des organisations patronales au financement des interventions de santé ainsi que de la subvention des partenaires privés prestataires de soins.

A titre d'exemple, quelques interventions ont clairement été identifiées et font l'objet des conventions de partenariat. Il s'agit, notamment de :

- la lutte contre le VIH/SIDA en milieu professionnel ;
  - la contribution des structures sanitaires des réseaux confessionnels aux activités de masses telles que la vaccination et la prise en charge des grossesses et des accouchements au niveau opérationnel.
- **l'admission du Cameroun à l'initiative IHP+** qui permettra de compter sur de nouveaux partenaires intéressés par le financement de la santé au Cameroun ;

- **la décentralisation** avec le transfert des compétences et des ressources par l'Etat aux CTD en cours au Cameroun ; le MINSANTE va intensifier les actions de plaidoyer auprès des CTD pour que celles-ci mobilisent davantage de ressources en faveur du secteur santé.

**Pour ce qui concerne les menaces** susceptibles de limiter les ressources nécessaire à la mise en œuvre du PNDS 2011-2015, il faut noter entre autres :

- le désengagement de certains partenaires ;
- l'orientation du DSCE qui met la priorité sur les secteurs productifs au détriment des secteurs sociaux tels que la santé ;
- le refus d'alignement de certains PTF.

En effet, pour des raisons d'indépendance vaccinale du pays, le Cameroun doit progressivement se préparer au retrait du plus gros bailleur dans le domaine qu'est GAVI. De même, la santé n'a pas été retenue dans le C2D de deuxième génération. La mise en œuvre des réformes du système des finances publiques conduit inexorablement à l'annulation des fonds spéciaux que sont les allègements PPTTE et IADM. Toutes ces ressources qui présentent une très grande souplesse dans leur mobilisation feront défaut au système de santé qui doit s'adapter au nouveau dispositif de financement en mettant un accent sur l'appropriation des techniques de mobilisation des ressources y afférentes.

La mobilisation des ressources pour la santé passera par une meilleure planification et priorisation des interventions, le respect du calendrier budgétaire, et l'amélioration du système de gestion des ressources financières (recettes propres et budget alloué). Pour le faire, il sera nécessaire de développer et mettre en place un dispositif d'appui au développement technique et à la maturation des projets économiques de santé.

Pour assurer le financement de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015, le Gouvernement et les PTF doivent veiller à ce que toute convention de financement soit nécessairement adossée sur un dossier technique ayant atteint un niveau de maturité avéré notamment (i) une bonne déclinaison technique des interventions à mettre en œuvre ; (ii) une programmation financière soutenable (en cohérence avec les exigences du PNDS 2011-2015 et réalisable dans le cadre de l'environnement budgétaire national) ; (iii) la disponibilité des études techniques préalables de faisabilité.

#### **4.4 Cadrage budgétaire du PNDS 2011- 2015 détaillé par ministère**



# Cadrage budgétaire du PNDS ( 2011 - 2015 )

## SECTEUR DE LA SANTE

**Objectif sectoriel** Renforcer le système de santé et améliorer le financement de la demande

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant			

## MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Gouvernance et Amélioration des conditions de travail

#### Amélioration des conditions de travail

##### Développement du parc automobile du Ministère de la Santé Publique

Acquisition des ambulances	CSI	Ambulance	33 750	236 250	7,0	236 250												RE	DON	BAD
	FS	Ambulance	35 000	1 365 000				9,0	315 000	10,0	350 000	10,0	350 000	10,0	350 000			RI / O	RIO	ETAT
	FS	Ambulance	36 800	184 000	5,0	184 000												RI / O	RIO	ETAT
Acquisition des hors bord	SSD	Hors Bords	15 000	120 000				6,0	90 000	2,0	30 000							RI / O	RIO	ETAT
Acquisition des Motos	FS	Moto	1 500	303 000	2,0	3 000	50,0	75 000	50,0	75 000	50,0	75 000	50,0	75 000				RI / O	RIO	ETAT
Acquisition des véhicules de Service	SSD	Vehicule	25 000	1 400 000	4,0	100 000	22,0	550 000	10,0	250 000	10,0	250 000	10,0	250 000				RI / O	RIO	ETAT
Total Développement du parc automobile du Ministère de la Santé Publique					3 608 250			523 250		1 030 000		705 000		675 000		675 000				

##### Fonctionnement des structures

Appui au fonctionnement des structures	directions,SW AP,DRSP	FF	1 257 144	1 257 144	1,0	1 257 144												RI / S	RIS	C2D	
	Régions Extrême Nord, Nord, Adamaoua et Sud	FF	1 141 000	1 141 000	1,0	1 141 000												RI / S	RIS	C2D	
Fonctionnement des CMA	CMA	FF	3 152 490	4 016 305	1,0	2 864 551	1,0	287 939	1,0	287 939	1,0	287 939	1,0	287 939				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des CSI	CSI	FF	2 316 700	5 342 800	1,0	1 308 000	1,0	1 008 700	1,0	1 008 700	1,0	1 008 700	1,0	1 008 700				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des DRSP ( y compris les structures de dialoguen)	DRSP	FF	15 778 103	31 951 358	1,0	10 387 018	1,0	5 391 085	1,0	5 391 085	1,0	5 391 085	1,0	5 391 085				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des écoles de formation	Ecoles	FF	870 432	1 891 080	1,0	530 216	1,0	340 216	1,0	340 216	1,0	340 216	1,0	340 216				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des HD	HD	FF	6 706 142	16 813 334	1,0	3 337 078	1,0	3 369 064	1,0	3 369 064	1,0	3 369 064	1,0	3 369 064				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des hôpitaux centraux	HC	FF	559 199	1 110 566	1,0	375 410	1,0	183 789	1,0	183 789	1,0	183 789	1,0	183 789				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des HR	HR	FF	310 906	1 554 530	1,0	310 906	1,0	310 906	1,0	310 906	1,0	310 906	1,0	310 906				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des Programmes / Comité	Comités/programmes	FF	4 212 527	7 238 627	1,0	3 203 827	1,0	1 008 700	1,0	1 008 700	1,0	1 008 700	1,0	1 008 700				RI / O	RIO	ETAT	
	PAISS	FF	224 569	673 707	3,0	673 707												RE	DON	Banque Mondiale	
	PAISS	FF	166 422	166 422	1,0	166 422												RE	RIO	Fonds de Contre-Partie	
Fonctionnement des Services centraux	Services centraux	FF	90 392 511	232 943 14	1,0	42 875 633	1,0	47 516 878	1,0	47 516 878	1,0	47 516 878	1,0	47 516 878				RI / O	RIO	ETAT	
Fonctionnement des SSD	SSD	FF	17 500 641	43 778 694	1,0	8 741 290	1,0	8 759 351	1,0	8 759 351	1,0	8 759 351	1,0	8 759 351				RI / O	RIO	ETAT	
Organisation des campagnes de sensibilisation des populations des DS bénéficiaires dans les 04 régions (LT, SW, NW, OU)	DS	FF	20 000	80 000				1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000				RI / O	RIO	ETAT
Renforcement des capacités des FRPS (structures de dialogue) existants	FRPS	FF	10 000	40 000				1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000				RI / O	RIO	ETAT
Total Fonctionnement des structures					349 998 712			77 172 202		68 206 628		68 206 628		68 206 628		68 206 628					

##### Mise en oeuvre du schéma directeur informatique

Developpement / Acquisition de logiciels pour le MINSANTE (logiciels de Base)	CI	FF	156 000	351 000	1,0	151 000	17,0	85 000	23,0	115 000								RI / O	RIO	ETAT	
	DRH	FF	125 600	125 600				1,0	125 600										RI / O	RIO	ETAT
Développement des infrastructures informatiques (Poste de travail, serveur, imprimante et autres périphériques)	Services centraux	FF	4 000	336 000				14,0	56 000	70,0	280 000							RI / O	RIO	ETAT	
	CI	FF	201 000	201 000	1,0	201 000													RI / O	RIO	ETAT
Développement des infrastructures informatiques (réseau,	CI	FF	72 000	72 000	1,0	72 000													RI / O	RIO	ETAT

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			Internet, Intranet, Téléphonie sur IP)																		
			Total Mise en oeuvre du schéma directeur informatique				1 085 600		424 000		266 600		395 000		0		0				
			Subvention aux hôpitaux et structures de santé																		
			Subvention aux écoles de formation privées	Ecoles	Ecoles	2 000	240 000			30,0	60 000	30,0	60 000	30,0	60 000	30,0	60 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Subvention aux Faculté de Médecine	FMSB	Faculté	30 000	450 000	3,0	90 000	3,0	90 000	3,0	90 000	3,0	90 000	3,0	90 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Subvention aux ONG et associations	ONG & Associations	ONG &	5 000	200 000			10,0	50 000	10,0	50 000	10,0	50 000	10,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Subvention aux Ordres	Ordres	Ordres	10 000	190 000	3,0	30 000	4,0	40 000	4,0	40 000	4,0	40 000	4,0	40 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Subvention pour hôpitaux généraux et assimilés	HG & assimilés	FF	1 875 000	1 875 000	1,0	1 875 000									RI / O	RIO	ETAT	
				HG & assimilés	HG	200 000	3 200 000			4,0	800 000	4,0	800 000	4,0	800 000	4,0	800 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Subvention pour les hôpitaux Centraux / nationaux	HC	HC	100 000	1 300 000	1,0	100 000	3,0	300 000	3,0	300 000	3,0	300 000	3,0	300 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Subvention aux hôpitaux et structures de santé			7 455 000			2 095 000		1 340 000		1 340 000		1 340 000		1 340 000				
			Total Amélioration des conditions de travail			362 147 562			80 214 452		70 843 228		70 646 628		70 221 628		70 221 628				
			Gouvernance																		
			Réforme hospitalière																		
			Actualisation et vulgarisation des textes	DAJC	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Mise en place d'un cadre juridique de la participation communautaire en relation avec la décentralisation des institutions publiques	DAJC	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Préparation et Publication du code d'éthique dans les FS	-	FF	15 000	60 000			1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Réforme hospitalière			140 000			0		35 000		35 000		35 000		35 000				
			Renforcement du contrôle et de l'audit Internes																		
			Développement des outils d'évaluation du degré de satisfaction des usagers dans les FS contractualisées	IG	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Elaboration et diffusion des normes, standards, manuels et protocoles de soins	IG	Norme	10 000	40 000			2,0	20 000	2,0	20 000					RI / O	RIO	ETAT	
				IG	null	5 000	15 000	3,0	15 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Formation des inspecteurs à l'audit	IG	Session	10 000	40 000			2,0	20 000	2,0	20 000					RI / O	RIO	ETAT	
			Missions d'inspection sur le respect du code d'éthique	IG	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Missions de contrôle de l'exécution des textes actualisés	IG	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Renforcement du contrôle et de l'audit Internes			215 000			15 000		70 000		70 000		30 000		30 000				
			Total Gouvernance			355 000			15 000		105 000		105 000		65 000		65 000				
			Total Gouvernance et Amélioration des conditions de travail			362 502 562			80 229 452		70 948 228		70 751 628		70 286 628		70 286 628				
			Lutte contre la Maladie																		
			Lutte contre le paludisme et la tuberculose																		
			Lutte contre la tuberculose au Cameroun																		
			Advocacy Communication and Social Mobilization (ACSM)	GTC-Tuberculose	FF	526 089	692 486	1,0	199 867	1,0	159 825	1,0	166 397	1,0	166 397			RE	DON	GLOBAL FUND	
			Autres Construction d'Infrastructure	GTC-Tuberculose	FF	30 000	90 000	3,0	90 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des clôtures dans les formations sanitaires	GTC-Tuberculose	FF	15 000	45 000	3,0	45 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Dépistage et prise en charge globale de la tuberculose	GTC-Tuberculose(FCP)	FF	8 000	8 000	1,0	8 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			High Quality DOTS	GTC-Tuberculose	FF	646 516	1 392 387	1,0	167 651	1,0	105 930	1,0	372 935	1,0	372 935	1,0	372 935	RE	DON	GLOBAL FUND	
			High-risk groups	GTC-Tuberculose	FF	725 615	1 005 481	1,0	130 901	1,0	454 781	1,0	139 933	1,0	139 933	1,0	139 933	RE	DON	GLOBAL FUND	

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			MDR-TB	GTC-Tuberculose	FF	377 338	765 629	1,0	70 266	1,0	112 927	1,0	194 145	1,0	194 145	1,0	194 145	RE	DON	GLOBAL FUND	
			National Health Management Information System (NHMIS)	GTC-Tuberculose	FF	359 315	714 355			1,0	181 795	1,0	177 520	1,0	177 520	1,0	177 520	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Operational Research	GTC-Tuberculose	FF	143 118	236 520	1,0	19 978	1,0	76 438	1,0	46 702	1,0	46 702	1,0	46 702	RE	DON	GLOBAL FUND	
			PAL (Practical Approach to Lung Health)	GTC-Tuberculose	FF	31 066	42 586	1,0	10 142	1,0	15 164	1,0	5 760	1,0	5 760	1,0	5 760	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Patient support	GTC-Tuberculose	FF	39 922	100 182	1,0	19 584	1,0	19 584	1,0	20 338	1,0	20 338	1,0	20 338	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Procurement and supply management (First line drugs)	GTC-Tuberculose	FF	1 904 900	3 730 621	1,0	866 677	1,0	125 363	1,0	912 860	1,0	912 860	1,0	912 860	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Programme management and Administration cost	GTCL-Tuberculose	FF	404 211	1 212 633					1,0	404 211	1,0	404 211	1,0	404 211	RE	DON	GLOBAL FUND	
				GTC-Tuberculose	FF	1 073 373	1 073 373	1,0	600 287	1,0	473 086							RE	DON	GLOBAL FUND	
				GTC-Tuberculose(FCP)	FF	42 000	42 000	1,0	42 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
Total Lutte contre la tuberculose au Cameroun							11 151 253		2 270 353		1 724 893		2 440 801		2 440 801		2 274 404				
Lutte contre le paludisme																					
			Achat de la SP pour le traitement preventif intermittent chez la femme enceinte	GTC-Paludisme	FF	0	49 500	4 500 000,	49 500									RE	DON	GLOBAL FUND	
			Achat des ACT pour la prise en charge des cas du paludisme	GTC-Paludisme	FF	1 809 652	2 516 028	4 307 169,	706 376	1,0	51 471	1,0	780 415	1,0	584 997	1,0	392 769	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Achat des Médicaments du Paludisme	GTC-Paludisme	FF	467 778	467 778	1,0	467 778									RI / O	RIO	ETAT	
			Achat et Distribution des Moustiquaires imprégnées Longue Durée d'Action (MILDA)	GTC-Paludisme	FF	146 000	146 000	1,0	146 000									RE	DON	BAD	
				GTC-Paludisme	FF	3 528 022	27 589 466	8 991 572,	24 061 447	1,0	8 472	1,0	1 149 623	1,0	1 173 041	1,0	1 196 883	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Acquisition des test diagnostiques rapides du paludisme et autres intants	GTC-Paludisme	FF	0	738 454	2 503 233,	738 454									RE	DON	GLOBAL FUND	
			Aspersion intra-domiciliaire	GTC-Paludisme	FF	3 000 000	3 000 000	1,0	3 000 000									RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
			Autres Dépenses de Personnel	GTC-Paludisme(FCP GLOBAL FUND)	FF	14 445	14 445	1,0	14 445									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Communication pour le changement du comportement(Education à la vie familiale et en matière de population )	GTC-Paludisme	FF	33 750	33 750	1,0	33 750									RE	DON	GLOBAL FUND	
			Coordination intégrée au niveau central	GTC-Paludisme(FCP GLOBAL FUND)	FF	45 634	45 634	1,0	45 634									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Dépistage et prise en charge globale du paludisme	GTC-Paludisme	FF	2 700 571	2 700 571			1,0	681 702	1,0	934 070	1,0	671 286	1,0	413 513	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Distribution des (MILDA)	GTC-Paludisme	FF	2 397 870	2 397 870	1,0	2 397 870									RE	DON	GLOBAL FUND	
			Fonctionnement des Programmes / Comité	GTC/PNLP	FF	98 000	98 000	1,0	98 000									RI / O	RIO	ETAT	
				GTC-Paludisme(FCP GLOBAL FUND)	FF	50	50	1,0	50									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Formation Continue des prestataires de soins pour la lutte contre le paludisme	GTC-Paludisme	FF	643 054	643 054			1,0	413 919	1,0	229 135					RE	DON	GLOBAL FUND	
				GTC-Paludisme	FF	91 658	91 658	1,0	91 658										RI / O	RIO	ETAT
				GTC-Paludisme(FCP GLOBAL FUND)	FF	19 871	19 871	1,0	19 871										RI / S	Contrepartie	ETAT
			Gestion du Projet /Programme	GTC-Paludisme	FF	4 919 721	4 919 721	1,0	1 353 776	1,0	891 467	1,0	987 456	1,0	850 528	1,0	836 494	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Monitoring and Evaluation (M&E)	GTC-Paludisme	FF	3 484 030	3 484 030			1,0	637 641	1,0	1 417 961	1,0	631 002	1,0	797 426	RE	DON	GLOBAL FUND	
			Suivi et évaluation de la lutte contre le paludisme	GTC-Paludisme	FF	1 223 242	1 223 242	1,0	1 223 242									RE	DON	GLOBAL FUND	

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant			
			Visite à domicile pour suivre l'utilisation des MILDA	GTC-Paludisme	FF	465 000	465 000	1,0	465 000									RE	DON	GLOBAL FUND
			Total Lutte contre le paludisme			50 644 122			34 912 851		2 684 672		5 498 660		3 910 854		3 637 085			
			Total Lutte contre le paludisme et la tuberculose			61 795 375			37 183 204		4 409 565		7 939 461		6 351 655		5 911 489			
			Lutte contre le VIH/SIDA																	
			Renforcement de la réponse nationale au VIH/Sida à travers la prévention et la prise en charge																	
			Achat et distribution des ARV et Autres médicaments (pour IST et infections opportunistes)	GTC-SIDA	FF	1 706 805	1 706 805	1,0	1 706 805									RI / O	RIO	ETAT
			Achat et distribution des ARV et les médicaments contre les infections opportunistes	GTC-SIDA( FCP )	FF	280 000	280 000	1,0	280 000									RI / S	Contrepartie	ETAT
			Achat et distribution des préservatifs masculins et féminins	GTC-SIDA	FF	167 464	167 464	1,0	167 464									RE	DON	GLOBAL FUND
			Acquisition et distribution des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	GTC-SIDA	FF	409 778	409 778	1,0	409 778									RI / O	RIO	ETAT
			Advocacy Communication and Social Mobilization (ACSM)	GTC-SIDA	FF	31 025 529	31 025 529	1,0	169 407	1,0	6 701 620	1,0	7 283 118	1,0	8 055 867	1,0	8 815 517	RE	DON	GLOBAL FUND
			Autres Dépenses de Personnel	GTC-SIDA( FCP )	FF	220 000	220 000	1,0	220 000									RI / S	Contrepartie	ETAT
			Célébration des Journées Mondiales ,africaines et Camerounaises de lutte contre la maladie	GTC-SIDA	FF	140 000	140 000	1,0	140 000									RI / O	RIO	ETAT
			Conseil et dépistage du VIH-SIDA dans la population générale	GTC-SIDA	FF	6 934 477	6 934 477	1,0	140 000					1,0	3 355 297	1,0	3 439 180	RE	DON	GLOBAL FUND
			Conseils et Dépistage précoce des cas dans la population générale	GTC-SIDA	FF	6 467 081	6 467 081			1,0	3 193 620	1,0	3 273 461					RE	DON	GLOBAL FUND
			Coordination intégrée au niveau central	GTC-SIDA	FF	528 110	528 110	1,0	528 110									RI / S	RIS	C2D
			Développement des infrastructures informatiques (Poste de travail, serveur, imprimante et autres périphériques)	GTC-SIDA	FF	27 000	27 000	1,0	27 000									RI / O	RIO	ETAT
			Diagnostic et prise en charge des IST	GTC-SIDA	FF	385 056	385 056			1,0	182 590	1,0	202 466					RE	DON	GLOBAL FUND
			Elaboration et diffusion des normes, standards, manuels et protocoles de soins	GTC-SIDA	FF	68 000	68 000	1,0	68 000									RI / O	RIO	ETAT
			Monitoring and Evaluation (M&E)	GTC-SIDA	FF	6 885 023	6 885 023			1,0	1 730 052	1,0	1 724 498	1,0	1 718 671	1,0	1 711 802	RE	DON	GLOBAL FUND
			Organisation des seminaires et ateliers	GTC-SIDA	FF	26 800	26 800	1,0	26 800									RI / O	RIO	ETAT
			Paiement des Arriérés pour travaux diverses	GTC-SIDA	FF	75 000	75 000	1,0	75 000									RI / O	RIO	ETAT
			Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)	GTC-SIDA	FF	13 507 073	13 507 073			2,0	3 196 542	1,0	2 119 046	2,0	3 898 160	2,0	4 293 325	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
				GTC-SIDA	FF	590 920	590 920	1,0	590 920									RE	DON	GLOBAL FUND
				GTC-SIDA	FF	14 919 769	10 364 559			1,0	1 917 925	1,0	3 531 743	1,0	2 338 896	1,0	2 575 995	RI / O	RIO	ETAT
			Prise en charge communautaire des PVVIH	GTC-SIDA	FF	6 913 869	6 913 869	1,0	876 356	1,0	1 481 504	1,0	1 493 139	1,0	1 523 240	1,0	1 539 630	RE	DON	GLOBAL FUND
			Prise en charge des IST	GTC-SIDA	FF	641 775	641 775	1,0	69 162					1,0	326 334	1,0	246 279	RE	DON	GLOBAL FUND
			Prise en charge médicale des PVVIH	GTC-SIDA	FF	117 254 760	117 254 760	1,0	2 286 372	1,0	24 276 196	1,0	25 202 998	1,0	32 532 048	1,0	32 957 146	RE	DON	GLOBAL FUND
				GTC-SIDA	FF	3 928 843	3 928 843	1,0	3 928 843									RI / S	RIS	C2D
			Programme management and Administration cost	GTC-SIDA	FF	2 400 102	3 470 552	1,0	1 329 651					1,0	1 070 451	1,0	1 070 451	RE	DON	GLOBAL FUND
			Protection juridique des PVVIH et personnes affectées	GTC-SIDA	FF	1 897 038	1 059 965			1,0	222 893	1,0	294 085	1,0	281 176	1,0	261 811	RI / O	RIO	ETAT
			Renforcement du Système Communautaire (RSC)	GTC-SIDA	FF	4 527 790	4 527 790	1,0	845 747	1,0	555 516	1,0	584 307	1,0	1 254 188	1,0	1 288 032	RE	DON	GLOBAL FUND
			Renforcement du Système de Santé (RSS)	GTC-SIDA	FF	10 164 780	10 164 780			1,0	3 200 934	1,0	3 347 096	1,0	1 763 184	1,0	1 853 566	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
				GTC-SIDA	FF	37 059 022	37 059 022	1,0	2 861 725	1,0	6 090 493	1,0	6 377 907	1,0	10 654 610	1,0	11 074 287	RE	DON	GLOBAL FUND
				GTC-SIDA	FF	16 941 299	6 776 520			1,0	2 133 956	1,0	2 231 397	1,0	1 175 456	1,0	1 235 711	RI / O	RIO	ETAT
			Soutien aux OEV	GTC-SIDA	FF	11 995 891	11 995 891	1,0	618 888	1,0	2 786 136	1,0	2 360 579	1,0	3 070 537	1,0	3 159 751	RE	DON	GLOBAL FUND
			Total Renforcement de la réponse nationale au VIH/Sida à travers la prévention et la prise en charge			283 602 442			17 366 028		57 669 977		60 025 840		73 018 115		75 522 483			
			Total Lutte contre le VIH/SIDA			283 602 442			17 366 028		57 669 977		60 025 840		73 018 115		75 522 483			



## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			<b>Lutte contre les maladies non transmissibles</b>																		
			<b>Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>																		
			Dépistage des cas( maladies non transmissibles)	-	FF	50 000	200 000			1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Prévention et contrôle des infections nosocomiales				200 000		0			50 000		50 000		50 000		50 000			
			Total Lutte contre les maladies non transmissibles				200 000		0			50 000		50 000		50 000		50 000			
			<b>Lutte contre les maladies tropicales négligées</b>																		
			<b>Contrôle de l'ulcère du buruli au Cameroun</b>																		
			Monitoring and Evaluation (M&E)	GTC	FF	13 000	13 000	1,0	13 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Prévention et dépistage des maladies au sein des populations et communautés vulnérables	-	FF	50 000	150 000					1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
				PNLUB	FF	50 000	50 000			1,0	50 000							RI / O	RIO	ETAT	
			Total Contrôle de l'ulcère du buruli au Cameroun				213 000		13 000			50 000		50 000		50 000		50 000			
			<b>Eradication de la lèpre au Cameroun</b>																		
			Dépistage précoce des maladies invalidantes	-	FF	50 000	150 000					1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
				PNLUB	FF	50 000	50 000			1,0	50 000							RI / O	RIO	ETAT	
			Formation Continue des prestataires de soins à la PEC des maladies	GTC	FF	10 000	10 000	1,0	10 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Total Eradication de la lèpre au Cameroun				210 000		10 000			50 000		50 000		50 000		50 000			
			<b>Lutte contre la schistosomiase et les helminthiases intestinales</b>																		
			Déparasitage des enfants	GTC	FF	100 000	100 000	1,0	100 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Dépistage précoce des maladies de l'adulte (Well adult clinic)	PNLSHISTO	FF	50 000	200 000			1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Lutte contre la schistosomiase et les helminthiases intestinales				300 000		100 000			50 000		50 000		50 000		50 000			
			<b>Lutte contre les maladies tropicales négligées</b>																		
			Dépistage des cas (maladies tropicales négligées)	DLM	FF	50 000	200 000			1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Prise en charge clinique des maladies tropicales négligées (MTN)	DLM	FF	50 000	200 000			1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Lutte contre les maladies tropicales négligées				400 000		0			100 000		100 000		100 000		100 000			
			Total Lutte contre les maladies tropicales négligées				1 123 000		123 000			250 000		250 000		250 000		250 000			
			<b>Médicament, réactifs et dispositifs médicaux</b>																		
			<b>Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels dans les structures du SYNAME</b>																		
			Acquisition de médicaments et petits intrants pour le choléra	DPM	FF	511 000	511 000	1,0	511 000									RE	DON	BAD	
			Approvisionnement en médicaments essentiels	5 HD et HR d'Ebolowa	FF	80 000	80 000	1,0	80 000									RE	DON	BAD	
				DPM	FF	34 229 906	38 898 106			1,0	8 192 881	1,0	8 531 276	1,0	10 982 126	1,0	11 191 823	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
				DPM	FF	24 819 936	20 151 737	1,0	2 000 000	1,0	5 461 920	1,0	5 687 517	1,0	3 468 040	1,0	3 534 260	RI / O	RIO	ETAT	
			Contrôle des prix des médicaments	DPM	FF	10 000	30 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000					RI / O	RIO	ETAT	
			Développement des infrastructures informatiques (Poste de travail, serveur, imprimante et autres périphériques)	DPM	FF	50 000	50 000	1,0	50 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Formation à la bonne gestion du médicament	DPM	Personne	500	15 000	15,0	7 500	15,0	7 500							RI / O	RIO	ETAT	
				DPM	Personne	500	7 500					15,0	7 500					RI / O	RIO	PLAN CAMEROUN	
			Mise en place des postes de contrôle aux portes d'entrée (Inspections pharmaceutiques)	DPM	FF	25 000	100 000			1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Organiser la tenue des réunions de la commission nationale des médicaments	DPM	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels dans les structures du SYNAME				59 883 343		2 658 500			13 707 301		14 271 293		14 485 166		14 761 083			

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant			
			Total Médicament, réactifs et dispositifs médicaux				59 883 343		2 658 500		13 707 301		14 271 293		14 485 166		14 761 083			
			Santé Mentale et comportements humains																	
			Promotion de la santé à travers la promotion du bilinguisme																	
			Promotion du bilinguisme en milieu hospitalier	DPS	FF	5 000	15 000	3,0	15 000									RI / O	RIO	ETAT
			Total Promotion de la santé à travers la promotion du bilinguisme				15 000		15 000		0		0		0		0			
			Total Santé Mentale et comportements humains				15 000		15 000		0		0		0		0			
			Surveillance intégrée des maladies et réponse																	
			Coordination de la lutte contre la maladie																	
			Autres Etudes dans le domaine de la Santé	DPS	FF	50 000	50 000	1,0	50 000									RI / O	RIO	ETAT
			Célébration des Journées Mondiales ,africaines et Camerounaises de lutte contre la maladie	DLM	FF	100 000	500 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT
			Elaboration et diffusion des normes, standards, manuels et protocoles de soins	DLM	FF	15 000	60 000			1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	RI / O	RIO	ETAT
			Elaboration/révision d'une politique de prise en charge des épidémies	DLM	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Elaborer et diffuser les outils de collecte et de traitement des données de surveillance	DLM	FF	15 000	60 000			1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	RI / O	RIO	ETAT
			Organiser la mise en place d'un réseau de laboratoires régionaux autour des laboratoires de référence	DLM	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Total Coordination de la lutte contre la maladie				750 000		150 000		150 000		150 000		150 000		150 000			
			Total Surveillance intégrée des maladies et réponse				750 000		150 000		150 000		150 000		150 000		150 000			
			Total Lutte contre la Maladie				407 369 160		57 495 732		76 236 843		82 686 594		94 304 936		96 645 055			
			Promotion de la Santé																	
			Communication intégrée en faveur des programmes de santé																	
			Développement de la promotion de la Santé																	
			Autres activités de promotion de la santé	DPS	FF	3 162 189	3 162 189			1,0	327 228	1,0	636 108	1,0	944 988	1,0	1 253 865	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
			Communication pour le CCC et enseignement formel(Education à la vie familiale et en matière de population (EVF/EMP))	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Conception et Elaboration et diffusion des spots de sensibilisation	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Développement du système de l'assurance qualité du médicament	DPS	FF	2 108 126	2 108 126			1,0	218 152	1,0	424 072	1,0	629 992	1,0	835 910	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
			Elaboration des guides de bonnes pratiques de fabrication /préparation et conservation	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Extension des activités de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) dans toutes les régions du pays et célébration de la Fin de la défécation à l'air libre (FDAL)	DPS	FF	30 000	120 000			1,0	30 000	1,0	30 000	1,0	30 000	1,0	30 000	RI / O	RIO	ETAT
			Inspection des établissements de production des denrées alimentaires	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Inspection et surveillance de la qualité de production des aliments	DPS	FF	100 000	400 000			1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT
			mise en place d'une alliance stratégique en santé environnementale	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Mise en place des projets de promotion de la santé à l'école en partenariat avec les communautés	DPS	FF	15 000	60 000			1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	RI / O	RIO	ETAT
			Normalisation et contrôle qualité	DPS	FF	1 581 094	1 581 094			1,0	163 614	1,0	318 054	1,0	472 494	1,0	626 932	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
			Production des supports éducatifs des programmes de santé (boîtes à Image, affiches, etc.)	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Promotion de la consommation des aliments adaptés et contrôlé	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Promotion des activités physiques et sportives	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant			
			Promotion locale des médicaments	DPS	FF	3 689 220	3 689 220			1,0	381 766	1,0	742 126	1,0	1 102 486	1,0	1 462 842	RE	DON	Autres Finex( A Recherche)
			Provision pour la promotion de la santé	DPS	FF	3 971 543	3 971 543			1,0	1 375 407	1,0	823 870	1,0	898 160		874 106	RI / O	RIO	ETAT
			Sensibilisation des populations sur la qualité des aliments	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Sensibilisation du personnel hospitalier à la prévention des infections nosocomiales	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Suivi de la gestion des points d'eau	DPS	FF	25 000	100 000			1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT
			Vulgarisation des bonnes pratiques déjà validées	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Vulgarisation des normes alimentaires	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Vulgarisation des outils éducatifs des programmes de santé	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Vulgarisation des techniques de potabilisation de l'eau de boisson auprès des communautés des DS	DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			<b>Total Développement de la promotion de la Santé</b>				15 752 172		0		2 776 167		3 254 230		4 358 120		5 363 655			
			<b>Total Communication intégrée en faveur des programmes de santé</b>				15 752 172		0		2 776 167		3 254 230		4 358 120		5 363 655			
			<b>Santé, nutrition et environnement</b>																	
			<b>Lutte contre le tabagisme la drogue et la toxicomanie au Cameroun</b>																	
			Campagne d'hygiène individuelle et collective	DPS	FF	25 000	100 000			1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT
			Causerie éducative	DPS	FF	15 000	60 000			1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	RI / O	RIO	ETAT
			Sensibilisation des populations	-	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			<b>Total Lutte contre le tabagisme la drogue et la toxicomanie au Cameroun</b>				200 000		0		50 000		50 000		50 000		50 000			
			<b>Total Santé, nutrition et environnement</b>				200 000		0		50 000		50 000		50 000		50 000			
			<b>Total Promotion de la Santé</b>				15 952 172		0		2 826 167		3 304 230		4 408 120		5 413 655			
			<b>Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant</b>																	
			<b>Santé de l'adolescent</b>																	
			<b>Developpement de la Santé de l'adolescent</b>																	
			Autres Dépenses de Personnel	Programme de suivi du jeune enfant( FCP UNICEF)	FF	15 000	15 000	1,0	15 000									RI / S	Contrepartie	ETAT
			carburant et lubrifiant pour véhicules automobiles,groupes électrogènes et autres engins	Programme de suivi du jeune enfant( FCP UNICEF )	FF	5 000	5 000	1,0	5 000									RI / S	Contrepartie	ETAT
			Coordination intégrée au niveau central	Programme de suivi du jeune enfant( FCP UNICEF)	FF	55 000	55 000	1,0	55 000									RI / S	Contrepartie	ETAT
			Elaboration d'un guide national de prise en charge des OEV au Cameroun	DSF	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Encadrement socioéconomique des familles d'accueil des OEV IEC/CCC en santé de la reproduction des adolescents en milieu scolaire et extrascolaire	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Institutionnalisation du parrainage(élaboration d'un guide) des OEV	projet BAD-UNESCO	FF	238 312	238 312	1,0	238 312									RE	DON	UNESCO
			Lutte contre la stigmatisation et la discrimination des OEV	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Mobilisation sociale (pour la luute contre les pratiques néfastes)	DSF	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Prise en charge médicale des OEV	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Prise en charge nutritionnelle des OEV	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT
			Prise en charge psychosociale des OEV	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT



## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			Prise en charge scolaire des OEV	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			prise en charge vestimentaire des OEV	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Prise en charges des victimes dans le cadre de la Lutte contre les pratiques néfastes (mutilations génitales, toxicomanie, repassage des seins, etc., ...)	DSF	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Promotion de la surveillance de la croissance de l'enfant à base communautaire	DSF	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Promotion des Actions Essentielles en Nutrition et des pratiques d'hygiène chez le jeune enfant	DSF	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Révision/diffusion des outils d'identification des OEV	DSF/CNLS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Sante Reproductive de l'Adolescent	DSF	FF	15 000	60 000			1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	1,0	15 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Soutien juridique aux OEV et leurs familles	DAJC/DSF	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			visite à domicile des enfants de la rue	DSF	FF	5 000	20 000			1,0	5 000	1,0	5 000	1,0	5 000	1,0	5 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Developpement de la Santé de l'adolescent				993 312			313 312		170 000		170 000		170 000					
			Total Santé de l'adolescent				993 312			313 312		170 000		170 000		170 000					
			Santé de l'enfant																		
			Amélioration de la couverture vaccinale																		
			Coordination intégrée au niveau central	GTC-PEV( FCP GAVI)	FF	20 000	20 000	1,0	20 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Gestion du Projet /Programme	GTC-PEV	FF	50 000	50 000	1,0	50 000									RE	DON	GAVI	
				GTC-PEV	FF	7 557	15 228	1,0	5 000	1,0	2 557	1,0	2 557	1,0	2 557	1,0	2 557	RE	DON	HKI	
				GTC-PEV	FF	24 000	96 000			1,0	24 000	1,0	24 000	1,0	24 000	1,0	24 000	RE	DON	OMS	
				GTC-PEV	FF	15 000	30 000	1,0	15 000	1,0	15 000							RE	DON	Sabine Vaccine Institute (SVI)	
				GTC-PEV	FF	47 728	100 228	1,0	30 228	1,0	17 500	1,0	17 500	1,0	17 500	1,0	17 500	RE	DON	UNICEF	
				GTC-PEV	FF	430 428	430 428	1,0	33 446	1,0	79 881	1,0	100 352	1,0	106 039	1,0	110 710	RI / O	RIO	ETAT	
				GTC-PEV( FCP GAVI)	FF	180 000	180 000	1,0	180 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Logistiques, Matériels et autres Approvisionnements	GTC-PEV	FF	50 000	150 000			1,0	50 000			1,0	50 000	1,0	50 000	RE	DON	OMS	
				GTC-PEV	FF	27 500	27 500			1,0	25 000			1,0	2 500			RE	DON	UNICEF	
				GTC-PEV	FF	8 478 574	4 478 574	1,0	1 401 338	1,0	989 410	1,0	745 063	1,0	707 611	1,0	635 152	RI / O	RIO	ETAT	
				GTC-PEV( FCP GAVI)	FF	30 000	30 000	1,0	30 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Mobilisation sociale (MOBSOC)	GTC-PEV	FF	11 244 937	15 126 732					1,0	3 656 853	1,0	3 706 290	2,0	7 763 589	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
				GTC-PEV	FF	209 061	209 061	2,0	209 061									RE	DON	GAVI	
				GTC-PEV	FF	340 174	340 174			1,0	8 687	1,0	70 894	1,0	25 000	2,0	235 593	RE	DON	OMS	
				GTC-PEV	FF	251 301	449 301	2,0	65 801	2,0	73 000	2,0	123 000	2,0	125 000	2,0	62 500	RE	DON	UNICEF	
				GTC-PEV	FF	17 401 574	17 401 574	2,0	5 375 131	2,0	4 106 461	2,0	2 597 162	2,0	2 659 957	2,0	2 662 863	RI / O	RIO	ETAT	
			Monitoring and Evaluation (M&E)	GTC-PEV	FF	3 375	3 375	1,0	3 375									RE	DON	GAVI	
				GTC-PEV	FF	12 500	12 500					1,0	12 500					RE	DON	HKI	
				GTC-PEV	FF	805 463	892 963	1,0	217 893	1,0	249 871	1,0	87 500	1,0	250 199	1,0	87 500	RE	DON	OMS	
				GTC-PEV	FF	136 305	186 305			1,0	86 305	1,0	50 000			1,0	50 000	RE	DON	UNICEF	
				GTC-PEV	FF	988 213	831 131	1,0	145 887	1,0	71 283	1,0	268 430	1,0	188 449	1,0	157 082	RI / O	RIO	ETAT	
			Vaccins ,Matériels d'injection et tests	GTC-PEV	FF	61 580 997	61 580 997	1,0	7 940 831	1,0	9 864 923	1,0	13 979 815	1,0	14 078 942	1,0	15 716 486	RE	DON	GAVI	
				GTC-PEV	FF	207 261	207 261			1,0	94 761	1,0	12 500			1,0	100 000	RE	DON	HKI	
				GTC-PEV	FF	3 019 562	3 019 562	1,0	718 000	1,0	1 107 550	1,0	344 000	1,0	337 500	1,0	512 512	RE	DON	OMS	

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
				GTC-PEV	FF	6 962 165	6 962 165	1,0	869 707	1,0	2 847 403	1,0	337 460	1,0	353 146	1,0	2 554 449	RE	DON	UNICEF	
				GTC-PEV	FF	14 273 039	14 273 039	1,0	2 188 989	1,0	2 381 720	1,0	2 839 478	1,0	3 242 192	1,0	3 620 660	RI / O	RIO	ETAT	
				GTC-PEV( FCP GAVI)	FF	470 000	470 000	1,0	470 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Total Amélioration de la couverture vaccinale				127 574 098			19 969 687		22 095 312		25 269 064		25 876 882		34 363 153			
			Extension de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) à l'ensemble du territoire national																		
			Advocacy Communication and Social Mobilization (ACSM)	DLM,CNLS,D PS,DSF, DRSP, Districts	FF	90 250	90 250	1,0	66 500	1,0	23 750							RE	DON	UNICEF	
				DLM,CNLS,D PS,DSF, DRSP, Districts ,ONG	FF	251 750	251 750	1,0	204 250	1,0	47 500							RE	DON	UNICEF	
				DLM,CNLS,D PS,DSF, DRSP, MINCOM	FF	54 981	54 981	1,0	54 981	1,0								RE	DON	UNICEF	
			Autres Etudes dans le domaine de la Santé	DLM, CNLS, DPM, DROSS	FF	88 439	88 439	1,0	63 264	1,0	25 175							RE	DON	UNICEF	
			Autres Formations Continues des responsables de santé	DLM, DSF, CNLS, DRSP, Districts	FF	112 100	112 100	1,0	74 100	1,0	38 000							RE	DON	UNICEF	
			Conception, impression et distribution aux FS des fiches intégrées de surveillance de la croissance et du développement de l'enfant	DSF	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Etude sur la mise en oeuvre des activités du CARMA	DLM, CNLS,	FF	74 931	74 931	1,0	46 075	1,0	28 856							RE	DON	UNICEF	
			Logistiques, Matériels et autres Approvisionnements	DPM DPM CENAME DLM CNLS DRSP Districts	FF	220 068	220 068	1,0	154 874	1,0	65 194							RE	DON	UNICEF	
			Monitoring and Evaluation (M&E)	CNLS	FF	44 941	44 941	1,0	31 997	1,0	12 944							RE	DON	UNICEF	
				CNLS,DLM,C NLS, DRSP, Districts	FF	67 980	67 980	1,0	43 819	1,0	24 161							RE	DON	UNICEF	
			Total Extension de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) à l'ensemble du territoire national				1 045 440			739 860		275 580		10 000		10 000		10 000			
			Total Santé de l'enfant				128 619 538			20 709 547		22 370 892		25 279 064		25 886 882		34 373 153			
			Santé de la mère																		
			Amélioration de la Santé maternelle à travers la CARMA																		
			Acquisition des ambulances	DSF	-	36 000	3 204 000			5,0	180 000	5,0	180 000	44,0	1 584 000	35,0	1 260 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Acquisition des Kits obstétricaux	DSF	-	0	1 586 213			4 000 000,	288 000	2 500 000,	180 000	10 000 000	720 000	5 530 731,	398 213	RI / O	RIO	ETAT	
			Appui à la santé de reproduction	Programme d'appui à la SR( FCP BAD)	null	270 000	270 000	1,0	270 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Autres Dépenses de Personnel	Programme d'appui à la SR( FCP UNFPA)	FF	40 000	40 000	1,0	40 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			carburant et lubrifiant pour véhicules automobiles,groupes électrogènes et autres engins	Programme d'appui à la SR( FCP UNFPA)	FF	5 000	5 000	1,0	5 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Construction des pavillons mère et Enfant	DSF	PME	64 167	770 000	12,0	770 000									RI / O	RIO	ETAT	
				HD/CMA	PME	48 125	385 000	8,0	385 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Contractualisation	DSF	-	283 250	283 250			1,0	283 250							RI / O	RIO	ETAT	
			Coordination Intégrée	DSF	-	56 380	225 520			1,0	56 380	1,0	56 380	1,0	56 380	1,0	56 380	RI / O	RIO	ETAT	

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			Coordination intégrée au niveau central	Programme d'appui à la SR( FCP UNFPA)	FF	80 000	80 000	1,0	80 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Elaboration et diffusion des normes, standards, manuels et protocoles de soins	DSF	FF	5 000	10 000	2,0	10 000									RE	DON	UNFPA	
			Equipement des CSI/CMA pour la SR	DSF	-	3 290	2 960 910			80,0	263 192	50,0	164 495	400,0	1 315 960	370,0	1 217 263	RI / O	RIO	ETAT	
			Equipement des HD en matériel Médical	DSF	FF	900 000	900 000						1,0	900 000			RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)		
				DSF	-	36 374	4 265 108			20,0	727 480	15,0	545 610	67,0	1 537 058	40,0	1 454 960	RI / O	RIO	ETAT	
			Equipement des pavillons mère & Enfant	DSF	PME	73 334	660 002	18,0	660 002									RI / O	RIO	ETAT	
			Formation Continue des prestataires de soins en SONU /PTME	DSF	FF	700 000	700 000	1,0	700 000									RE	DON	UNFPA	
			Formation des accoucheuses traditionnelles	DSF	FF	85 180	255 540	3,0	255 540									RI / O	RIO	ETAT	
			Formation des personnels techniques en vue de la prise en charge de la mère et de l'enfant	DRSP	FF	700 000	700 000	1,0	700 000									RI / S	RIS	C2D	
			Formation en Chirurgie Obstétricale et en Anesthésie	DSF	FF	150 000	150 000	1,0	150 000									RE	DON	UNFPA	
			Formation en CPN-R	DSF	PERSONNE	2 000	100 000	50,0	100 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Formation en MOBSOC	DSF	PERSONNE	2 000	100 000	50,0	100 000									RE	DON	UNFPA	
			Formation en SONUB	DSF	PERSONNE	2 000	100 000	50,0	100 000									RE	DON	UNFPA	
			Formation en SONUC	DSF	PERSONNE	3 000	15 000	5,0	15 000									RE	DON	UNFPA	
			Formations en Santé de Reproduction (PCIME,SONEU, SONUC,PTME,PF,CPN,...)	DSF	FF	1 000 000	1 000 000						1,0	1 000 000			RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)		
				DSF	FF	1 700 000	1 700 000	1,0	1 700 000									RE	DON	UNFPA	
				DSF	FF	2 392 793	8 571 171			1,0	2 392 793	1,0	2 392 793	1,0	1 392 793	1,0	2 392 793	RI / O	RIO	ETAT	
			Logistiques, Matériels et autres Approvisionnements	Programme d'appui à la SR( FCP UNFPA)	FF	50 000	50 000	1,0	50 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Mobilisation sociale (MOBSOC)	DSF	FF	25 000	25 000	1,0	25 000									RE	DON	UNFPA	
			Monitoring and Evaluation (M&E)	DSF	-	113 744	454 975			1,0	113 744	1,0	113 744	1,0	113 744	1,0	113 744	RI / O	RIO	ETAT	
				Programme d'appui à la SR( FCP UNFPA)	FF	25 000	25 000	1,0	25 000										RI / S	Contrepartie	ETAT
			Planning familial	DSF	FF	2 000	60 000	30,0	60 000									RE	DON	UNFPA	
			Production des boîtes à Image	DSF	FF	7 500	15 000	2,0	15 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Promotion de la SR	DSF	-	1 000 765	4 003 060			1,0	1 000 765	1,0	1 000 765	1,0	1 000 765	1,0	1 000 765	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Amélioration de la Santé maternelle à travers la CARMA				33 669 749			6 215 542		5 305 604		4 633 787		9 620 700		7 894 118			
			Total Santé de la mère				33 669 749			6 215 542		5 305 604		4 633 787		9 620 700		7 894 118			
			Total Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant				163 282 599			27 238 401		27 846 496		30 082 851		35 677 582		42 437 271			
Viabilisation du District de Santé																					
Financement																					
Développement de la stratégie de financement de la santé																					
			Appui à la chaîne PPBS du MINSANTE	DRFP	FF	1 520 960	1 520 960			1,0	201 652	1,0	320 711	1,0	439 769	1,0	558 828	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
			Autres Etudes dans le domaine de la Santé	MSP	FF	82 658	82 658	1,0	82 658									RE	DON	BAD	
				MSP	Etude	10 000	80 000	8,0	80 000										RI / O	RIO	ETAT
				MSP	FF	100 000	400 000			1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Besoins en Fonds de Contre - Partie (FCP)	FCP Etat - Banque Mondiale	FF	3 000	3 000			1,0	3 000							RI / O	Contrepartie	ETAT	

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
				FCP Etat - C2D	FF	1 500	3 000			1,0	1 500	1,0	1 500					RI / O	Contrepartie	ETAT	
				FCP Etat - GAVI	FF	11 294 594	11 294 594			1,0	2 256 265	1,0	3 079 244	1,0	2 815 788	1,0	3 143 297	RI / O	Contrepartie	ETAT	
				FCP Etat - GLOBAL FUND	FF	49 795 138	49 795 138			1,0	10 281 459	1,0	11 288 387	1,0	13 982 579	1,0	14 242 713	RI / O	Contrepartie	ETAT	
				FCP Etat - GTZ	FF	2 050	2 050			1,0	2 050							RI / O	Contrepartie	ETAT	
				FCP Etat - HKI	FF	23 000	23 000			1,0	9 732	1,0	2 756	1,0	256	1,0	10 256	RI / O	Contrepartie	ETAT	
				FCP Etat - OMS	FF	356 281	356 281			1,0	144 011	1,0	52 639	1,0	68 670	1,0	90 961	RI / O	Contrepartie	ETAT	
				FCP Etat - SVI	FF	1 500	1 500			1,0	1 500							RI / O	Contrepartie	ETAT	
				FCP Etat - UNICEF	FF	703 785	703 785			1,0	332 729	1,0	52 796	1,0	49 815	1,0	268 445	RI / O	Contrepartie	ETAT	
			Contractualisation	PAISS	FF	3 245 696	3 245 696	2,0	3 245 696									RE	DON	Banque Mondiale	
				PAISS	FF	160 000	160 000	1,0	160 000									RE	RIO	Fonds de Contre-Partie	
			Etudes dans le domaine du financement de la santé	DRFP	FF	7 604 800	7 604 800			1,0	1 008 262	1,0	1 603 554	1,0	2 198 846	1,0	2 794 138	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
			Gestion du Projet /Programme	ADRH-APAVE	FF	16 669	16 669	1,0	16 669									RE	DON	BAD	
			Total Développement de la stratégie de financement de la santé			75 293 131			3 585 023		14 342 160		16 501 587		19 655 723		21 208 638				
			Financemede de la demande																		
			Etude sur la mise en place des mécanismes de Financement de la prise en charge des indigeants	DEP	FF	50 000	200 000			1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	1,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Financemede de la demande			200 000			0		50 000		50 000		50 000		50 000				
			Promotion et développement des mutuelles de santé au Cameroun																		
			Actualisation de la cartographie des mutuelles	DEP	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Elaboration des normes de création et Fonctionnement des mutuelles	-	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Elaboration du cadre juridique des mutuelles	-	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Promotion et développement des mutuelles de santé au Cameroun			120 000			0		30 000		30 000		30 000		30 000				
			Total Financement			75 613 131			3 585 023		14 422 160		16 581 587		19 735 723		21 288 638				
			Offres de Services et soins																		
			Construction des Centres de Santé Intégrés (CSI)																		
			Acquisition de l'énergie Solaire	CSI	ENERGIE	15 000	690 000	1,0	15 000	18,0	270 000	7,0	105 000	10,0	150 000	10,0	150 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Aménagement de Forage + Pompe	CSI	Forage	8 500	697 000	22,0	187 000	15,0	127 500	15,0	127 500	15,0	127 500	15,0	127 500	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des bloc de toilettes externes	CSI	BLOC	5 000	325 000	5,0	25 000	15,0	75 000	15,0	75 000	15,0	75 000	15,0	75 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des clôtures dans les formations sanitaires	CSI	Clôture	15 000	945 000	3,0	45 000	15,0	225 000	15,0	225 000	15,0	225 000	15,0	225 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des CSI ( Bloc dispensaire )	CSI	CSI	50 000	15 150 000	53,0	2 650 000	75,0	3 750 000	75,0	3 750 000	50,0	2 500 000	50,0	2 500 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des incinérateurs	CSI	Incinérateur	15 000	2 550 000			10,0	150 000	60,0	900 000	50,0	750 000	50,0	750 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des Logements d'astreinte	CSI	LAM	35 000	3 115 000	14,0	490 000	15,0	525 000	20,0	700 000	20,0	700 000	20,0	700 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Construction des Centres de Santé Intégrés (CSI)			23 472 000			3 412 000		5 122 500		5 882 500		4 527 500		4 527 500				
			Construction des hôpitaux de Référence de Garoua et Bamenda																		
			Construction des hôpitaux de référence	Hôpital Référence de Bamenda	FF	21 000 000	21 000 000						1,0	5 000 000	1,0	10 000 000	1,0	6 000 000	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
				Hôpital Référence de Bamenda	FF	2 000 000	4 000 000							1,0	2 000 000	1,0	2 000 000	RI / O	RIO	ETAT	
				Hôpital Référence de Garoua	FF	21 000 000	21 000 000						1,0	10 000 000	1,0	6 000 000	1,0	5 000 000	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
				Hôpital Référence de Garoua	FF	2 000 000	4 000 000							1,0	2 000 000	1,0	2 000 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Etudes Architecturales et techniques	DEP	FF	620 000	720 000	1,0	570 000	3,0	150 000							RI / O	RIO	ETAT	
			Total Construction des hôpitaux de Référence de Garoua et Bamenda				50 720 000			570 000		150 000		15 000 000		20 000 000		15 000 000			
			Constructions neuves																		
			Aménagement / Installation des sites de construction	Centre National des Urgences de Yaoundé( FCP Corée	FF	8 000	8 000	1,0	8 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Autres Construction d'Infrastructure	Administration Centrale	FF	4 260 000	4 360 000	1,0	3 660 000	1,0	300 000	1,0	200 000	1,0	100 000	1,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT	
				DEP	FF	98 862 406	98 862 406				1,0	13 107 412	1,0	20 846 202	1,0	28 584 998	1,0	36 323 794	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
			Autres Dépenses de Personnel	Centre National des Urgences de Yaoundé( FCP Corée	FF	23 000	23 000	1,0	23 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			carburant et lubrifiant pour véhicules automobiles,groupes électrogènes et autres engins	Centre National des Urgences de Yaoundé( FCP Corée	FF	4 500	4 500	1,0	4 500									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Construction des CAPR / CAPR Annexes	Region	CAPR	50 000	600 000			3,0	150 000	3,0	150 000	3,0	150 000	3,0	150 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des CMA	CMA	CMA	70 000	1 680 000	4,0	280 000	5,0	350 000	5,0	350 000	5,0	350 000	5,0	350 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des Ecoles de formation	ECOLE	FF	70 000	2 800 000			10,0	700 000	10,0	700 000	10,0	700 000	10,0	700 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des HD	HD	FF	450 000	5 400 000			3,0	1 350 000	3,0	1 350 000	3,0	1 350 000	3,0	1 350 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des hôpitaux de référence	HGOP Douala( FCP CHINE)	FF	550 000	550 000	1,0	550 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Sangmelima ( FCP FONDS OPEP)	FF	3 077 000	3 077 000	1,0	3 077 000										RI / S	Contrepartie	ETAT
			Construction des Morgues	FS	Morgue	25 000	150 000	6,0	150 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des SSD	SSD	SSD	54 000	2 322 000	3,0	162 000	10,0	540 000	10,0	540 000	10,0	540 000	10,0	540 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Coordination intégrée au niveau central	Centre National des Urgences de Yaoundé( FCP Corée	FF	14 500	14 500	1,0	14 500									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Maitrise d'Ouvrage	DEP	FF	1 000 000	1 000 000	1,0	1 000 000									RE	DON	C2D	
				DEP	FF	100 000	800 000				2,0	200 000	2,0	200 000	2,0	200 000	2,0	200 000	RI / O	RIO	ETAT
			Total Constructions neuves				121 651 406			8 929 000		16 697 412		24 336 202		31 974 998		39 713 794			
			Développement des plateaux techniques des formations sanitaires ( volet Equipements )																		
			acquisition du matériel d'exploitation	FS	FF	225 170	1 325 170	1,0	125 170	3,0	300 000	3,0	300 000	3,0	300 000	3,0	300 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Autres équipements de structures sanitaires	DEP	FF	15 209 601	15 209 601			1,0	2 016 525	1,0	3 207 108	1,0	4 397 692	1,0	5 588 276	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
			Développement des infrastructures informatiques (Poste de travail, serveur, imprimante et autres périphériques)	FS	FF	1 500	403 500	269,0	403 500									RI / O	RIO	ETAT	
			Equipement des CSI En matériel Médical	CSI	CSI	8 000	104 000	13,0	104 000									RI / O	RIO	ETAT	
				CSI	FF	8 000	1 120 000				50,0	400 000	30,0	240 000	30,0	240 000	30,0	240 000	RI / O	RIO	ETAT
			Equipement des CMA en matériel médical	CMA	CMA	25 000	25 000	1,0	25 000									RI / O	RIO	ETAT	
				CMA	FF	15 000	600 000				10,0	150 000	10,0	150 000	10,0	150 000	10,0	150 000	RI / O	RIO	ETAT
			Equipement des HD en matériel Médical	HD	HD	50 000	2 150 000	3,0	150 000	10,0	500 000	10,0	500 000	10,0	500 000	10,0	500 000	RI / O	RIO	ETAT	



( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			Equipement des HR en matériel Médical	HR	FF	50 000	500 000			2,0	100 000	4,0	200 000	2,0	100 000	2,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT	
				HR	HR	50 000	50 000	1,0	50 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Equipement des morgues	FS	FF	25 000	550 000	2,0	50 000	5,0	125 000	5,0	125 000	5,0	125 000	5,0	125 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Développement des plateaux techniques des formations sanitaires ( volet Equipements )					22 037 271		907 670		3 591 525		4 722 108		5 812 692		7 003 276			
			Développement des ressources humaines de la santé																		
			Autres Formations Continues des responsables de santé	DRH	FF	11 646 721	11 646 721			1,0	1 411 568	2,0	3 244 976	1,0	3 078 384	1,0	3 911 793	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
					DRH	FF	283 850	283 850					1,0	283 850					RI / O	RIO	ETAT
			Elaboration des curricula de formation des différents acteurs	DRH	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation à la maintenance des incinérateurs	DRH	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation Continue des prestataires de soins à la PEC du Diabète / HTA	DRH/DLM	FF	20 000	80 000			1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation Continue des prestataires de soins aux techniques de Communication	DRH/DPS	FF	20 000	80 000			1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation des formateurs régionaux sur les techniques de potabilisation de l'eau de boisson	DRH/DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation des personnels de santé et des CTD à l'application des normes	DRH	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation des prestataires de soins à l'utilisation des protocoles	DRH	FF	20 000	80 000			1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation des vendeurs d'aliments de rue et des autres intervenants de la restauration collective aux Bonnes Pratiques d'Hygiène alimentaire	DRH/DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation du personnel hospitalier à l'application des normes, protocoles et standards d'hygiène en milieu hospitalier	DRH	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation du personnel hospitalier à la gestion des déchets en milieu hospitalier	DRH	FF	30 000	120 000			1,0	30 000	1,0	30 000	1,0	30 000	1,0	30 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation du personnel hospitalier à la prévention des infections nosocomiales	-	FF	30 000	120 000			1,0	30 000	1,0	30 000	1,0	30 000	1,0	30 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation et insertion socio professionnelle des OEV	-	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation/Recyclage/Supervision des prestataires (pour la lutte contre les pratiques néfastes)	DRH	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Formation/Recyclage/Supervision des prestataires (pour prevention des IST)	DRH/DLM	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Mise en place des comités de gestion des points d'eau et formation de leurs membres	DRH/DPS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Organisation des seminaires et ateliers	DRH	FF	10 000	30 000	3,0	30 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Prise en compte personnels à recruter	DRH	FF	28 565 299	7 013 747			1,0	1 568 916	1,0	2 302 773	1,0	1 556 172	1,0	1 585 886	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Développement des ressources humaines de la santé					19 854 318		30 000		3 200 484		6 051 599		4 854 556		5 717 679			
			Maitrise de l'autonomie énergétique et de l'alimentation en eau dans les Districts de Sante prioritaires.																		
			Achat d'un groupe électrogène	FS	Groupe	15 000	780 000	4,0	60 000	5,0	75 000	43,0	645 000					RI / O	RIO	ETAT	
			Total Maitrise de l'autonomie énergétique et de l'alimentation en eau dans les Districts de Sante prioritaires.					780 000		60 000		75 000		645 000		0		0			
			Réhabilitation, rénovation et extension des structures sanitaires																		
			Autres réhabilitations des Bâtiments	DEP	FF	1 637 500	1 637 500	1,0	1 637 500									RE	DON	KFW	
					DEP	FF	50 000	3 500 000			40,0	2 000 000	10,0	500 000	10,0	500 000	10,0	500 000	RI / O	RIO	ETAT
					DEP	FF	6 987 437	6 987 437	1,0	6 987 437									RI / S	RIS	C2D
			Dotation des formations sanitaires des catégories 1,2 et 3 en stations d'épuration des eaux usées	DEP	FF	150 000	1 200 000			2,0	300 000	2,0	300 000	2,0	300 000	2,0	300 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Etudes Architecturales et techniques	DEP	FF	370 000	670 000	1,0	270 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Maintenance des Equipements Techniques	DOSTS	FF	110 000	410 000	1,0	10 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	1,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT	

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			Réhabilitation / Extension des hôpitaux centraux et Nationaux	HCN	FF	45 000	220 000	1,0	20 000	2,0	50 000	2,0	50 000	2,0	50 000	2,0	50 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation / Extension des CMA	CMA	FF	25 000	1 500 000	20,0	500 000	10,0	250 000	10,0	250 000	10,0	250 000	10,0	250 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation / extension des CSI	CSI	FF	15 000	3 045 000	18,0	270 000	35,0	525 000	50,0	750 000	50,0	750 000	50,0	750 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation / Extension des HD	HD	FF	60 000	3 335 000	20,0	500 000	21,0	735 000	20,0	700 000	20,0	700 000	20,0	700 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation / Extension des HR	HR	FF	50 000	800 000			1,0	50 000	5,0	250 000	5,0	250 000	5,0	250 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation / extension des SSD	SSD	FF	27 500	460 000	4,0	60 000	2,0	25 000	10,0	125 000	10,0	125 000	10,0	125 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation des CAPR / CAPR Annexes	CAPR	FF	75 000	540 000	4,0	60 000	2,0	120 000	2,0	120 000	2,0	120 000	2,0	120 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation des DRSP	DRSP	FF	75 000	600 000			2,0	150 000	2,0	150 000	2,0	150 000	2,0	150 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation et extension des écoles de formation	ECOLES	FF	45 000	1 800 000			10,0	450 000	10,0	450 000	10,0	450 000	10,0	450 000	RI / O	RIO	ETAT	
			<b>Total Réhabilitation, rénovation et extension des structures sanitaires</b>				26 704 937		10 314 937		4 855 000		3 845 000		3 845 000		3 845 000				
			<b>Sécurisation du patrimoine foncier du Ministère de la Santé Publique</b>																		
			Acquisition des coffres forts	DRFP	FF	10 000	440 000			10,0	100 000	10,0	100 000	12,0	120 000	12,0	120 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Borner / titrer les les formations sanitaires	DRFP	FF	124 000	124 000	1,0	124 000									RI / O	RIO	ETAT	
				FS	FS	2 000	400 000			50,0	100 000	50,0	100 000	50,0	100 000	50,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des clôtures dans les formations sanitaires	FS	FS	15 000	600 000	3,0	45 000	7,0	105 000	10,0	150 000	10,0	150 000	10,0	150 000	RI / O	RIO	ETAT	
			<b>Total Sécurisation du patrimoine foncier du Ministère de la Santé Publique</b>				1 564 000		169 000		305 000		350 000		370 000		370 000				
			<b>Viabilisation des zones rétrocedées (Bakassi, Darack)</b>																		
			Acquisition de l'énergie Solaire	FS	FS	15 000	240 000	1,0	15 000			5,0	75 000	5,0	75 000	5,0	75 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Acquisition des hors bord	FS	Hors bord	15 000	120 000			2,0	30 000	2,0	30 000	2,0	30 000	2,0	30 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Aménagement de Forage + Pompe	FS	Forage	8 500	348 500	1,0	8 500			20,0	170 000	10,0	85 000	10,0	85 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Construction des CSI ( Bloc dispensaire )	CSI	CSI	50 000	400 000	2,0	100 000			2,0	100 000	2,0	100 000	2,0	100 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Réhabilitation / Extension des CMA	FS	FF	225 000	225 000	1,0	225 000									RI / O	RIO	ETAT	
			<b>Total Viabilisation des zones rétrocedées (Bakassi, Darack)</b>				1 333 500		348 500		30 000		375 000		290 000		290 000				
			<b>Total Offres de Services et soins</b>				268 117 432		24 741 107		34 026 921		61 207 409		71 674 746		76 467 249				
			<b>Partenariat et développement des ressources</b>																		
			<b>Développement de la stratégie partenariale du Ministère de la Santé Publique</b>																		
			Aménagement / Installation des sites de construction	projet BADEA( FCP BADEA)	FF	6 000	6 000	1,0	6 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Aménagement des laboratoires existants	Projet CPC/ONU( FCP ONU)	FF	43 441	43 441	1,0	43 441									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Appui à l'investissement dans le secteur de la santé	PAISS	FF	200 000	200 000	1,0	200 000									RE	DON	Banque Mondiale	
			Appui aux formations sanitaires à but non lucratif	Administration Centrale	FF	3 101 506	3 101 506	1,0	3 101 506									RI / S	RIS	C2D	
			Autres Dépenses de Personnel	PAMC( FCP CHINE)	FF	10 000	10 000	1,0	10 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Programme conjoint AFD/KDF( FCP KDF)	FF	55 000	55 000	1,0	55 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Programme Germano de la Santé( FCP )	FF	10 000	10 000	1,0	10 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Programme Germano de la Santé( FCP GIZ)	FF	5 000	5 000	1,0	5 000										RI / S	Contrepartie	ETAT
				projet BADEA( FCP	FF	69 360	69 360	1,0	69 360									RI / S	Contrepartie	ETAT	

## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
				BADEA)																	
				Projet CPC/ONU( FCP ONUDI)	FF	6 559	6 559	1,0	6 559									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				projet santé BID dans 4 régions( FCP BID)	FF	74 200	74 200	1,0	74 200									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Autres réhabilitations des Bâtiments	projet santé BID dans 4 régions( FCP BID)	FF	140 000	140 000	1,0	140 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Borner / titrer les les formations sanitaires	projet BADEA( FCP BADEA)	FF	15 000	15 000	1,0	15 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			carburant et lubrifiant pour véhicules automobiles,groupes électrogènes et autres engins	PAMC( FCP )	FF	5 000	5 000	1,0	5 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Programme conjoint AFD/KDF( FCP KDF)	FF	5 000	5 000	1,0	5 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Programme Germano de la Santé( FCP GIZ)	FF	5 000	5 000	1,0	5 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				projet BADEA( FCP BADEA)	FF	14 000	14 000	1,0	14 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				projet santé BID dans 4 régions( FCP BID)	FF	12 600	12 600	1,0	12 600									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Contractualisation	USWAP	FF	9 945 031	9 945 031	1,0	9 945 031									RI / S	RIS	C2D	
			Coordination intégrée au niveau central	PAMC( FCP CHINE )	FF	35 000	35 000	1,0	35 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Programme conjoint AFD/KDF( FCP KDF)	FF	15 000	15 000	1,0	15 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				projet BADEA( FCP BADEA)	FF	45 640	45 640	1,0	45 640									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				projet santé BID( FCP BID)	FF	73 200	73 200	1,0	73 200									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Fonctionnement des Programmes / Comité	Programme Germano de la Santé( FCP GIZ)	FF	20 000	20 000	1,0	20 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Mise en place des mutuelles de santé	11 Districts de Santé	FF	147 328	147 328	1,0	147 328									RE	DON	BAD	
			Renforcement du Système Communautaire (RSC)	DECOOP	FF	6 083 840	6 083 840			1,0	806 610	1,0	1 282 843	1,0	1 759 077	1,0	2 235 310	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
			Renforcement du Système de Santé (RSS)	PAIS( FCP PAISS-IDA)	FF	110 000	110 000	1,0	110 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
				Programme de renforcement du système de santé( FCP	FF	75 000	75 000	1,0	75 000									RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Total Développement de la stratégie partenariale du Ministère de la Santé Publique					20 327 705		14 243 865		806 610		1 282 843		1 759 077		2 235 310			
			Total Partenariat et développement des ressources					20 327 705		14 243 865		806 610		1 282 843		1 759 077		2 235 310			
			Processus de prestation des services et soins de Santé																		
			Développement de la recherche opérationnelle en santé																		
			Activités divers (collecte documents,gravure des DVD contenu site web,...)	DROS - CDNSS-Cam	FF	4 000	8 000	1,0	4 000	1,0	4 000							RE	DON	Banque Mondiale	



## ( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
				DROS - CDNSS-Cam	FF	1 000	2 000	1,0	1 000	1,0	1 000							RE	DON	GTZ	
			Advocacy Communication and Social Mobilization (ACSM)	DROS - CDNSS-Cam	FF	5 000	5 000	1,0	4 500	1,0	500							RE	DON	Banque Mondiale	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	5 500	5 500	1,0	3 500	1,0	2 000							RE	DON	GTZ	
				projet CARMA	FF	8 950	8 950	1,0	8 950									RE	DON	UNFPA	
			Appui à la recherche opérationnelle et documentation des bonnes pratiques des différentes interventions mises en œuvre en faveur de la mère et de l'enfant	DROSS( FCP UNICEF )	FF	8 500	8 500	1,0	4 500	1,0	4 000							RI / O	Contrepartie	ETAT	
				DROSS	FF	57 500	57 500	1,0	45 000	1,0	12 500							RE	DON	UNICEF	
			Autres activités de recherche opérationnelle en santé	DROS	FF	10 646 721	10 646 721			1,0	1 411 568	1,0	2 244 976	1,0	3 078 384	1,0	3 911 793	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)	
			Autres Etudes dans le domaine de la Santé	DSF / CNLS	FF	82 075	82 075	1,0	82 075									RE	DON	UNFPA	
			Contractualisation	DROS - CDNSS-Cam	FF	15 000	15 000	1,0	6 000	1,0	9 000							RE	DON	Banque Mondiale	
			Developpement / Acquisition de logiciels pour le MINSANTE (logiciels de Base)	DROS - CDNSS-Cam	FF	12 500	12 500	1,0	6 000	1,0	6 500							RE	DON	Banque Mondiale	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	30 500	30 500	1,0	14 000	1,0	16 500							RE	DON	GTZ	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	5 500	22 000			1,0	5 500	1,0	5 500	1,0	5 500	1,0	5 500	RI / O	RIO	ETAT	
			Développement des infrastructures informatiques (Poste de travail, serveur, imprimante et autres périphériques)	DROS - CDNSS-Cam	FF	6 700	6 700			1,0	6 700							RE	DON	Banque Mondiale	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	16 000	21 000	1,0	11 000	1,0	5 000	1,0	5 000					RI / S	RIS	C2D	
			Developpement du réseau internet	DROS - CDNSS-Cam	FF	7 300	7 300	1,0	6 000	1,0	1 300							RE	DON	Banque Mondiale	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	3 400	3 400	1,0	2 400	1,0	1 000							RE	DON	GTZ	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	6 400	18 400	1,0	2 400	1,0	4 000	1,0	4 000	1,0	4 000	1,0	4 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Elaboration, Difusion et MEO du plan stratégique de developpement et recherche	DROS	FF	12 500	25 000	1,0	2 500	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	2 500			RI / O	RIO	ETAT	
			Monitoring and Evaluation (M&E)	DROS	FF	20 000	80 000			1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	1,0	20 000	RI / O	RIO	ETAT	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	11 000	11 000	1,0	9 000	1,0	2 000							RE	DON	Banque Mondiale	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	3 000	3 000	1,0	3 000									RE	DON	GTZ	
				DROS - CDNSS-Cam	FF	13 000	52 000			1,0	13 000	1,0	13 000	1,0	13 000	1,0	13 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Recherche appliquée sur la gestion des déchets	DROS	FF	25 000	100 000			1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Recherche appliquée sur la sécurité des patients	DROS	FF	25 000	100 000			1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Recherche appliquée sur les maladies à transmission hydrique ou alimentaire	DROS	FF	25 000	100 000			1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Recherche appliquée sur les maladies à transmission vectorielle	DROS	FF	25 000	100 000			1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Renforcement des capacités des comités d'éthique institutionnels	DROS	FF	5 000	20 000			1,0	5 000	1,0	5 000	1,0	5 000	1,0	5 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Renforcement des capacités des comités d'éthique régionaux	DROS	CER	3 000	21 000			2,0	6 000	2,0	6 000	3,0	9 000			RI / O	RIO	ETAT	
			Renforcement des ressources humaines	DROS - CDNSS-Cam	FF	14 200	24 200	1,0	4 200	1,0	10 000	1,0	10 000					RI / S	RIS	C2D	
			Total Développement de la recherche opérationnelle en santé					11 597 246		220 025		1 657 068		2 423 476		3 237 384		4 059 293			
			Elaboration et diffusion des protocoles, normes et tarification des soins																		
			Elaboration des normes et spécifications techniques des incinérateurs	DOSTS	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Elaboration des textes réglementaires (Santé scolaire)	DAJC	FF	10 000	40 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Elaborer les curricula (Santé scolaire et universitaire)	-	FF	10 000	10 000								1,0	10 000	RI / O	RIO	ETAT		
				DRH	FF	10 000	30 000			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	10 000			RI / O	RIO	ETAT	

( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			Total Elaboration et diffusion des protocoles, normes et tarification des soins				120 000		0		30 000		30 000		30 000		30 000				
			<b>Total Processus de prestation des services et soins de Santé</b>				11 717 246		220 025		1 687 068		2 453 476		3 267 384		4 089 293				
			<b>Processus gestionnaire</b>																		
			<b>Appui au renforcement du système de santé à travers le Swap</b>																		
			Autres Dépenses de Personnel	ST-SSS( FCP GAVI)	FF		41 825	41 825	1,0	41 825								RI / S	Contrepartie	ETAT	
			carburant et lubrifiant pour véhicules automobiles,groupes électrogènes et autres engins	ST-SSS( FCP GAVI)	FF		10 000	10 000	1,0	10 000								RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Coordination intégrée au niveau central	ST-SSS( FCP GAVI)	FF		22 825	22 825	1,0	22 825								RI / S	Contrepartie	ETAT	
			Fonctionnement des Programmes / Comité	ST-SSS( FCP GAVI)	FF		350	350	1,0	350								RI / S	Contrepartie	ETAT	
			<b>Total Appui au renforcement du système de santé à travers le Swap</b>				75 000		75 000		0		0		0		0				
			<b>Développement du Système d'Information Sanitaire</b>																		
			Développement des infrastructures informatiques (Poste de travail, serveur, imprimante et autres périphériques)	CIS	FF		25 500	25 500	1,0	25 500								RI / O	RIO	ETAT	
			Développement et mise en œuvre de la Carte Sanitaire	DEP	FF		1 508 515	1 508 515			1,0	200 002	1,0	318 087	1,0	436 171	1,0	554 255	RE	DON	Autres Finex( A Rechercher)
			<b>Total Développement du Système d'Information Sanitaire</b>				1 534 015		25 500		200 002		318 087		436 171		554 255				
			<b>Renforcement du Processus Gestionnaire</b>																		
			Coordination intégrée au niveau central	SG	Session		25 000	150 000	2,0	50 000	2,0	50 000	2,0	50 000				RE	DON	GAVI	
			Coordination intégrée au niveau opérationnel	SSD	Session		500	1 068 000	712,0	356 000	712,0	356 000	712,0	356 000				RE	DON	GAVI	
			Coordination intégrée au niveau Régional	DRSP	Session		8 000	960 000	40,0	320 000	40,0	320 000	40,0	320 000				RE	DON	GAVI	
			Formation / Recyclage des gestionnaires de Crédit	DRFP	Personne		500	22 500	15,0	7 500	15,0	7 500	15,0	7 500				RI / O	RIO	ETAT	
			Supervision intégrée de l'équipe cadre vers les CSI/CMA (niveau OPERATIONNEL)	DS	Session		166	1 069 704	2 148 ,0	356 568	2 148 ,0	356 568	2 148 ,0	356 568				RE	DON	GAVI	
			Supervision intégrée du niveau central vers régional	ST-CP/SSS	Session		2 600	312 000	40,0	104 000	40,0	104 000	40,0	104 000				RE	DON	GAVI	
			Supervision intégrée du niveau Régional vers opérationnel (SSD, HD)	ST-CP/SSS	Session		321	689 508	716,0	229 836	716,0	229 836	716,0	229 836				RE	DON	GAVI	
			<b>Total Renforcement du Processus Gestionnaire</b>				4 271 712		1 423 904		1 423 904		1 423 904		0		0				
			<b>Total Processus gestionnaire</b>				5 880 727		1 524 404		1 623 906		1 741 991		436 171		554 255				
			<b>Total Viabilisation du District de Santé</b>				381 656 241		44 314 424		52 566 665		83 267 306		96 873 101		104 634 745				
			<b>Total MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</b>				1 330 762 734		209 278 009		230 424 399		270 092 609		301 550 367		319 417 354				

## MINISTERE DE LA JEUNESSE

Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant

Santé de l'adolescent

Plan Jeunesse

Acquisition des véhicules de Service	Plan jeunesse	véhicule	57 000	123 000	3,0	79 000	1,0	22 000	1,0	22 000							RI / O	RIO	ETAT
Construction/Aménagement des centres d'écoute	Plan jeunesse	centre d'	60 000	1 875 000	15,0	425 000	15,0	425 000	35,0	1 025 000							RI / O	RIO	ETAT
Construction/Aménagement des centres de prise en charge intégré des maladies des jeunes	Plan jeunesse	CPECIMJ	75 000	3 375 000	10,0	750 000	10,0	750 000	25,0	1 875 000							RI / O	RIO	ETAT
Développement des infrastructures informatiques (Poste de travail, serveur, imprimante et autres périphériques)	Plan jeunesse	Matériel	2 500	50 000	10,0	25 000			10,0	25 000							RI / O	RIO	ETAT
Equipement des centres d'écoutes	Plan jeunesse	centre d'	25 000	1 500 000	15,0	375 000	10,0	250 000	35,0	875 000							RI / O	RIO	ETAT
Equipement des centres de prise en charge intégré des maladies de la jeunesse	Plan jeunesse	CPECIMJ	50 000	2 250 000	10,0	500 000	15,0	750 000	20,0	1 000 000							RI / O	RIO	ETAT

( Coûts en milliers de FCFA)

Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	2011		2012		2013		2014		2015		Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire	
								Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant				
			Médicaments pour les centres de prise en charge intégré des maladies des jeunes	Plan jeunesse	CPECIMJ	25 000	1 125 000	10,0	250 000	10,0	250 000	25,0	625 000					RI / O	RIO	ETAT	
			Programme management and Administration cost	Plan jeunesse	centre	10 000	400 000			10,0	100 000	30,0	300 000					RI / O	RIO	ETAT	
				Plan jeunesse	CPECIMJ	10 000	300 000			10,0	100 000	20,0	200 000					RI / O	RIO	ETAT	
				Plan jeunesse	FF	15 000	105 000	5,0	75 000	2,0	30 000							RI / O	RIO	ETAT	
				Plan jeunesse	session	1 500	112 500	20,0	30 000	10,0	15 000	45,0	67 500					RI / O	RIO	ETAT	
			Total Plan Jeunesse				11 215 500			2 509 000		2 692 000		6 014 500		0		0			
			Total Santé de l'adolescent				11 215 500			2 509 000		2 692 000		6 014 500		0		0			
			Total Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant				11 215 500			2 509 000		2 692 000		6 014 500		0		0			
			<b>Total MINISTERE DE LA JEUNESSE</b>				<b>11 215 500</b>			<b>2 509 000</b>		<b>2 692 000</b>		<b>6 014 500</b>		<b>0</b>		<b>0</b>			

## MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE

Viabilisation du District de Santé																					
Financement																					
Financemede de la demande																					
			Equipement des centres d'excellence	MINTSS	FF	80 000	400 000	1,0	80 000	1,0	80 000	1,0	80 000	1,0	80 000	1,0	80 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Etude et évaluation des risques professionnels	MINTSS	FF	25 000	125 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	1,0	25 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Etude sur le contenu technique et les prestations des centres d'excellence en santé et sécurité du travail	MINTSS	FF	30 000	30 000	1,0	30 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Etude sur les mécanismes de protection contre les radiations et le cancer professionnel	MINTSS	FF	30 000	30 000	1,0	30 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Formation des formateurs à l'utilisation des équipements des centres d'excellence	MINTSS	FF	40 000	200 000	1,0	40 000	1,0	40 000	1,0	40 000	1,0	40 000	1,0	40 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Mobilisation sociale (MOBSOC)	MINTSS	FF	20 000	20 000	1,0	20 000									RI / O	RIO	ETAT	
			Production et vulgarisation de la cartographie des risques professionnels	MINTSS	FF	55 000	220 000			1,0	55 000	1,0	55 000	1,0	55 000	1,0	55 000	RI / O	RIO	ETAT	
			Total Financemede de la demande				1 025 000			225 000		200 000		200 000		200 000		200 000			
			Total Financement				1 025 000			225 000		200 000		200 000		200 000		200 000			
			Total Viabilisation du District de Santé				1 025 000			225 000		200 000		200 000		200 000		200 000			
			<b>Total MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE</b>				<b>1 025 000</b>			<b>225 000</b>		<b>200 000</b>		<b>200 000</b>		<b>200 000</b>		<b>200 000</b>			

## MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE LA FAMILLE

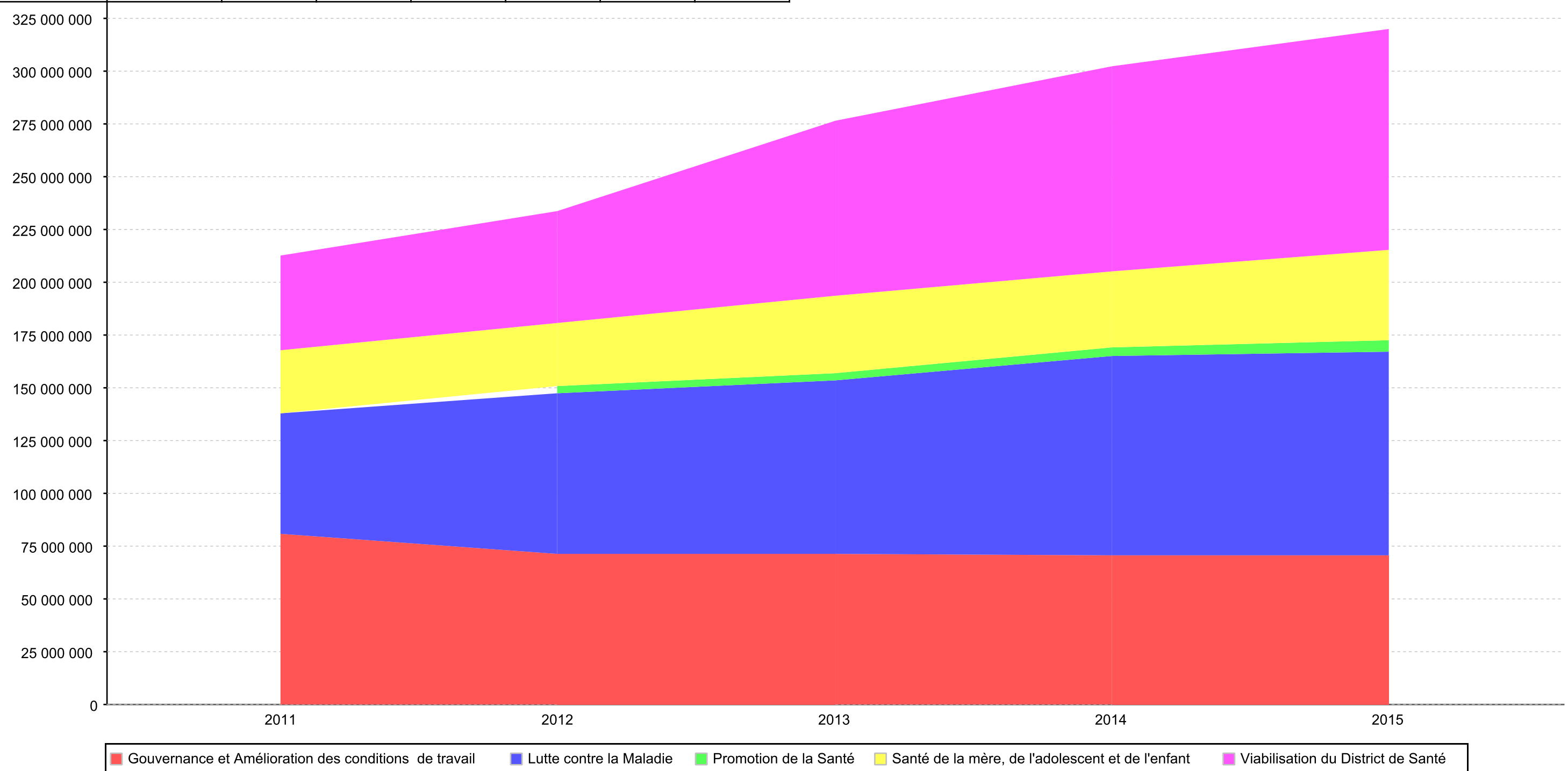
Lutte contre la Maladie																					
Lutte contre le VIH/SIDA																					
Renforcement de la réponse nationale au VIH/Sida à travers la prévention et la prise en charge																					
			Prévention des IST/SIDA et prise en charge psychosociale des personnes infectées et des familles affectées ( volet Fonctionnement)	MINPROFF	FF	15 000	15 000			1,0	15 000							RI / O	RIO	ETAT	
			Prévention des IST/SIDA et prise en charge psychosociale des personnes infectées et des familles affectées ( volet Investissement)	MINPROFF	FF	35 000	35 000			1,0	20 000	1,0	15 000					RI / O	RIO	ETAT	
			Total Renforcement de la réponse nationale au VIH/Sida à travers la prévention et la prise en charge				50 000			0		35 000		15 000		0		0			

## ( Coûts en milliers de FCFA)

							2011		2012		2013		2014		2015					
Programme	Sous - Programme	Projet	Activité	Destination	Unité	Coût Unitaire	Coût Total	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Qté	Montant	Source Financement	Type Financement	Bailleur Partenaire
			Total Lutte contre le VIH/SIDA				50 000		0		35 000		15 000		0		0			
			Surveillance intégrée des maladies et réponse																	
			Coordination de la lutte contre la maladie																	
			Prévention du choléra ( Volet Fonctionnement )	MINPROFF	FF	32 500	42 500			1,0	10 000	1,0	10 000	1,0	22 500			RI / O	RIO	ETAT
			Prévention du choléra ( Volet Investissement )	MINPROFF	FF	55 000	95 000			1,0	40 000	1,0	40 000	1,0	15 000			RI / O	RIO	ETAT
			Total Coordination de la lutte contre la maladie				137 500		0		50 000		50 000		37 500		0			
			Total Surveillance intégrée des maladies et réponse				137 500		0		50 000		50 000		37 500		0			
			Total Lutte contre la Maladie				187 500		0		85 000		65 000		37 500		0			
			Promotion de la Santé																	
			Communication intégrée en faveur des programmes de santé																	
			Développement de la promotion de la Santé																	
			Promotion de la santé de la femme et de la jeune fille(Volet fonctionnement)	MINPROFF	FF	67 500	67 500			1,0	30 000	1,0	33 750	1,0	3 750			RI / O	RIO	ETAT
			Promotion de la santé de la femme et de la jeune fille(Volet Investissement)	MINPROFF	FF	10 000	10 000			1,0	10 000							RI / O	RIO	ETAT
			Total Développement de la promotion de la Santé				77 500		0		40 000		33 750		3 750		0			
			Total Communication intégrée en faveur des programmes de santé				77 500		0		40 000		33 750		3 750		0			
			Total Promotion de la Santé				77 500		0		40 000		33 750		3 750		0			
			<b>Total MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE LA FAMILLE</b>				<b>265 000</b>		<b>0</b>		<b>125 000</b>		<b>98 750</b>		<b>41 250</b>		<b>0</b>			
			<b>Total SECTEUR DE LA SANTE</b>				<b>1 343 268 234</b>		<b>212 012 009</b>		<b>233 441 399</b>		<b>276 405 859</b>		<b>301 791 617</b>		<b>319 617 354</b>			

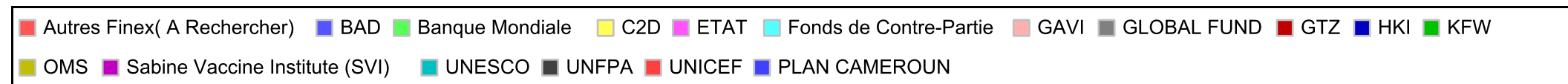
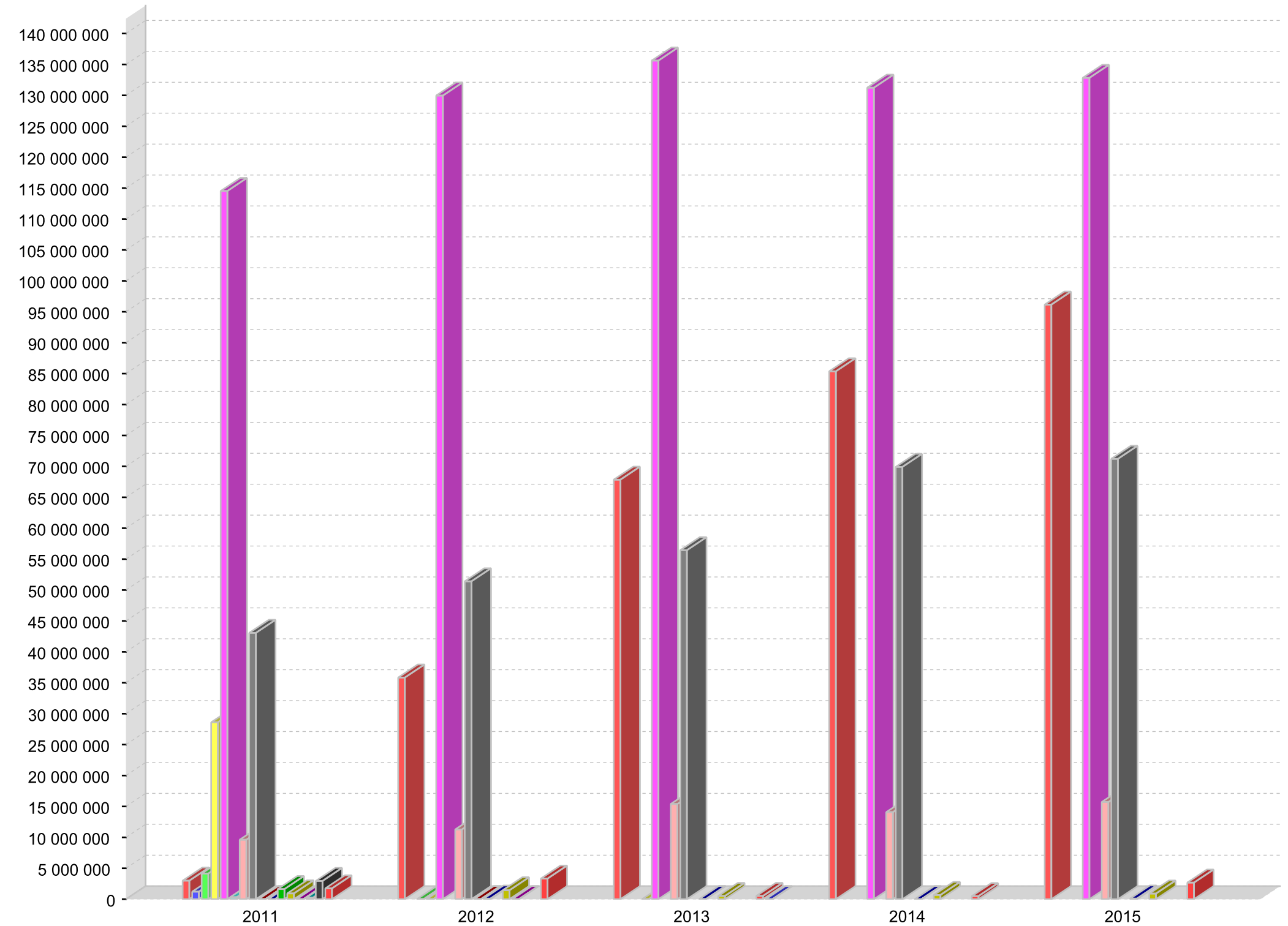
## REPARTITION PAR PROGRAMMES

Montants en Milliers de FCFA	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Gouvernance et Amélioration des conditions de travail</b>	80 229 452	70 948 228	70 751 628	70 286 628	70 286 628	<b>362 502 562</b>
<b>Lutte contre la Maladie</b>	57 495 731	76 321 843	82 751 594	94 342 434	96 645 054	<b>407 556 656</b>
<b>Promotion de la Santé</b>	0	2 866 167	3 337 980	4 411 870	5 413 656	<b>16 029 673</b>
<b>Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant</b>	29 747 401	30 538 494	36 097 351	35 677 580	42 437 270	<b>174 498 097</b>
<b>Viabilisation du District de Santé</b>	44 614 423	52 766 665	83 467 304	97 073 101	104 834 744	<b>382 756 238</b>
<b>Programme total</b>	<b>212 087 007</b>	<b>233 441 396</b>	<b>276 405 857</b>	<b>301 791 613</b>	<b>319 617 352</b>	<b>1 343 343 226</b>



## REPARTITION PAR BAILLEURS

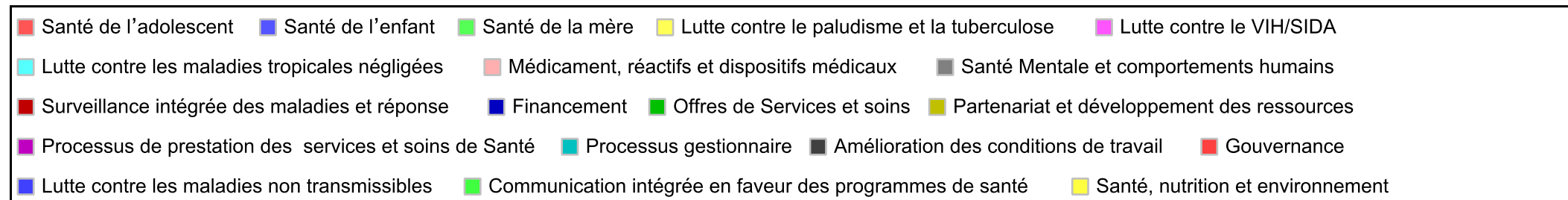
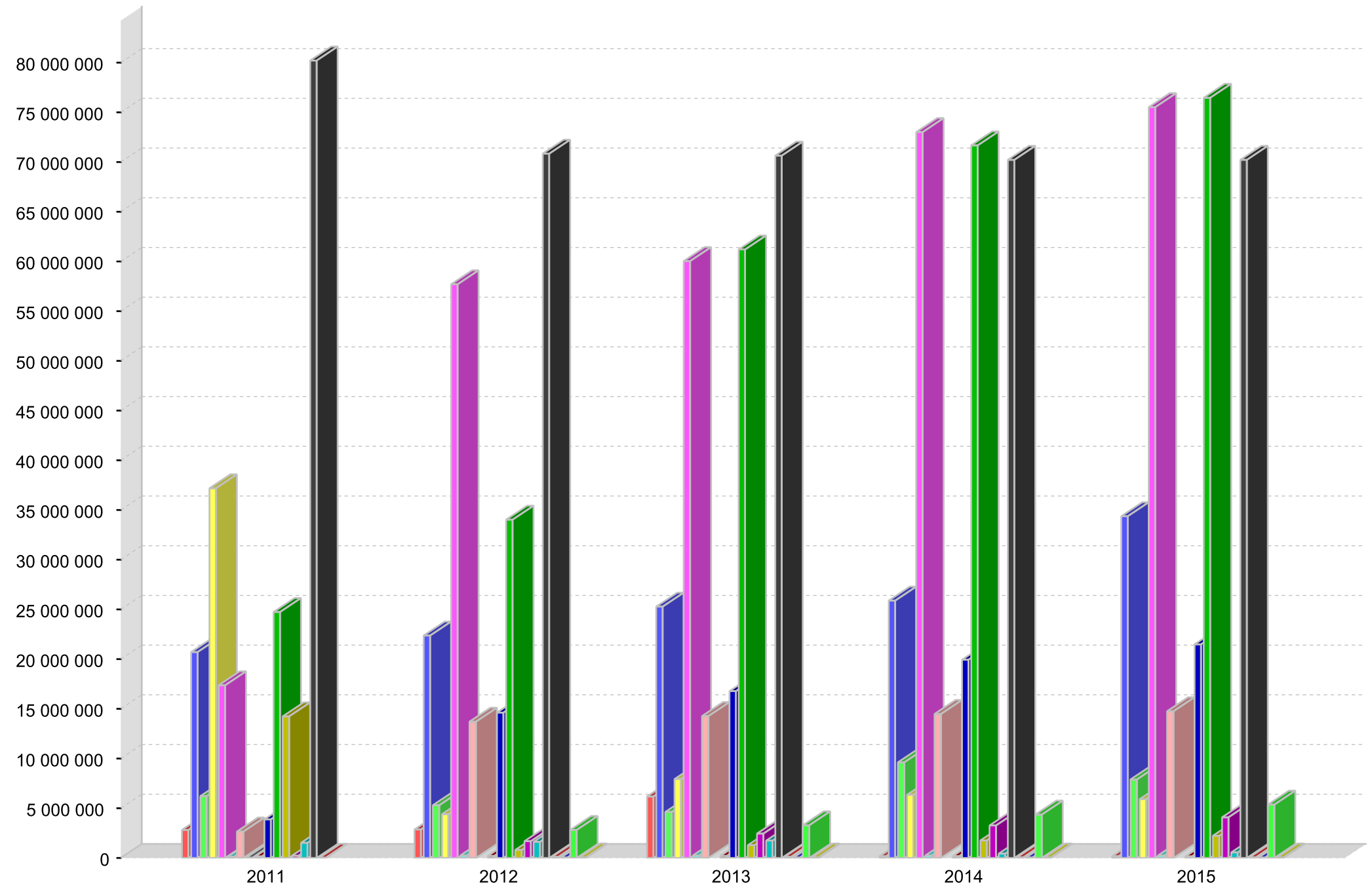
	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Autres Finex( A Rechercher)</b>	3 000 000	35 844 716	67 843 087	85 373 041	96 160 040	<b>288 220 884</b>
<b>BAD</b>	1 219 905	0	0	0	0	<b>1 219 905</b>
<b>Banque Mondiale</b>	4 154 903	30 000	0	0	0	<b>4 184 903</b>
<b>C2D</b>	28 604 270	15 000	15 000	0	0	<b>28 634 270</b>
<b>ETAT</b>	114 534 151	129 962 847	135 620 207	131 239 332	132 830 651	<b>644 187 189</b>
<b>Fonds de Contre-Partie</b>	326 422	0	0	0	0	<b>326 422</b>
<b>GAVI</b>	9 619 671	11 281 327	15 396 219	14 078 942	15 716 486	<b>66 092 644</b>
<b>GLOBAL FUND</b>	43 070 460	51 407 293	56 441 934	69 912 896	71 213 564	<b>292 046 147</b>
<b>GTZ</b>	23 900	20 500	0	0	0	<b>44 400</b>
<b>HKI</b>	5 000	97 318	27 557	2 557	102 557	<b>234 989</b>
<b>KFW</b>	1 637 500	0	0	0	0	<b>1 637 500</b>
<b>OMS</b>	935 893	1 440 108	526 394	686 699	909 605	<b>4 498 699</b>
<b>PLAN CAMEROUN</b>	0	0	7 500	0	0	<b>7 500</b>
<b>Sabine Vaccine Institute (SVI)</b>	15 000	15 000	0	0	0	<b>30 000</b>
<b>UNESCO</b>	238 312	0	0	0	0	<b>238 312</b>
<b>UNFPA</b>	2 951 025	0	0	0	0	<b>2 951 025</b>
<b>UNICEF</b>	1 750 595	3 327 288	527 960	498 146	2 684 449	<b>8 788 438</b>
<b>TOTAL</b>	<b>212 087 007</b>	<b>233 441 396</b>	<b>276 405 857</b>	<b>301 791 613</b>	<b>319 617 352</b>	<b>1 343 343 226</b>





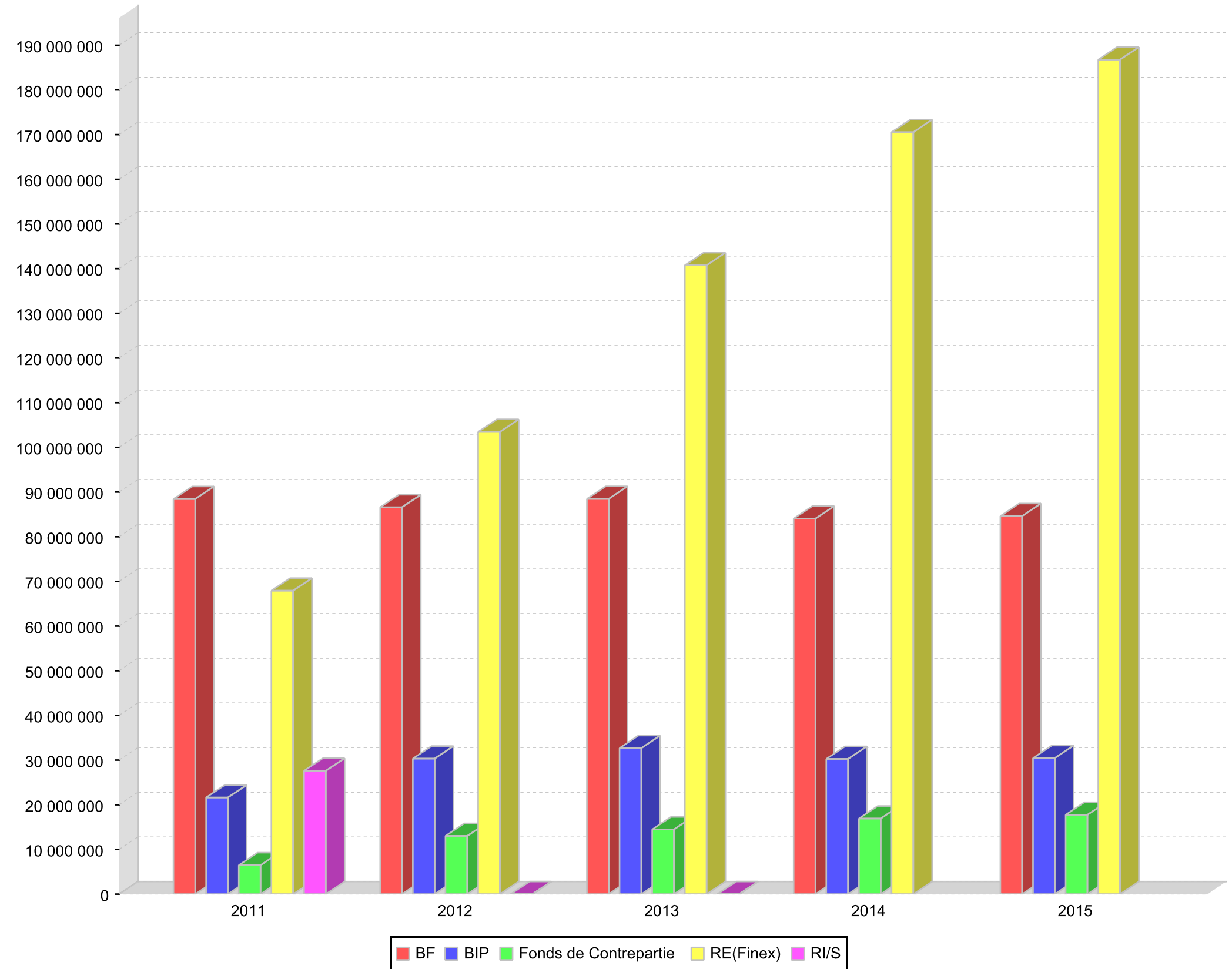
## REPARTITION PAR SOUS - PROGRAMMES

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Amélioration des conditions de travail	80 214 452	70 843 228	70 646 628	70 221 628	70 221 628	362 147 562
Communication intégrée en faveur	0	2 816 167	3 287 980	4 361 870	5 363 656	15 829 673
Financement	3 885 023	14 622 160	16 781 586	19 935 723	21 488 637	76 713 129
Gouvernance	15 000	105 000	105 000	65 000	65 000	355 000
Lutte contre le VIH/SIDA	17 366 027	57 704 975	60 040 840	73 018 115	75 522 482	283 652 440
Lutte contre le paludisme et la	37 183 203	4 409 566	7 939 461	6 351 654	5 911 489	61 795 373
Lutte contre les maladies non	0	50 000	50 000	50 000	50 000	200 000
Lutte contre les maladies tropicales	123 000	250 000	250 000	250 000	250 000	1 123 000
Médicament, réactifs et	2 658 500	13 707 301	14 271 294	14 485 166	14 761 083	59 883 343
Offres de Services et soins	24 741 107	34 026 921	61 207 408	71 674 746	76 467 249	268 117 430
Partenariat et développement des	14 243 865	806 610	1 282 843	1 759 077	2 235 310	20 327 706
Processus de prestation des	220 025	1 687 068	2 453 476	3 267 384	4 089 293	11 717 246
Processus gestionnaire	1 524 404	1 623 906	1 741 991	436 171	554 255	5 880 727
Santé Mentale et comportements	15 000	0	0	0	0	15 000
Santé de la mère	6 215 542	5 305 604	4 633 787	9 620 700	7 894 117	33 669 749
Santé de l'adolescent	2 822 312	2 862 000	6 184 500	170 000	170 000	12 208 812
Santé de l'enfant	20 709 547	22 370 890	25 279 065	25 886 881	34 373 153	128 619 536
Santé, nutrition et environnement	0	50 000	50 000	50 000	50 000	200 000
Surveillance intégrée des	150 000	200 000	200 000	187 500	150 000	887 500
<b>TOTAL</b>	<b>212 087 007</b>	<b>233 441 396</b>	<b>276 405 857</b>	<b>301 791 613</b>	<b>319 617 352</b>	<b>1 343 343 226</b>



## REPARTITION PAR SOURCES DE FINANCEMENT

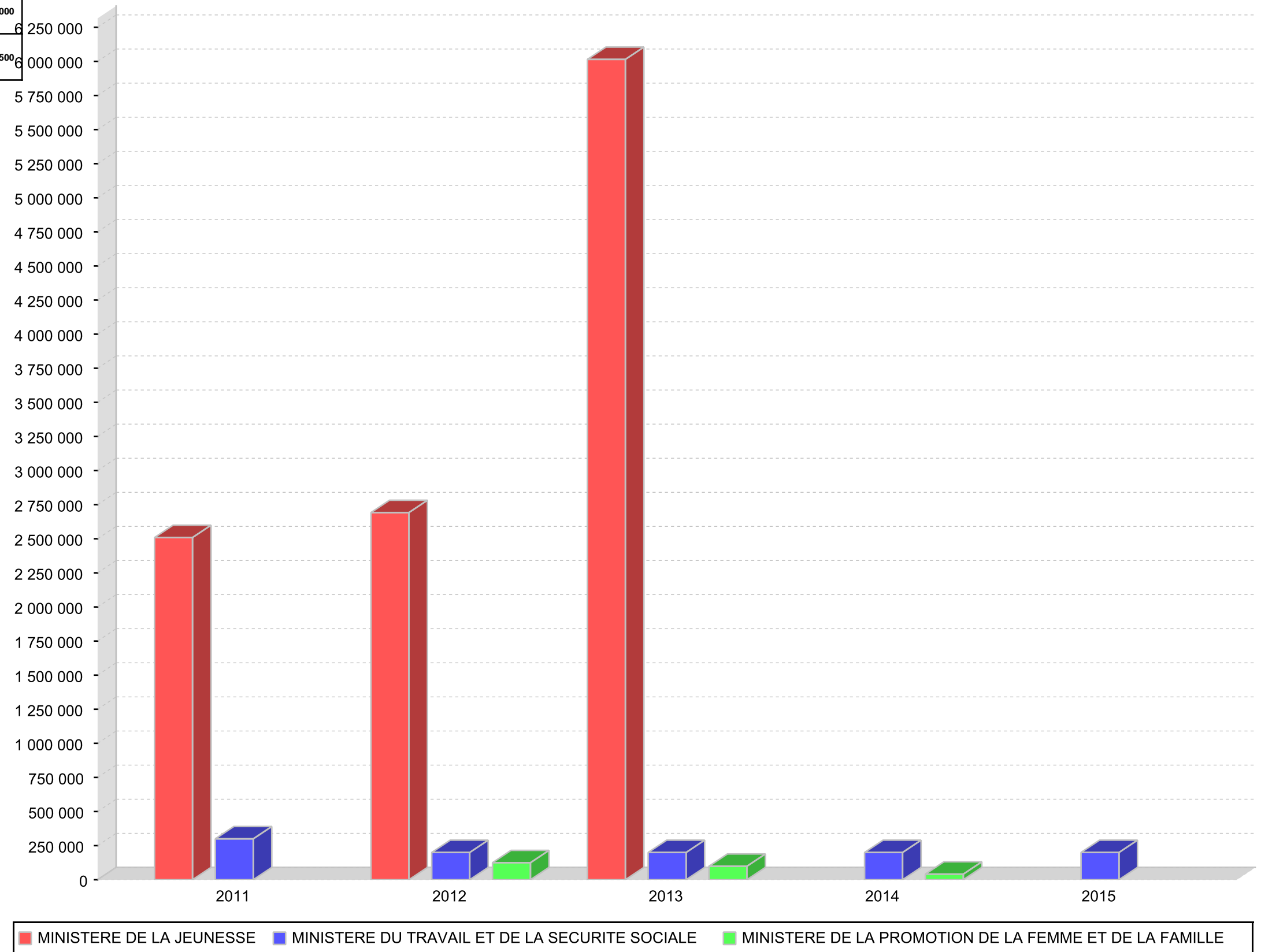
	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>BF</b>	88 444 381	86 597 779	88 471 225	84 058 153	84 627 790	<b>432 199 328</b>
<b>BIP</b>	21 626 770	30 332 823	32 679 160	30 264 072	30 447 190	<b>145 350 015</b>
<b>Fonds de Contrepartie</b>	6 477 000	13 032 245	14 477 322	16 917 108	17 755 671	<b>68 659 346</b>
<b>RE(Finex)</b>	67 934 586	103 463 549	140 763 151	170 552 281	186 786 701	<b>669 500 267</b>
<b>RI/S</b>	27 604 270	15 000	15 000	0	0	<b>27 634 270</b>
<b>TOTAL</b>	<b>212 087 007</b>	<b>233 441 396</b>	<b>276 405 857</b>	<b>301 791 613</b>	<b>319 617 352</b>	<b>1 343 343 226</b>





## BUDGET PROGRAMME : Contribution des Institutions Apparentées

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
MINISTERE DE LA JEUNESSE	2 509 000	2 692 000	6 014 500	0	0	11 215 500
MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE LA FAMILLE	0	125 000	98 750	41 250	0	265 000
MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE	300 000	200 000	200 000	200 000	200 000	1 100 000
<b>TOTAL</b>	<b>2 809 000</b>	<b>3 017 000</b>	<b>6 313 250</b>	<b>241 250</b>	<b>200 000</b>	<b>12 580 500</b>



## BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] Atouts Economiques, Edition 2007
- [2] Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) 2010-2015
- [3] Cadre de Dépense à Moyen Terme Santé 2011-2013, Août 2008
- [4] Cameroun : Profil Pays des Ressources Humaines de Santé, Décembre 2009
- [5] Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), MINEPAT
- [6] Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM I, 1996; ECAM II, 2001; ECAM III, 2007); MINEPAT, INS
- [7] Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC I, 1991; EDSC II, 1998; EDSC III, 2004); MINEPAT, INS
- [8] Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'Education et de la Santé au Cameroun (PETS 2), Décembre 2010
- [9] Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments; IFORD, 2004
- [10] La Déclaration de la Mise en Œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires en 1993
- [11] La Déclaration de Politique Sectorielle de Santé en 1992
- [12] La Population du Cameroun en 2010, 3ème RGPH
- [13] Multiple Indicator Cluster Survey 2006, Principal report; MINEPAT, INS
- [14] Multiple Indicator Cluster Survey 2006, Synthetic report; MINEPAT, INS
- [15] Rapport de l'OMS WHO/HTM/TB/2008
- [16] Rapport Mondial sur le développement humain 2010
- [17] Rapport National des consultations participatives de mars 2006
- [18] Réseau de Métrologie Sanitaire, Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire 2009-2015
- [19] Revue des enquêtes et études statistiques dans le cadre de la révision du DSRP, Période 2001-2008
- [20] Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015
- [21] Vision\_Cameroun\_2035,\_Fevrier 2009, MINEPAT
- [22] WHO, National accounts series (1996-2005)

## ANNEXES

Structure des coûts cumulés et sûrs par bailleurs (en milliards de FCFA)

Bailleur	Total général (2011-2015)
<b>1-Etat</b>	
Etat Fonds Propres	662,24
Etat Fonds Spéciaux, C2D	28,64
Etat Fonds de Contrepartie	21,4
<b>2- Multilatéraux</b>	
BAD	3
Banque Mondiale	12,15
GAVI	66,09
GLOBAL FUND	292,21
OMS	7,5
Sabine Vaccine Institute (SVI)	0,03
UNESCO	0,24
UNFPA	8
UNICEF	12,5
PNUD	0,25
FONDS OPEP	3
BID	6
Union Européenne	1,3
PAM	0,05
ONUSIDA	0,005
ONUDI	0,042
UNITAID	5
BADEA	3,5
<b>3-Bilatéraux</b>	
Coopération Française	1
GIZ	9,5
HKI	0,23
KFW	14,41
Chine	35
Corée	1,5
Italie	0,02
Egypte	0,02
Jura Suisse	0,2
Ordre Malte	0,35
<b>4-ONG Internationales</b>	
Lions Club	1,1
HKI	0,23
PLAN Cameroon	0,35
Carter Center	0,035

Bailleur	Total général (2011-2015)
FAIRMED	0,15
ESTHER France	0,35
Peace Corps	0,05
ESTHER Allemagne	0,15
Sight Savers	0,15
Fondation Clinton	0,85
Fondation Helvétique Mada	0,25
DREAM	0,015
MSF Suisse	0,35
MSF France	0,25
Perspectives	0,035
Medicus mundi	0,01
<b>5-ONG National</b>	
ACMS (Cotco)	1,7
<b>6-Entreprises</b>	
NESTLE	0,15
<b>Total général</b>	<b>1 202</b>

Les documents ci-après cités constituent chacun un des annexes à part entière du PNDS 2011-2015 :

1. Les 172 Plans de Développement Sanitaire de District (PDSD) 2009-2012 ;
2. Les 10 Plans Régionaux Consolidé de Développement Sanitaire (PRCDS) ;
3. Les plans d'actions des intervenants dans le secteur