

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

Institut supérieur de Management de la santé

PROGRAMME DE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE

9^{ème} PROMOTION : 2006/2007

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME : AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ENFANT D'ICI 2015 AU CAMEROUN.



Présenté par :

Dr OUEGANG FONKUI Sandra

Sous la direction de :

Dr El Hadji GUEYE

Enseignant au CESAG



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

Institut supérieur de Management de la santé

.....
PROGRAMME DE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE

9^{ème} PROMOTION : 2006/2007

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**THEME : AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE
SANTÉ POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA MÈRE, DU
NOUVEAU-NÉ ET DE L'ENFANT D'ICI 2015 AU CAMEROUN.**

Présenté par :

Dr OUEGANG FONKUI Sandra

Sous la direction de :

Dr El Hadji GUEYE

Enseignant au CESAG

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- **Au DIEU Tout Puissant**

Eternel DIEU, qui suis-je et qu'est donc ma famille pour que tu m'aies fais parvenir où je suis ?

Eternel DIEU, toi tu me traites comme si j'étais une femme de haut rang. Que pourrais-je encore ajouter au sujet de la gloire que tu accordes à ta servante ?

- **A la mémoire de mon grand-frère TCHELIMBOU FONKUI Hubert**

Que ton âme repose en paix.

- **A mes parents**

Que Dieu vous accorde longue vie et soyez bénis éternellement.

- **Au Docteur KENMOE FONKUI Cécile**

Tu as été la promotrice de cette formation et ce travail est le fruit de tes efforts. Que DIEU te bénisse et qu'il te le rende au centuple.

- **A Natalie Flore FONKUI**

- **A mes frères et sœurs**

- **A mes amis (Linda E, Paul, Olive, Estelle, Linda B, Carine K, Mireille, Fana, Aristide)**

- **A mes camarades de la 9^{ème} promotion 2006-2007 du DESS/ES du CESAG**

- **A l'Eglise Protestante du Sénégal**

- **A mon cher beau pays le CAMEROUN**

- **A mon pays hôte le SENEGAL**

- **A tous ceux qui ont participé directement ou indirectement à l'aboutissement de ma formation**

- **A tous ceux qui n'ont pas pu être cités dans ce travail.**

REMERCIEMENTS

Nos vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

- **Toute ma famille** pour son soutien matériel, financier et moral tout au long de cette formation.
- **Dr El Hadji GUEYE**, notre Directeur de Mémoire : Nous avons été très sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Votre disponibilité, votre gentillesse et votre dynamisme nous ont beaucoup marqué. Votre esprit ouvert et le souci de bien faire nous ont été précieux au cours de l'élaboration de ce travail. Recevez ici notre profonde reconnaissance et admiration.
- **Mr Amani KOFFI**, Directeur de l'ISMS : pour votre souci constant d'une bonne formation des stagiaires de l'ISMS.
- **Tout le personnel enseignant de l'ISMS**
- **Mme Fatoumata GUEYE et Mme Astou Lô** : pour votre disponibilité permanente à répondre aux sollicitudes des stagiaires.
- **Dr John WONGHI NGUM du ST/CP-SSS du Cameroun** : pour votre disponibilité et dynamisme à nous fournir les données.
- **Mr Ernest MALOLO JOMBE**, notre grand-frère dans la formation : pour les multiples conseils que tu n'as cessé de nous prodiguer tout au long de cette formation. Que Dieu te bénisse.
- **Tout le Personnel du ST/CP-SSS du MSP du Cameroun.**

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Les différents niveaux du secteur santé	4
<u>Tableau II</u> : répartition des personnels médicaux et paramédicaux par province (effectifs au 15 novembre 2007)	11
<u>Tableau III</u> : Ratios habitants/personnel de santé par province en 2007	12
<u>Tableau IV</u> : Couverture en infrastructures publiques et privées en 2007	13
<u>Tableau V</u> : Evolution du budget de l'Etat et du budget de la santé en milliards de FCFA de 2000 à 2007(réalisations)	15
<u>Tableau VI</u> : Interventions efficaces et objectifs au niveau communautaire	46
<u>Tableau VII</u> : Interventions efficaces et objectifs au niveau orienté vers les populations	47
<u>Tableau VIII</u> : Interventions efficaces et objectifs au niveau communautaire	48
<u>Tableau IX</u> : Nombre supplémentaire d'agents de santé de première ligne requise par phase en approche cumulative.....	50
<u>Tableau X</u> : répartition des coûts de base par domaine et par type de dépense (année 2007)	52
<u>Tableau XI</u> : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par type de dépense pour la phase I	54
<u>Tableau XII</u> : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par type de dépense pour la phase II	55
<u>Tableau XIII</u> : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par niveau de la pyramide sanitaire pour la phase I	56
<u>Tableau XIV</u> : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par niveau de la pyramide sanitaire pour la phase II	57
<u>Tableau XV</u> : récapitulatif du calcul de l'impact	63
<u>Tableau XVI</u> : Indicateurs de suivi pour les Services à base communautaire orientés vers les familles	64
<u>Tableau XVII</u> : Indicateurs de suivi pour les Services à orientés vers les populations	65
<u>Tableau XVIII</u> : Indicateurs de suivi pour les Soins cliniques individuels	66

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	21
Graphique 2 : Principales Causes de mortalité maternelle	22
Graphique 3 : couverture en moustiquaire imprégnée chez la femme enceinte	35
Graphique 4 : intervention allaitement maternel exclusif	36
Graphique 5 : intervention SRO	37
Graphique 6 : intervention consultation prénatale	38
Graphique 7 : Intervention prévention de la transmission mère-enfant	39
Graphique 8 : intervention vaccination DTC	40
Graphique 9 : Intervention accouchement assisté par personnel qualifié	41
Graphique 10 : Prise en charge de la pneumonie	42
Graphique 11 : Intervention SONUB	43
Graphique 12 : Impact sur la réduction de la mortalité en phase I	61
Graphique 13 : Impact sur la réduction de la mortalité en phase II	62

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Modèle d'analyse de l'étude	31
--	----

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AD :	Adamaoua
AME :	Allaitement maternel exclusif
ARV :	Anti retro- viraux
BMJ :	British Médical Journal
CE :	Centre
CMA :	Centre médical d'arrondissement
COGE :	Comité de Gestion
COGEDI :	Comité de gestion du district
CPoN :	Consultation post natale
COSA :	Comité de Santé
COSADI :	Comité de Santé de District
CSI :	Centre de santé intégré
DS :	District sanitaire
DSRP :	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTC :	Diphtérie-tétanos-coqueluche
ECAM :	Enquête camerounaise auprès des ménages
EN :	Extrême-nord
ES :	Est
HD :	Hôpital de district
IEC/CCC :	Information, Education, Communication pour un changement de comportement
LT:	Littoral
MBB:	Marginal Budgeting for Bottlenecks
MII:	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MIJ :	Mortalité infanto-juvénile
MM:	Mortalité maternelle

MNN:	Mortalité néonatale
MSP:	Ministère de la santé publique
NO :	Nord
NV :	Naissances vivantes
NW :	North-West
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OU :	Ouest
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PEV :	Programme élargi de vaccination
PNUD :	Programme des nations unies pour le développement
PPTTE :	Pays pauvre très endetté
SONUB :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SRO:	Solution de réhydratation orale
SU:	Sud
SW:	South West
TRO:	Thérapie de réhydratation orale
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT:	Vaccin antitétanique

SOMMAIRE

Dédicaces	i
Remerciements	ii
Liste des tableaux.....	iii
Liste des graphiques.....	iv
Liste des schémas	iv
Liste des sigles et abréviations.....	v
Table des matières.....	vii

INTRODUCTION 1

I. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

1.1. Situation sanitaire au Cameroun.....	4
1.1.1. Le système de santé.....	4
1.1.2. La Politique Sanitaire.....	6
1.1.3. Les ressources disponibles	10
1.1.3.1. Les ressources humaines.....	10
1.1.3.2. Les ressources matérielles.....	12
1.1.3.3. Le financement de la santé	14
1.1.4. Profil épidémiologique	17
1.2. Problématique	22

II. OBJECTIFS ET INTERET DE L'ETUDE

2.1. Objectifs de l'étude.....	25
2.1.1. Objectif général.....	25
2.1.2. Objectifs spécifiques.....	25
2.2. Intérêt de l'étude	25

III. REVUE DE LA LITTERATURE 26

IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

4.1. Modèle théorique	29
4.1.1. Les composantes de la performance du système de santé.....	29

4.2. Hypothèses testées	31
4.3. Méthodologie de l'étude.....	32
4.3.1. Collecte des données	32
4.3.2. Traitement des données	33
V. IDENTIFICATION, ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET STRATEGIES DE RENFORCEMENT DES CAPACITES	
5.1. Identification et analyse des goulots d'étranglement	34
5.1.1. Services à base communautaire orientés vers les familles	34
5.1.2. Services orientés vers les populations.....	38
5.1.3. Soins cliniques individuels	40
VI. OBJECTIFS DE PERFORMANCE DU SYSTEME ET IMPLICATION DES RESSOURCES HUMAINES	
6.1. Objectifs de performance du système	44
6.1.1. Services à base communautaire orientés vers les familles	46
6.1.2. Services orientés vers les populations.....	47
6.1.3. Soins cliniques individuels	48
6.2. Implication des ressources humaines.....	49
VII. COUTS ET IMPACTS	
7.1. Evaluation des coûts.....	51
7.1.1. Coûts de base.....	51
7.1.2. Coûts additionnels	52
7.1.2.1. Définition des concepts	52
7.1.2.2. Estimation des coûts	53
7.2. Impacts attendus	58
7.2.1. Mortalité néonatale	58
7.2.2. Mortalité infanto-juvénile.....	59
7.2.3. Mortalité maternelle	60
VIII. INDICATEURS DE SUIVI ET RECOMMANDATIONS	
8.1. Indicateurs de suivi.....	64
8.2. Recommandations	67
CONCLUSION	70

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES72

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG

INTRODUCTION

OTHEQUE

Lors du sommet du millénaire de 2000, les dirigeants de la planète ont adopté la Déclaration du Millénaire, s'engageant sur un projet mondial destiné à réduire résolument l'extrême pauvreté dans ses diverses dimensions. Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) qui sont au nombre de 8¹ font appel entre autres à la réduction considérable de la mortalité maternelle (OMD5) et infanto-juvénile (OMD4). Dans le cadre du suivi des OMD, la communauté internationale s'est engagée à faire baisser le rapport de mortalité maternelle (RMM) de trois quarts et la mortalité infanto-juvénile de 2/3 entre 1990 et 2015.

Dans ce contexte, les estimations des pays en ce qui concerne la mortalité maternelle et son évolution au cours du temps et la mortalité infanto-juvénile constituent une base essentielle pour planifier et appuyer les programmes de santé et orienter les activités de sensibilisation et de recherche. Elles sont également indispensables au niveau international pour faciliter les décisions concernant le soutien financier par les partenaires au développement et les donateurs.

Dans plusieurs pays à faible revenu, notamment en Afrique subsaharienne, les niveaux de mortalité des mères et des enfants de moins de 5 ans sont alarmants et stagnent depuis plus d'une décennie². Les causes profondes de cette situation sont bien connues et sont très souvent en rapport avec la pauvreté, le faible niveau de connaissance des populations, l'accès insuffisant à l'eau potable et aujourd'hui la pandémie croissante du VIH/SIDA.

L'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement dans le secteur de la santé passe par l'amélioration du système de santé et de la situation épidémiologique.

Un système de santé est l'ensemble des activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Il a trois grands objectifs à savoir améliorer la santé de la population desservie, répondre aux attentes de la population, assurer une protection financière contre les coûts d'une santé défectueuse.

¹ Voir annexes

² Rapport OMS 2002

Le système de santé possède quatre grandes fonctions que sont: La prestation de services (provision), le financement, la création des ressources (investissement et formation), l'administration générale (contrôle).

Les ressources humaines sont les principaux apports du système de santé. La performance du système de soins dépend des connaissances, des compétences, des motivations des personnes responsables de la prestation de service. C'est pourquoi il est utile, sinon indispensable de maîtriser ce secteur pour une meilleure prise en charge des malades afin de garantir la santé des populations. La plupart des pays ont un système qui s'inscrit dans cette dynamique et le Cameroun n'est pas laissé en reste.

Les conditions sanitaires au Cameroun se sont considérablement améliorées dans les années 1970 et 1980³. Mais ce rythme s'est ralenti dans les années 1990 avec la crise économique et les problèmes politiques qui ont surgi à cette époque. La santé de la mère et de l'enfant s'est progressivement dégradée avec un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en augmentation sur le plan national. « La mortalité infantile reste également croissante avec un taux qui passe de 65,0‰ en 1991 à 77‰ en 1998 »⁴. Tout ceci est dû à une dégradation du système sanitaire qui éprouve d'énormes difficultés à satisfaire la demande croissante de la population.

Conscient de l'effort à fournir pour atteindre les normes mondiales, le Cameroun dans son DSRP s'est fixé des cibles nationales relatives à la santé de la mère et de l'enfant avec une réduction de 2/5 pour la mortalité infanto-juvénile et de 1/5 pour la mortalité maternelle d'ici 2015⁵. Quelles sont les stratégies efficaces à adopter pour atteindre ces objectifs ?

Notre travail vise à mesurer l'impact d'un système performant via le choix des interventions sanitaires efficaces et prouvées scientifiquement sur les indicateurs de santé. Après avoir décrit le cadre conceptuel nous allons identifier et analyser les goulots d'étranglement. Ensuite nous allons dégager les objectifs de performance et l'implication des ressources humaines. Enfin nous évaluerons les coûts des

³ Stratégie sectorielle de santé du Cameroun : 2001-2010

⁴ Enquêtes démographiques et Santé au Cameroun : 1991 et 1998

⁵ OMD, deuxième rapport de progrès au Cameroun : Décembre 2002

interventions efficaces et des impacts attendus et nous terminerons par les indicateurs de suivi et les recommandations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG -

**I. CONTEXTE ET
PROBLEMATIQUE DE
L'ETUDE**

TIQUE

1.1. Situation sanitaire au Cameroun

Pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2^{ème} et 13^{ème} degrés de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degrés de longitude Est, le Cameroun, de forme triangulaire, 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 Atlantique⁶.

Le Cameroun a une superficie de 475.440 Km² et une population estimée à environ 18 millions d'habitants en 2007, d'où une densité de 38 habitants/km².

1.1.1. Le système de santé

Le système national de santé est structuré en trois niveaux et chacun des niveaux dispose de structures administratives, des formations sanitaires, de structures de dialogue relatives aux fonctions spécifiques comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau I : Les différents niveaux de la pyramide sanitaire

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centres Hospitaliers et Universitaires, Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Provinciaux et assimilés	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Cadre conceptuel du District sanitaire viable (MSP)

⁶ Stratégie sectorielle de santé 2001-2010

Ce tableau fait ressortir :

- **le niveau central** : il est constitué des Services Centraux du Ministère de la Santé Publique et des Hôpitaux Nationaux (référence=4 et centraux= 3) ;
- **le niveau intermédiaire** : il est constitué des Délégations Provinciales de la Santé Publique et des Hôpitaux Provinciaux et Assimilés(11) ;
- **le niveau périphérique** : il comprend 178 hôpitaux de District, 155 centre médicaux d'arrondissement, 1888 Centres de Santé.

Le secteur santé s'articule lui-même en trois sous-secteurs :

- un sous-secteur public ;
- un sous-secteur privé ;
- Un sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Il est à noter que le sous-secteur public comprend également des structures sanitaires sous-tutelle d'autres Départements Ministériels à l'instar du Ministère de la Défense, du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale avec la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale, du Ministère de l'Education Nationale.

Le sous-secteur privé regroupe des structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif. Il dispose de 93 hôpitaux et 559 centres de Santé privés.

La médecine traditionnelle est une composante ancestrale à ne pas négliger dans le secteur santé. Elle n'est pas encore réglementée, d'où l'absence d'une véritable politique nationale en la matière. Toutefois, on relève, en vue de la promotion de cette médecine de nombreuses actions de l'Etat :

- création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique, chargé d'assurer la promotion et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé ;

- création des Centres de Recherches sur les plantes médicinales : l'Institut de Recherche Médicale et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM), Plantes du Cameroun (Plantecam).

Par ailleurs, le Gouvernement encourage l'organisation en Associations des tradipraticiens. Plusieurs problèmes minent cette composante du secteur santé dont :

- la méfiance réciproque entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne ;
- la non structuration de la profession ;
- l'analphabétisme de la plupart des tradipraticiens ;
- l'esoterisme des pratiques ;
- l'absence de cadre juridique ;
- l'infiltration de la profession par de nombreux charlatans.

1.1.2. La politique sanitaire

Quatre étapes majeures ont marqué jusqu'ici l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun :

La période coloniale ou l'apogée de la stratégie d'Eugène Jamot

Elle se caractérise par : (i) l'exercice d'une médecine mobile initiée par le Docteur Eugène Jamot dans le Cameroun Oriental avec des équipes mobiles et bien équipées à l'effet de traquer la maladie du sommeil (Trypanosomiase) au sein et avec l'aide de la communauté, de dépister et de soigner les malades, d'assainir le réservoir de virus, de bloquer et de soigner sur place les malades contagieux affaiblis qui ne peuvent atteindre le dispensaire, de réduire les risques de propagation de la maladie vers les communautés saines ; (ii) la gratuité des soins médicaux aux administrateurs coloniaux , militaires, religieux et accessoirement aux colonisés ; (iii) l'extension (après la 1^{ère} guerre mondiale) du réseau sanitaire vers les zones rurales ; (iv) la formation médicale (Dakar) et para médicale (Ayos) ; (v) la mise sur pied des programmes verticaux mobiles de lutte contre les endémies locales (trypanosomiase, paludisme).

La période post indépendance ou phase des expérimentations

Cette période marque le passage de la phase de conceptualisation à celle d'expérimentation d'idées parfois novatrices. Elle se distingue des précédentes par : (i) l'extension de la couverture des soins à un réseau des hôpitaux et de centres ruraux ; (ii) le développement des ressources humaines pour la santé par la formation des personnels : création d'institutions notamment le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) en 1969 ; (iii) l'intensification de la lutte contre les endémo-épidémies et de la recherche ; (iv) la gratuité des soins.

L'expérimentation s'est faite principalement à travers les Zones de Démonstration des Actions de Santé Publique (D.A.S.P) ou l'avènement de l'approche «services» de santé de base.

Afin de compléter voire remplacer les équipes mobiles de lutte contre les grandes endémies et suite à l'échec de la lutte verticale contre le paludisme, le Cameroun (avec l'appui de l'OMS et l'UNICEF) a mis en place une stratégie des services de santé de base à travers des Zones de Démonstration des Actions de Santé Publique ou Zones D.A.S.P.

La période post Alma Ata : les Soins de Santé Primaires

En 1978, à Alma Ata en URSS, c'est l'adoption par la communauté internationale de l'approche des Soins de Santé Primaires c'est-à-dire des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques rendues universellement accessibles, avec la pleine participation des communautés bénéficiaires.

En 1982, le Cameroun adopte la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires avec comme objectif général d'amener à l'an 2000, tous les êtres humains à un niveau de santé, leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.

Les objectifs spécifiques des soins de santé primaires se résument à :

- offrir à tous les Camerounais des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables ;

- rendre les soins de santé universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation ;
- fournir des soins de santé à un coût que la communauté et le pays peuvent assurer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination.

La réorientation des Soins de Santé Primaires

La réforme du secteur santé du Cameroun se situe dans le cadre d'une approche de la région africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin.

Au Cameroun, les réformes sont élaborées et rendues publiques en 1989 mais officiellement adoptées en 1992 à travers la déclaration de politique sectorielle de santé et, en 1993, la déclaration de la mise en œuvre de la « **Réorientation des Soins de Santé Primaires** ». Dans ce concept, les principes ci-après cités constituent les éléments de base ; il s'agit de :

- la participation de la communauté dans le but de son auto-responsabilisation vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ;
- le respect des Droits de l'Homme, comme celui d'être informé et celui de l'intégrité de l'individu y compris son libre arbitre.

Dans le cadre de cette réforme : le centre de Santé est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé et à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux.

Devant la persistance de nombreuses insuffisances malgré les efforts consentis, le gouvernement Camerounais a élaboré une **stratégie sectorielle de la santé** allant de 2001 à 2010 avec comme objectifs principaux :

1. réduire de 1/3 au moins la charge morbide globale et la mortalité des groupes de population les plus vulnérables notamment la mère, l'enfant et le pauvre ;

Ceci passe par une normalisation des activités, une amélioration de la qualité des actes et des tarifs appliqués à tous les niveaux de l'offre des soins. Le résultat sera l'accroissement du rôle complémentaire des secteurs publics et privés pour l'amélioration de l'accès géographique et financier de la population aux soins de santé de qualité.

2. mettre en place, à une heure de marche et pour 90 % de la population, une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA);

Ce paquet minimum est déterminé de manière à permettre :

- l'amélioration rapide des indicateurs socio-sanitaires ;
- l'évaluation des coûts de sa mise en œuvre afin de faciliter l'élaboration des contrats avec les structures privées engagées à l'appliquer ;
- la mise en place des critères d'assurance de qualité, de suivi, d'évaluation et d'équité en matière de santé.

3. pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et services de santé publics et privés, à différents niveaux de la pyramide. Ceci passe par :

- le renforcement de la planification opérationnelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- le développement d'un système d'informations sanitaires opérationnel pour la gestion des services de santé ;
- le développement du système de budgétisation par objectif à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la supervision de la mise en œuvre du plan d'action ;
- le développement d'un système opérationnel de monitoring périodique à différents niveaux ;

- l'évaluation continue et finale de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé (2001-2010).

Toujours dans la même lancée et en vue d'atteindre les objectifs de 2015 relatifs à la santé, le ministère de la santé a établi un plan d'action qui va de 2008 à 2015 et qui est scindé en deux phases (2008-2011 et 2012-2015). C'est à partir de ce dernier découpage que nous allons planifier les interventions à haut impact pour améliorer la tendance actuelle.

1.1.3. Les ressources disponibles

1.1.3.1. Les ressources humaines

L'Afrique seule représente 25 % du fardeau mondial de la maladie et ne dispose que de 3 % de l'ensemble des professionnels de Santé dans le monde⁷. L'organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique a déploré en août 2007, la forte pénurie des personnels de santé due à la mauvaise utilisation des cadres et leur faible rémunération, la fuite des cerveaux. La norme internationale est de 2,3 professionnels de santé pour 1.000 habitants, alors qu'au Cameroun elle est de 0,63 pour 1000 habitants⁸.

Cette situation très préoccupante qui compromet gravement la sécurité sanitaire du Cameroun figure parmi les priorités du Gouvernement.

⁷ Dr Françoise JEANSON. Personnel de santé au sud : pénurie mortelle. 2006

⁸ Cadre conceptuel du district sanitaire viable (MSP)

Tableau II : répartition des personnels médicaux et paramédicaux par province (effectifs au 15 novembre 2007)

CORPS	PROVINCES										EFFECTIFS GLOBAUX
	AD	CE	ES	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW	
MEDECINS	60	536	66	81	205	54	77	101	63	76	1 319
CHIRURGIENS DENTISTES	2	5	3	4	7	3	4	3	4	4	39
PHARMACIENS	3	10	3	3	5	2	3	2	3	4	38
ADMINISTRATION SANTE PUBLIQUE	1	6	-	1	2	1	-	-	-	-	11
INFIRMIERS	437	1 983	560	750	1 255	626	565	1 091	464	495	8 226
TECHNIQUES MEDICO SANTAIRES	73	419	104	104	183	92	108	151	88	87	1 409
GENIE SANITAIRE	5	84	3	22	31	4	5	23	6	4	187
TECHNIQUES BIOMEDICALES	2	7	2	3	3	4	6	6	2	2	37
CONTRACTUELS	30	212	34	31	52	31	56	36	31	46	559
DÉCISIONNAIRES	27	270	46	47	85	51	83	99	25	48	781
AUTRES	44	521	99	48	241	91	244	60	46	154	1 548
TOTAL	684	4 053	920	1 094	2 069	959	1 151	1 572	732	920	14 154

Source : Cadre conceptuel du District sanitaire viable (MSP)

Ce tableau montre une concentration du personnel dans les grandes provinces notamment le Centre, le Littoral et l'Ouest. Cette situation s'explique par la densité de la population dans ces provinces. Or la province de l'extrême nord a une population plus élevée et dispose d'un personnel inférieur à celui de la province du centre. Cette disparité oblige une nouvelle répartition du personnel pour une meilleure prise en charge de la population.

Tableau III : Ratios habitants/personnel de santé par province en 2007

Ratio	Provinces										EFFECTIFS GLOBAUX
	AD	CE	ES	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW	
habitants/médecin	13 807	5 237	13 807	39 325	11 040	25 841	27 476	22 607	10 323	19 008	13 559
habitants/Infirmier	1 896	1 416	1 627	4 247	1 803	2 229	3 745	2 093	1 402	2 918	2 174

Source : *Cadre conceptuel du District sanitaire viable (MSP)*

La situation des ressources humaines dans le secteur de la santé reste préoccupante. Nous avons : 1 spécialiste pour 62500 habitants, 1 médecin généraliste pour 13559 habitants (norme OMS : 1 médecin pour 10000 habitants), 1 paramédical pour 10989 habitants, 1 infirmier pour 2174 habitants (norme OMS : 1 infirmier pour 3000 habitants)⁹.

Un effort est engagé dans le renforcement des effectifs en vue de corriger le déficit quantitatif et qualitatif afin d'améliorer le ratio personnel/population, corriger le déséquilibre de la pyramide des âges et limiter les effets préjudiciables de la migration des personnels de santé.

1.1.3.2. Les ressources matérielles

a) Les infrastructures

Globalement, la vétusté du patrimoine sanitaire est observée dans 50% des cas. On distingue quatre types d'infrastructures sanitaires : Les centres de santé intégrés et assimilés qui constituent le premier niveau de contact avec la population avec un plateau technique permettant de dispenser des soins de base. Les hôpitaux de district constituent le premier niveau de référence et ils supervisent un ensemble de CSI. Les hôpitaux provinciaux quant à eux sont le deuxième niveau de référence et sont implantés dans le chef lieu de la province. Les hôpitaux nationaux constituent le dernier niveau de référence et dessert l'ensemble de la population avec un plateau technique très spécialisé et une diversité des services offerts.

⁹ Direction des ressources humaines du MSP 2007

Il faut signaler qu'il existe des infrastructures sanitaires relevant du ministère des forces armées.

Le secteur privé quant à lui dispose de 93 hôpitaux et 559 centres de Santé privés.

Pour l'amélioration de la couverture sanitaire, il a été créé en 2007 : 04 Districts de santé ; 130 Centres de Santé Intégrés ; 07 Centres Médicaux d'Arrondissement ; 02 hôpitaux privés confessionnels ont été autorisés à exercer.

Tableau IV : Couverture en infrastructures publiques et privées en 2007

PROVINCES	POPULATION	CSI PUBLIQUE	CS Privé	CMA	H.D	D.S	Ratio pop/ CSI public	Ratio pop/ CMA	Ratio pop/ HD	Ratio pop/ DS
ADAMAOUA	828 409	92	30	12	6	8	9 004	69 034	138 068	103 551
CENTRE	2 806 982	370	123	36	28	29	7 586	77 972	100 249	96 792
EST	911 243	120	36	8	14	14	7 594	113 905	65 089	65 089
EXT- NORD	3 185 285	260	47	15	22	28	12 251	212 352	144 786	113 760
LITTORAL	2 263 185	151	73	12	18	18	14 988	188 599	125 733	125 733
NORD	1 395 420	152	29	3	13	15	9 180	465 140	107 340	93 028
NORD-OUEST	2 115 653	181	62	22	14	18	11 689	96 166	151 118	117 536
OUEST	2 283 258	256	75	18	17	20	8 919	126 848	134 309	114 163
SUD	650 337	145	43	17	8	10	4 485	38 255	81 292	65 034
SUD-OUEST	1 444 575	161	41	12	14	18	8 973	120 381	103 184	80 254
TOTAL 2007	17 884 347	1 888	559	155	154	178	9473	115383	116132	100474

Source : Cadre conceptuel du District sanitaire viable (MSP)

En regardant ce tableau, on constate que les provinces du Centre, de l'Adamaoua, du Sud et du Nord-Ouest sont favorisées. Il reste encore beaucoup à faire pour les provinces de l'Extrême-Nord, du Nord et du Littoral dès lors que l'OMS préconise 1 hôpital de District pour 150000 habitants, 1 CMA (équivalent du centre de santé) pour 50000 habitants et un CSI (poste de santé) pour 10000 habitants.

➤ Accessibilité de la population

Sur le plan de l'accessibilité aux soins, le pourcentage de la population habitant à moins de 5 km d'un centre de santé est en moyenne de 54 %, avec des taux plus bas dans les provinces de l'est, du centre et du sud et des taux élevés dans le sud-ouest, l'ouest et le Littoral. Les populations les plus pauvres sont généralement exclues des soins à cause du coût élevé des soins et de l'inaccessibilité géographique des lieux de consultation en milieu rural¹⁰.

b) Les équipements

Plusieurs structures disposent d'une gamme très variée d'équipements principalement non fonctionnels et obsolètes à cause du manque de maintenance. L'acquisition des équipements ne prend pas en compte des critères aussi importants que les normes, la population à desservir; le niveau du personnel utilisateur, les coûts récurrents, le renouvellement du parc etc. Le Budget alloué en 2007 pour les équipements médicaux est en légère augmentation de 13% environ par rapport à 2006. Contrairement à 2006 où ces crédits étaient délégués, la gestion de cette rubrique a été centralisée en 2007 dans le souci de garantir la qualité et l'effectivité des prestations. Le matériel reste toujours vétuste et insuffisant, nécessitant un effort particulier pour un bon déroulement des prestations.

Les responsabilités de gestion des équipements sont partagées entre plusieurs directions et la périphérie (ce qui ne favorise pas une utilisation rationnelle des ressources et compétences disponibles) et les pièces de rechange sont indisponibles accentuant la contre performance des services techniques.

1.1.3.3. Le financement de la santé

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont : le budget de L'Etat, les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs et le financement extérieur. Les collectivités publiques locales et l'assurance-maladie privée apportent une contribution marginale.

¹⁰ OMS. Stratégie de coopération de l'oms avec les pays : Cameroun 2003-2007

Des disproportions énormes existent entre ces différentes sources de financement. En 1996 par exemple, sur un financement total du secteur estimé à 173 milliards de FCFA, la contribution des ménages s'élevait à 73 %¹¹ contre 11 % pour l'État et 7 % pour les partenaires extérieurs.

➤ Le financement par l'Etat

La proportion du budget de l'État affectée à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé de 1992 qui prévoyait d'en assurer un accroissement progressif jusqu'à 10 % du budget de l'État, pour témoigner de la priorité accordée au secteur de la santé et de l'adhésion aux recommandations de l'OMS. Cette situation est aggravée par la faible capacité d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget, qui représentent environ 25 % du budget alloué au Ministère de la Santé publique.

Tableau V : Evolution du budget de l'Etat et du budget de la santé en milliards de FCFA de 2000 à 2007(réalisations)

Année	Budget de l'Etat	Budget santé	Part santé dans Etat en %
2000-2001	1241,218	55,318	4,45
2001-2002	2115,057	96,136	4,5
2003	1378	59,442	4,3
2004	1345	79,283	5,9
2005	1476	71,462	4,8
2006	1861	84,077	4,5
2007	2251	105,266	4,6

Sources : Extrait MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs)

L'exercice budgétaire du ministère de la santé au Cameroun chevauchait depuis 1960 sur deux ans, c'est-à-dire du 1^{er} juillet au 30 juin. Mais depuis 2003, il a été établi un exercice allant du 1^{er} janvier au 31 décembre.

¹¹ Ntangsi Joseph, An analysis of Health Sector Expenditure in Cameroon using a National health account framework

Comme le montre le tableau ci-dessus, la part du budget allouée au Ministère de la Santé n'a pas encore atteint les 10% recommandés, même si on peut noter une légère remontée en 2004.

Les ressources budgétaires de l'Etat n'ont cessé de s'accroître ces dernières années (depuis 2001), grâce au retour de la croissance, aux marges de manœuvre offertes par l'Initiative PPTTE (2001-2002) et à la solidarité internationale.

Le budget global alloué au secteur de la Santé au titre de l'exercice 2008 a diminué par rapport à l'année 2007 à cause d'un faible taux d'exécution. Les dépenses de fonctionnement ont occupés plus de la moitié du budget de la santé en 2007 tandis que le budget d'investissement a représenté 16%¹².

➤ le financement par les ménages

Il se fait par plusieurs mécanismes tels que le paiement des prestations, l'achat des médicaments essentiels, l'investissement humain, les dons et legs.

En moyenne, la dépense annuelle de santé par tête au niveau national est estimée à 22 000FCFA. Les ménages urbains dépensent plus que les ménages ruraux, soit 39 000FCFA par an et par personne contre 13 000FCFA. Par ailleurs les ménages urbains ont un accès physique plus facile aux centres de santé.

S'agissant de la part des dépenses consacrées à la santé, elle est estimée au niveau national à 7,6 % des dépenses totales des ménages mais ce comportement n'est pas uniforme à travers les régions (ECAM II).

Le mécanisme de paiement à l'acte pratiqué au Cameroun est essentiellement à sens unique, le praticien étant seul concerné dans la tarification des actes et autres services. Ceci maintient les populations dans une gestion au coup par coup de leurs problèmes de santé. Selon l'ECAM II, les jeunes de moins de 5 ans et les personnes de plus de 55 ans constituent les couches les plus vulnérables.

➤ Le financement extérieur

En 1998, le secteur de la santé a reçu US \$18,8 millions dans le cadre de l'assistance au développement contre US \$24,2 millions en 1997, soit une baisse de 22 %. Les soins de santé primaires constituent globalement la principale destination

¹² Extrait MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs)

de ce financement, ce qui est conforme à la politique nationale de santé. Les autres domaines d'affectation sont : les politiques et planifications sectorielles, les hôpitaux et dispensaires, la planification familiale et vaccinations et autres campagnes de lutte contre les maladies¹³.

On note une bonne participation des partenaires pour l'amélioration de l'état de santé de la population camerounaise, conformément aux orientations de la Stratégie Sectorielle de Santé. L'ensemble des financements extérieurs mobilisés par le Ministère de la Santé Publique est estimé à 20 000 000 000 CFA (2007) consacrés essentiellement à la lutte contre la maladie, le renforcement du PEV, les infrastructures et les médicaments.

1.1.4. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Cameroun, comme celui de la plupart des pays en Afrique au Sud du Sahara, est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Il convient cependant de souligner la tendance à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète sucré et les cancers. Par ailleurs, certaines maladies qui avaient considérablement régressés sont en recrudescence: c'est le cas de la Tuberculose, de la Trypanosomiase humaine africaine (THA) etc. La situation épidémiologique se trouve aujourd'hui aggravée par la pandémie galopante de l'infection à VIH/SIDA.

Le Paludisme demeure une endémie majeure, constituant la première cause de morbidité et représente :

- 40 à 50% des consultations médicales ;
- 23% des hospitalisations ;
- 26% des arrêts maladie et 40% du budget annuel de santé des ménages¹⁴.

Les infections respiratoires et les maladies gastro-intestinales constituent les autres causes principales de décès, en particulier, chez les enfants de moins de 5 ans.

¹³ Rapport du PNUD 1998

¹⁴ Plan stratégique national de lutte contre le paludisme, MSP, avril 2002

Le **VIH/SIDA**, en raison de l'augmentation croissante de sa prévalence, constitue une vraie menace. En 2000, la prévalence de l'infection était de 11 % soit 22 fois plus élevée qu'en 1987 (0,5 %). Le taux de prévalence varie entre 6 % à l'ouest et au Littoral et 17 % dans l'Adamaoua. Il est plus élevé chez les jeunes de 20 à 24 ans (12,20 %), et autant d'hommes que de femmes développent le SIDA¹⁵.

Ces taux élevés s'expliquent par la pauvreté, l'inefficacité des campagnes de sensibilisation, le faible accès des personnes infectées par les IST et SIDA à une prise en charge adéquate, la persistance des comportements et pratiques à risque tant chez l'individu que dans la communauté. Le taux d'utilisation des préservatifs reste faible (2,1 % chez les femmes et 8,3 % chez les hommes)¹⁶.

➤ **Maladies infectieuses et parasitaires en recrudescence**

L'épidémiologie de la **tuberculose** est en train d'être modifiée par la progression de l'infection à VIH et par la misère croissante dans certains groupes sociaux. Le nombre de cas de tuberculose est mal connu en raison de la faiblesse du système national d'information sanitaire et des faibles capacités de dépistage des formations sanitaires. Cependant, selon le Programme national de lutte contre la tuberculose, le nombre de cas est passé de 544 en 1997 à 6 288 en 2001¹⁷. En outre, la multi-résistance secondaire aux antituberculeux majeurs est passé de 13,2 % à 27,6 % pour la même période. Ceci traduit une aggravation du problème au fil des ans, d'autant que cela impose pour la prise en charge des cas, le recours à des médicaments plus coûteux, pas toujours disponibles, moins bien tolérés et nécessitant une durée de traitement plus longue.

D'autres maladies en recrudescence sont la **trypanosomiase humaine africaine, et l'ulcère de Buruli**.

Par ailleurs la **fièvre jaune** pourrait constituer une menace en raison de sa situation épidémiologique dans la région. Les efforts de surveillance en cours doivent être poursuivis dans le cadre de la surveillance épidémiologique intégrée et la réponse.

¹⁵ Plan de travail intégré des Nations Unies sur le VIH/SIDA au Cameroun.2002-2004

¹⁶ EDS, 1998

¹⁷ Plan stratégique de lutte contre la tuberculose, MSP, mai 2002

➤ **Maladies infectieuses et parasitaires en voie d'élimination ou d'éradication**

De 1996 à 2001, le ministère de la santé a mené avec succès les campagnes de vaccination de masse contre la **poliomyélite** chez les enfants de 0 à 59 mois. La surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) mise en place en 1997 est appelé à devenir de plus en plus sensible, la préoccupation actuelle étant le confinement des poliovirus sauvages dans les laboratoires. Le dernier cas confirmé de poliovirus sauvage a été détecté en 1999.

Le **tétanos maternel et néonatal** est insuffisamment notifié (279 cas en 2000 sur les 1375 attendus). La couverture vaccinale en VAT 2+ chez les femmes enceintes n'a jamais dépassé 50 % du fait de la faiblesse du PEV de routine, autant que de l'absence de campagne de masse. Cent vingt et un districts de santé ont été classés à haut risque et font l'objet de campagnes de vaccination de masse sur 5 ans depuis 2002, ainsi que du renforcement de la surveillance des cas.

La **rougeole** sévit de manière endémique dans toutes les provinces du pays et en particulier dans les trois provinces septentrionales, avec une recrudescence saisonnière. De 1997 à 2001, le nombre des cas déclarés est passé de 7000 à 24 000 avec plus de 350 décès en 2001, en particulier du fait de la faiblesse du PEV de routine. Une campagne de vaccination de masse visant les enfants âgés de 9 mois à 15 ans, a été menée en janvier 2002 dans les trois provinces septentrionales, avec pour résultat une réduction de la morbidité et la mortalité spécifique de l'ordre de 96%¹⁸ en 6 mois. Une extension des campagnes est prévue sur l'ensemble du pays.

¹⁸ Programme élargi de vaccination, MSP août 2002

L'**onchocercose**, est encore endémique dans tout le pays à des degrés de sévérité variables. La population à risque est estimée à 62 % et l'onchocercose représente la 3ème cause de cécité au Cameroun. Un programme national de lutte contre l'onchocercose existe et bénéficie de l'appui de l'OMS dans le cadre du programme APOC (African Programme for Onchocerciasis Control). Ce programme est mené avec un appui particulier des communautés dans le cadre de l'Initiative traitement à l'ivermectine sous directive communautaire (TIDC).

La **dracunculose ou maladie du ver de Guinée** et la **lèpre** ne constituent plus de problèmes majeurs de santé au Cameroun. La dracunculose est en phase de pré certification de l'éradication et la lèpre est en voie d'élimination.

➤ **Les maladies non transmissibles**

La **malnutrition** augmente régulièrement d'année en année et affecte la santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes. Selon l'EDS 1998¹⁹, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique a presque doublé pour les enfants de moins de 6 mois entre 1991 (3,2 %) et 1998 (5,5 %) car l'allaitement maternel bien que répandu, n'est pas pratiquée de façon optimale. Elle a augmenté de près de 50 % chez les enfants de 6 à 23 mois, variant entre 32 % et 44 % sur les deux années chez les enfants de 12 à 23 mois du fait que les aliments solides, introduits trop tôt sont souvent inadéquats. En 1998, 29 % des enfants de moins de 3 ans souffraient de malnutrition chronique, 11 % de malnutrition sévère, 6 % de malnutrition aiguë et 22 % d'insuffisance pondérale.

L'enquête nationale 2000 sur la carence en vitamine A et l'anémie montre que le pourcentage de la population cible souffrant d'anémie était de 57,5 % chez les enfants âgés de 1 à 5 ans, 53,5 % chez les femmes enceintes, 27,3 % chez les femmes de 15 à 45 ans et seulement 8,4 % chez les hommes.

➤ **Morbidité et mortalité maternelles et infanto-juvéniles**

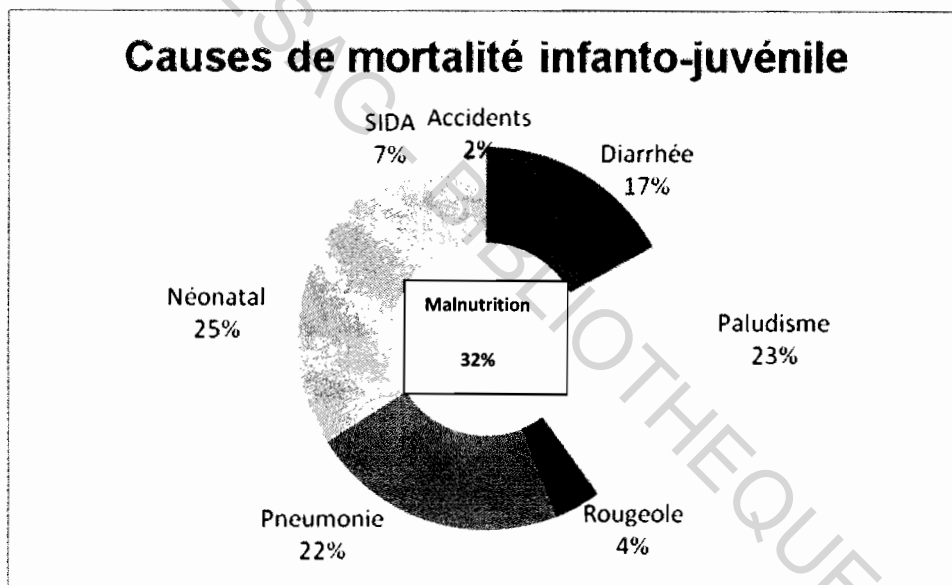
L'analyse des indicateurs sanitaires au Cameroun présente un tableau relativement sombre au regard des moyennes observées dans la région africaine.

¹⁹ Enquête démographique et de santé 1998

En effet, on constate une mortalité assez élevée, aussi bien chez les mères, les nouveaux nés que chez les enfants de moins de cinq ans, avec respectivement 669 pour 100000 naissances vivantes ; 29 pour 1000 naissances vivantes et 144 pour 1000 naissances vivantes.

Des tendances analysées montrent que le pays a enregistré une augmentation significative du taux de mortalité infanto-juvénile allant de 126.3‰ à 150.7‰ de 1991 à 1998. Il demeure cependant, que pour atteindre le niveau attendu en 2015, des efforts soutenus sont nécessaires.

Graphique 1 : Causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Cameroun



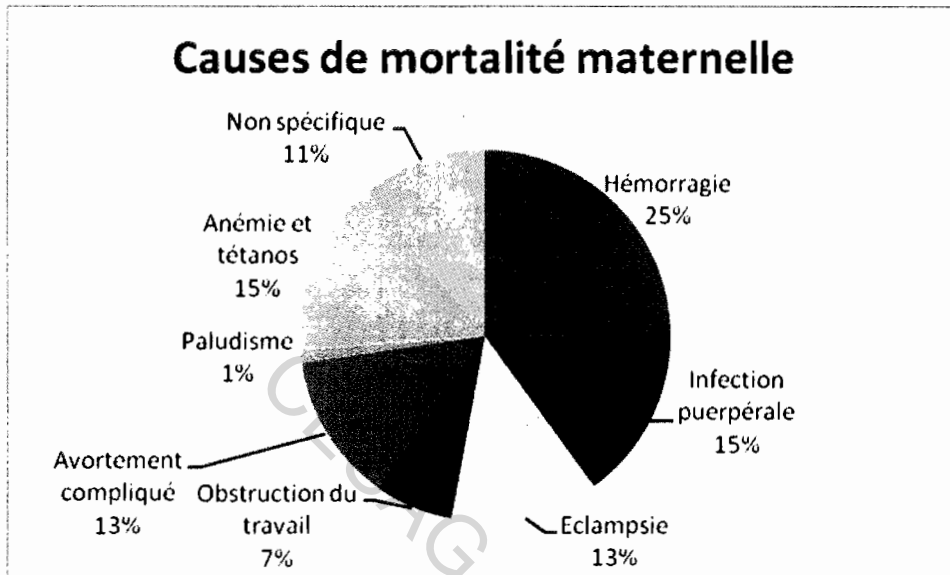
Source : World Health report 2006

La plupart des décès d'enfants sont dus aux causes néonatales (25%), aux infections respiratoires aiguës (22%), aux maladies diarrhéiques (17%), au paludisme (23%), à la rougeole et aux carences nutritionnelles²⁰. Ces maladies sont responsables de 75% de décès chez les enfants de moins de cinq ans au Cameroun. La prévalence de la malnutrition globale qui est de 32% mérite une attention particulière. Il faut noter que la malnutrition est souvent associée aux autres pathologies dans 50% des cas de mortalité infanto-juvénile.

²⁰ EDS 2004

Quant à la mortalité maternelle, elle s'affiche parmi celles les plus élevées au monde.

Graphique 2 : Principales Causes de mortalité maternelle au Cameroun



Source : *Journal de la société de gynécologie obstétrique*

Les principales causes sont : l'infection puerpérale, l'éclampsie, les avortements compliqués et d'autres causes non spécifiées. Ces dernières sont essentiellement dues au dépistage tardif des complications, de l'arrivée tardive au centre de santé ou de l'administration tardive de soins appropriés. Ces décès pourraient donc être évités si les femmes avaient accès à des soins prénatals durant la grossesse, aux soins d'urgence en cas de complications et si les accouchements étaient assistés par une personne qualifiée.

1.2. Problématique

Le Cameroun est un pays pauvre avec une population totale d'environ 18000000 d'habitants et une population des moins de 5 ans évaluée à 2880000²¹ soit environ 19%. Le taux de croissance est de 2,8%²². L'espérance de vie à la naissance qui a

²¹ Estimation à partir du taux de croissance de la population

²² EDS 2004

régressé depuis 2004 (50 ans) est actuellement de 46 ans et l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 41,1 ans pour les hommes contre 41,8 ans pour les femmes²³. La mortalité néonatale est estimée à 29 pour 1000 naissances vivantes tandis que la mortalité infanto-juvénile est de 144 pour 1000 naissances vivantes⁶. La mortalité de l'adulte h/f (pour 1000) est de 444 / 432 avec une prévalence du VIH/SIDA de 5,4%⁷. Le ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) est de 669. Le taux d'alphabétisation est évalué à 74%⁶.

Les indicateurs de performance actuellement disponibles montrent que le système de santé Camerounais est malade et devrait être remis en état pour mieux répondre aux besoins de santé publique du pays. S'agissant de l'offre des soins, elle présente de très grandes insuffisances dans toutes ses composantes, à savoir : les ressources humaines, les infrastructures et les équipements.

L'organisation des services de santé, maillon important dans l'offre des soins (il importe de relever que la complémentarité des hôpitaux à travers un système de référence/contre référence) est insuffisamment développée. Les effets pervers dans ce domaine se traduisent par l'atonie des pôles d'excellence et l'accroissement des évacuations sanitaires à l'étranger, lesquelles ne sont pas toujours justifiées, compte tenu du niveau des investissements consentis par l'Etat dans les hôpitaux de référence de Yaoundé et de Douala. Cette situation porte un préjudice important aux finances publiques, ainsi qu'à la perception extérieure du système de santé Camerounais et de son expertise médicale.

Pour ce qui est des médicaments et dispositifs médicaux essentiels, si leur disponibilité est de plus en plus satisfaisante, leur accessibilité, notamment financière, reste encore faible et n'assure pas concrètement l'atteinte des objectifs du gouvernement dans ce domaine. Il existe de nombreuses contraintes relatives à l'approvisionnement, à la distribution, aux ventes illicites, à l'usage rationnel et aux comportements des prescripteurs.

Le déficit en personnel de santé est une réalité tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Le patrimoine d'infrastructures et d'équipements a connu d'importantes dégradations pendant que les nouveaux investissements ont été limités du fait de la

²³ Situation des enfants dans le monde 2007

récession économique ; la gestion et le développement de toutes ces ressources s'effectuent sans aucune référence normative.

Le financement de la santé est assuré en grande partie par les ménages et la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat va plutôt en décroissance. La compression des ressources financières de ce secteur a engendré la dégradation des infrastructures, une insuffisance des équipements et des matériels dans les formations sanitaires. Les conditions de travail du personnel se sont dégradées entraînant une démotivation du personnel et une baisse de la qualité des soins. La couverture en infrastructure reste insuffisante et celles existantes nécessitent en partie une réhabilitation.

En plus de ces problèmes suscités, le système de santé est confronté à la persistance de certaines maladies telles que le Paludisme, la Tuberculose, le VIH/SIDA, les IST et les maladies de l'enfance pouvant être évitées pour la plupart à l'aide d'interventions de santé et de nutrition dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

Tous ces éléments suscités entravent le système et freinent la prise en charge de la population et par conséquent empêchent l'atteinte des objectifs fixés notamment la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile qui restent encore élevées. Ce qui nous amène à revoir les stratégies précédemment adoptées par le système afin de maximiser les interventions jugées mondialement efficaces pour améliorer la santé maternelle et infanto-juvénile.

II. OBJECTIFS ET INTERET DE L'ETUDE

2.1. Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude se déclinent en objectif général et objectifs spécifiques.

2.1.1. Objectif général

Il consiste à évaluer l'impact d'une meilleure planification des interventions sanitaires sur l'atteinte des OMD relatifs à la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant au Cameroun.

2.1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les facteurs qui entravent la prestation des services de santé (goulots d'étranglements) et les opportunités d'améliorer cette situation,
- Déterminer les besoins financiers nécessaires pour atteindre les objectifs du millénaire au développement afin d'améliorer la santé des populations.

2.2. Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude peut être apprécié à trois niveaux :

• Pour le Ministère de la santé publique

Ce travail pourrait contribuer à l'amélioration du processus de planification des interventions sanitaires. Les résultats obtenus devront permettre d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les mesures de politique de santé et permettre une meilleure allocation des ressources.

• Pour nous-même

Cette étude nous permettra de nous familiariser avec la mise en œuvre d'un processus de planification associé à une détermination des coûts additionnels (budgétisation) des différentes interventions choisies.

• Pour le CESAG

Ce mémoire constitue une documentation pour l'école. Il permettra à l'institution de juger de la qualité de l'enseignement fourni.

CESAG

**III. REVUE DE LA
LITTERATURE**

THEQUE

Il existe une littérature descriptive assez fournie sur la performance des systèmes de santé basée sur la mesure : des réalisations des objectifs, de la performance en terme de niveau de santé et de la performance globale de ces systèmes. Par contre, Il existe très peu d'études basées sur la performance des systèmes en rapport spécifiquement avec les OMD relatifs à la santé maternelle et infanto juvénile. Des études scientifiques ont prouvé l'efficacité des interventions prioritaires sur la réduction des mortalités maternelle, néonatale et infanto juvénile.

- Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde de 2000, la performance en matière de niveau de santé est définie comme le rapport entre les niveaux de santé atteints et ceux qui pourraient l'être par le système de santé le plus efficace. L'indicateur d'impact utilisé ici est l'espérance de vie corrigé de l'incapacité (EVCI). Les résultats d'ensemble de la performance des systèmes obtenus sont en rapport avec le niveau de santé, le niveau de la réactivité, la distribution de la réactivité et l'équité de la contribution financière. La performance globale des systèmes est mesurée dans ce rapport par un procédé qui consiste à ramener les résultats d'ensemble du système de santé à ses dépenses²⁴.

- Selon le document de BRUNET-JAÏLLY²⁵, l'article basé sur les dimensions de la qualité des services de santé présente et analyse les différentes facettes de la qualité des services de santé ; il apprécie également la manière dont elles influencent la performance de systèmes de santé. L'étude prend en compte les six attributs relatifs à la qualité²⁶ à savoir : l'efficacité, l'efficience, le caractère optimal, l'acceptabilité, la légitimité et l'équité. Ces attributs appliqués à des actes, des interventions et des programmes portent sur trois points que sont les ressources y compris l'organisation (médicaments, personnels, infrastructures etc.), les processus (utilisation et suivi des malades etc.) et les résultats (efficacité des soins et guérison rapide). La bonne conceptualisation de la mesure de la qualité conduit à une amélioration des services de santé voire le système de santé.

²⁴ Tandon A et Coll. Measuring overall health system performance for 191 countries.

²⁵ innover dans les systèmes de santé (expériences de l'Afrique de l'OUEST) ;

²⁶ Donabedian, 1992

- Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde de 2005, la santé maternelle, néonatale et infantile est placée dans un contexte plus large qui est celui du développement des systèmes de santé. Aujourd'hui, la santé maternelle, néonatale et infanto juvénile ne s'analyse plus en termes purement techniques, mais dans le cadre d'un objectif plus large qui est celui de l'accès universel aux soins. Ce rapport est une vaste étude portant sur les obstacles auxquels sont confrontées les femmes avant et pendant la grossesse, lors de l'accouchement, et pendant les semaines, les mois et les années qui suivent, aussi bien pour elles-mêmes que pour leurs enfants. Il accorde une attention particulière au sort des nouveau-nés, dont les besoins particuliers ne sont pas pris en compte en raison de la séparation des programmes de santé destinés aux mères et aux enfants. Cette approche exige un investissement massif dans les systèmes de santé, et en particulier le déploiement de professionnels de la santé beaucoup plus nombreux, notamment des médecins, des sages femmes et des infirmières. D'après le rapport, pour une sécurité optimale, chaque femme, sans exception, doit avoir accès à des soins professionnels spécialisés pendant l'accouchement, et la continuité des soins pour le nouveau-né dans les semaines qui suivent est essentielle.
- Selon le rapport de l'OMS 2004, La capacité des prestataires de soins à assumer leurs tâches dépend des ressources qu'ils peuvent mobiliser. On peut diviser celles-ci en ressources matérielles, comme les bâtiments, l'équipement, le personnel et les fournitures, et en ressources immatérielles, c'est-à-dire les systèmes de gestion qui régissent l'utilisation des premières. Dans les pays particulièrement frappés par la maladie, ces ressources font souvent gravement défaut, ce qui rend nécessaires des investissements substantiels. On peut considérer à cet égard que c'est la pénurie de ressources humaines qui restreint le plus la capacité de dispenser des services efficaces. l'amélioration du système de santé passe par une forte implication des ressources humaines.
- Selon l'OCDE²⁷, le cycle de mesure et de gestion de la performance commence par l'établissement d'objectifs explicites suivis de l'adoption d'indicateurs de performance spécifiques, puis d'analyse et d'actions visant à engendrer le

²⁷ Jeremy HURST : *Mesure et amélioration de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE : Aperçu des enjeux et des défis* ; 2002

changement et à améliorer la performance sur divers plans tels que : l'équité, l'accès, l'efficacité, l'efficience et la réactivité sociale. Cette étude ressort le fait qu'il n'existe pas de schéma standard pour la performance des systèmes, mais que cette dernière est liée aux ressources matérielles, financières, humaines et organisationnelles, à la culture professionnelle, à la perception qu'a la population en tant que participant actif ou passif dans les interactions liées aux soins de santé.

Toutes ces études nous montrent différentes approches de l'amélioration de la performance des systèmes de santé. L'une des insuffisances de ces études est qu'elles ne calculent pas le coût nécessaire à chaque approche et ne donnent pas le pourcentage de réduction des différentes mortalités d'ici 2015 qui est le délai fixée par nos multiples dirigeants.

Ainsi, tout en mettant en évidence le lien entre atteinte des OMD et performance du système, il s'agira pour notre étude d'analyser le système de santé pour déceler les obstacles afin d'éclairer la décision en matière de politique nationale de santé.

CESAG - B
THEQUE

IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

4.1. Modèle théorique

La performance d'un système de santé via son organisation, le choix des interventions sanitaires menées, le financement de la santé et les ressources disponibles contribue à l'amélioration de la santé des populations. Il s'agit d'évaluer la contribution d'un système de santé performant sur les indicateurs de santé en rapport avec la mère, le nouveau-né et l'enfant et d'évaluer les coûts des interventions sanitaires jugées mondialement efficaces et adaptées à cette couche de la population.

Les multiples déterminants de la réduction des mortalités maternelle, néonatale et infantiles seront analysés dans ce travail.

4.1.1. Les composantes de la performance du système de santé

Notre étude va prendre en compte six composantes de la performance. Ces derniers sont séquentiels et nous avons :

- La disponibilité des intrants essentiels: c'est l'évaluation de la disponibilité des produits du système de santé comme les médicaments, les vaccins, les équipements et autres approvisionnements.
- La disponibilité des ressources humaines : c'est évaluer la disponibilité des ressources humaines. On peut obtenir cette information grâce au système d'information des ressources humaines.

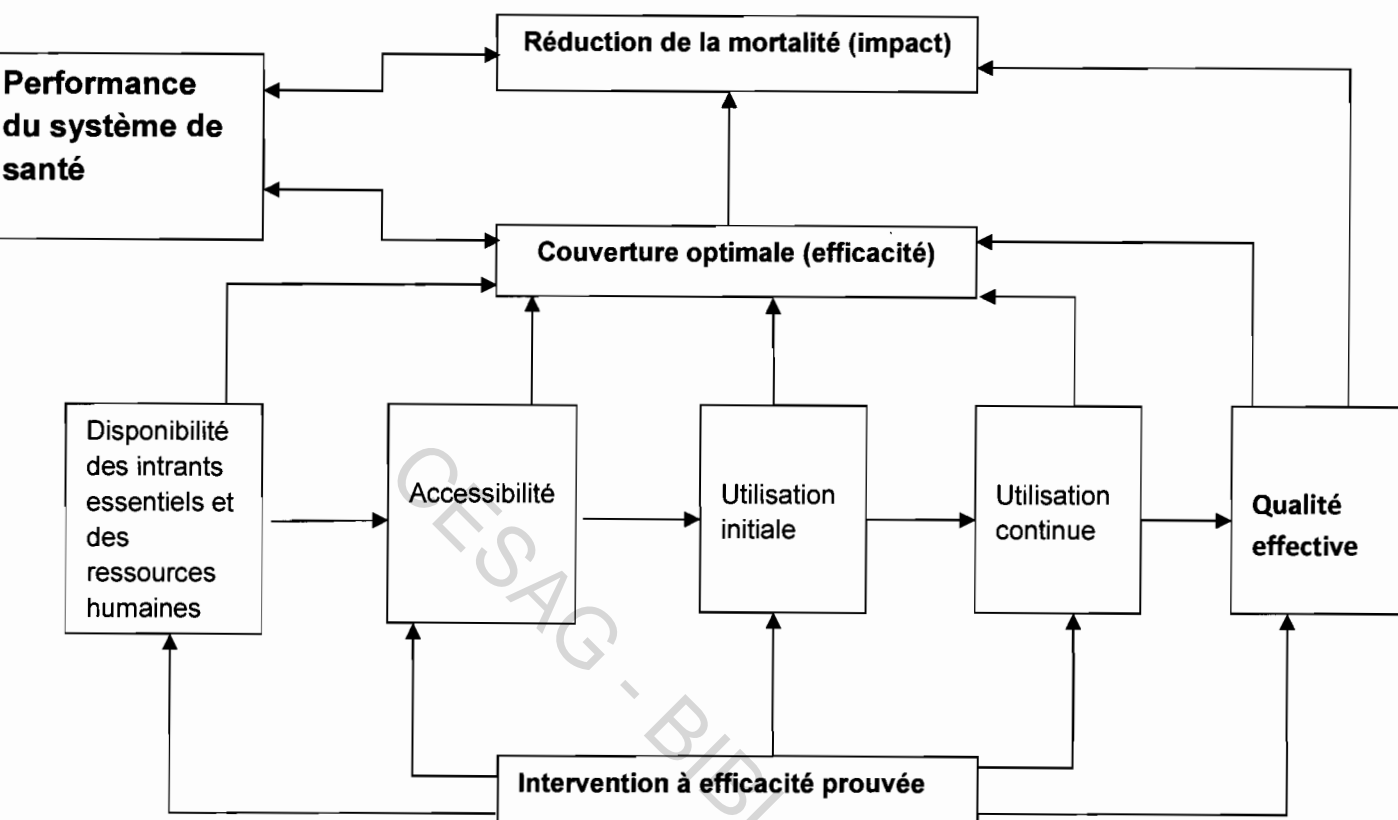
La disponibilité des intrants et des ressources humaines doivent nécessairement conduire à l'accessibilité. Car si les intrants et ressources humaines existent, il faut qu'ils soient accessibles à la population.

- L'accessibilité : c'est la description de l'accès physique des patients aux services de santé. L'accessibilité implique la disponibilité des ressources humaines formées au niveau communautaire. Elle traduit l'accès aux villages au moins une fois par mois par des services de proximité, le temps nécessaire

pour accéder à une structure de services de soins obstétricaux et néonataux de base et d'urgence.

- L'utilisation Initiale : c'est la description de la première utilisation d'un service multi-contact, par exemple le premier contact anténatal ou le vaccin BCG. L'utilisation initiale révèle les membres de la population cible qui ont réellement recours aux services.
- L'utilisation continue, en temps voulu : indique la portée de la réalisation d'un objectif en comparaison avec des contacts et/ou services optimaux. Par exemple, le % d'enfants recevant le vaccin DTC ou contre la rougeole, ou le % de femmes recevant trois contacts anténataux, et selon la politique nationale en vigueur. Ainsi, cet indicateur renseigne sur la continuité et la conformité des soins.
- La qualité Effective : c'est l'explication de la qualité des soins, mesurée par l'estimation de compétences des professionnels de la santé. Ces compétences sont évaluées relativement à leur capacité à examiner les bénéficiaires, à diagnostiquer, à permettre les interventions requises, à utiliser les équipements de manière appropriée ainsi qu'à conseiller de manière adéquate. Cela s'effectue en observation directe, par le biais de simulations ou d'entretiens. La « Qualité Effective » signifie que les patients potentiels reçoivent des soins de qualité. C'est ce dernier indicateur qui aura un impact direct sur la réduction de la mortalité.

Schéma 1 : Modèle d'analyse de l'étude



4.2. Hypothèses testées

Pour tester le modèle théorique, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

- Le choix des interventions jugées efficaces et la suppression des contraintes du système de santé influencent positivement les indicateurs de santé.

En effet, des recherches scientifiques récentes ont solidement prouvé comment et à quel point des interventions sanitaires spécifiques peuvent améliorer les résultats de santé dans les pays en développement. Ces recherches comprennent les séries Lancet sur la Survie de l'enfant et des Nouveaux Nés, la Cochrane review sur les interventions de santé ayant pour cible la mortalité maternelle et les publications BMJ.

- L'augmentation des ressources humaines a un impact positif sur l'amélioration du système de santé, et par conséquent sur la santé des populations.

En effet, selon le rapport 2006 de l'OMS, l'atteinte des OMD via la performance du système de santé ne peut se faire sans une augmentation des ressources humaines. Il a été démontré que plus le nombre d'agents de santé augmente, plus la probabilité de survie est élevée²⁸.

4.3. Méthodologie de l'étude

L'unité d'analyse constitue le système de santé pyramidal avec les trois niveaux de prestations de service à savoir : les services à base communautaire orientés vers les familles, les services orientés vers les populations et les soins cliniques individuels.

Il s'agit d'une étude prévisionnelle portée sur une analyse temporelle et de transection car la détermination de l'impact concerne plusieurs couches de la population. Les données recueillies vont nous servir à : identifier les obstacles au bon fonctionnement du système de santé, calculer certains indicateurs, analyser et comparer les coûts dans le temps et entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et suivant les domaines prioritaires de la politique nationale de santé actuelle.

4.3.1. Collecte des données

Les données sont collectées au moyen de la recherche documentaire et d'entretiens.

Nous avons eu des entretiens avec certains chefs de service : des programmes, des ressources humaines, de l'Institut National de la Statistique, du Secrétariat technique du Ministère de la santé Publique. La recherche documentaire s'est faite au Ministère de la santé publique, au Ministère de l'économie et des finances, auprès des partenaires au développement et à l'Institut National de la Statistique.

L'analyse documentaire s'est faite à travers les documents suivants : l'Enquête Démographique et de Santé, la carte sanitaire, le Document stratégique de réduction de la pauvreté, la stratégie sectorielle de santé 2001-2010, les dépenses du secteur de la santé, the fiscal space Cameroon draft, la loi des finances du secteur santé etc.

²⁸ Dr Françoise JEANSON. Personnel de santé au sud : pénurie mortelle. 2006

4.3.2. Traitement des données

Nous utiliserons les logiciels suivants: Word pour le traitement de texte, Excel pour les tableaux et graphiques. Le traitement et l'analyse des données recueillies se fera par le MBB qui est un outil de budgétisation pour la levée des goulots d'étranglements. Cet outil prend en compte les éléments du système de santé, le profil épidémiologique, les interventions de la politique nationale de santé, les objectifs de couverture des interventions et les coûts unitaires des intrants essentiels. L'approche focalise sur l'identification des interventions avérées efficaces et actuellement mises en œuvre dans certains pays à travers des systèmes de santé spécifiques. Sur la base de la couverture actuelle de ces interventions, des objectifs réalistes sont définis en tenant compte des contraintes entravant la performance du système de santé en place, et du contexte épidémiologique (morbidité et mortalité). La budgétisation pour la levée des goulots d'étranglement repose sur les coûts unitaires des intrants spécifiques au pays. L'outil calcule le coût additionnel qu'engendrerait l'augmentation de couverture de chaque intervention retenue pour atteindre les objectifs fixés

**V. IDENTIFICATION, ANALYSE
DES GOULOTS
D'ETRANGLEMENT ET
STRATEGIES DE
RENFORCEMENT DES
CAPACITES**

L'identification des facteurs qui entravent le système est une étape très importante pour l'analyse du système.

5.1. Identification et analyse des goulots d'étranglement

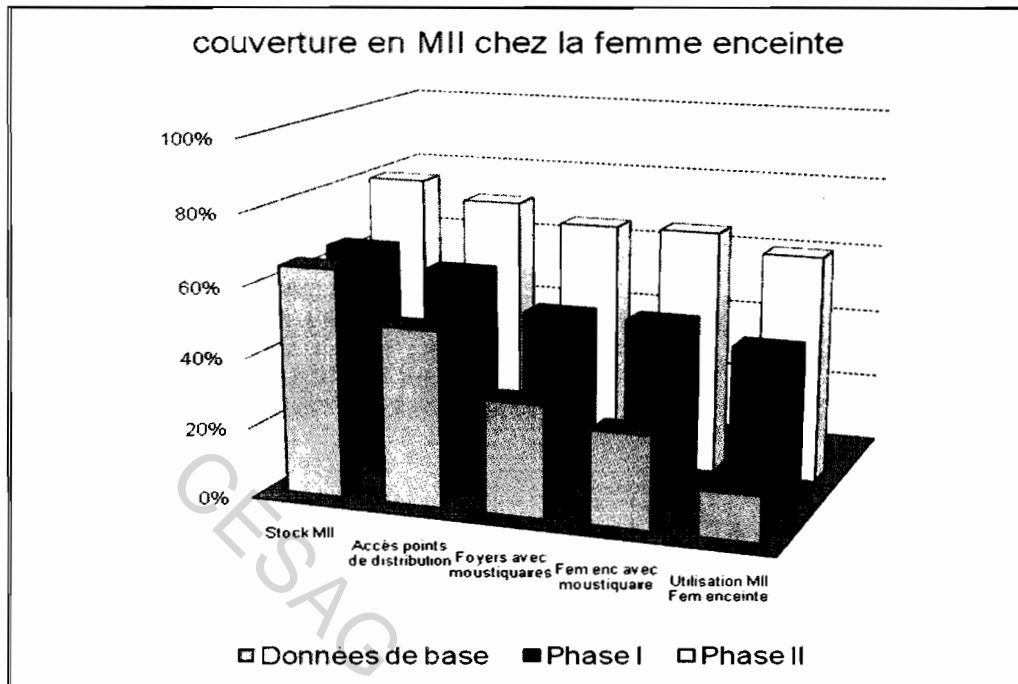
On identifie les Goulots d'étranglement en observant les lacunes entre les six composantes et en déterminant le maillon le plus faible dans la chaîne de prestation de services. Il existe de nombreux facteurs qui entravent la prise en charge de la mère et de l'enfant. Ces facteurs sont abordés selon les différents niveaux de prestations de services pour une meilleure compréhension. A chaque niveau, 3 interventions à efficacité prouvée sont choisies. Ces interventions ciblées sont en fait des interventions traceurs qui représentent un paquet d'intervention et dont les données sont disponibles.

L'analyse des goulots permet de déceler les causes et les conséquences de la faible performance du système de santé actuel et de trouver des solutions pour son amélioration.

5.1.1. Services à base communautaire orientés vers les familles

Ils renvoient aux services sanitaires et aux interventions pour le changement de comportement dispensés à domicile ou au niveau communautaire. Ces activités, que les familles pratiquent le plus, peuvent être menées par les foyers ou communautés elles-mêmes après avoir reçu les conseils des professionnels de la santé. Les trois interventions choisies sont la couverture en moustiquaire imprégnée chez la femme enceinte, l'allaitement maternel exclusif et la couverture en solution de réhydratation orale (SRO) chez les enfants diarrhéiques.

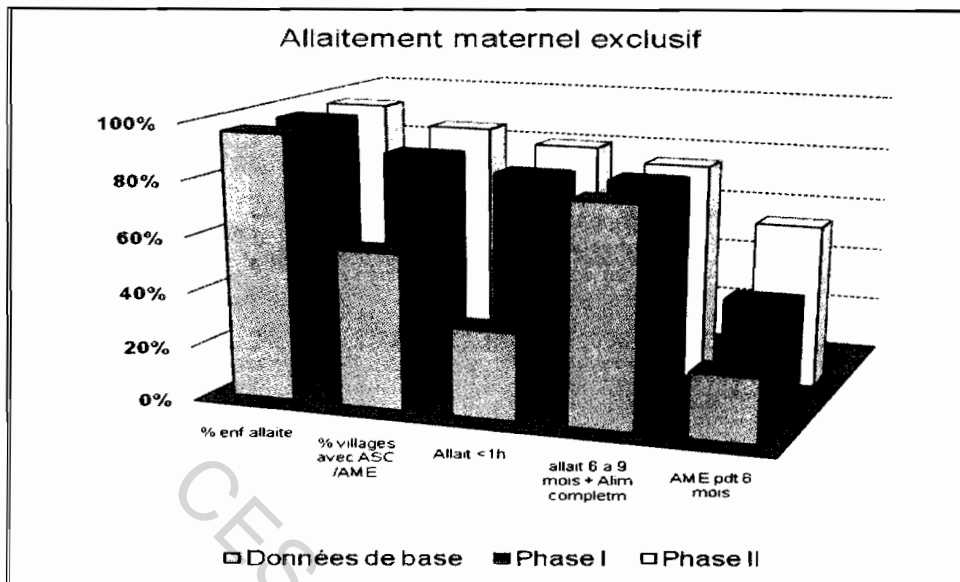
Graphique 3 : couverture en moustiquaire imprégnée chez la femme enceinte



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Le graphique ci-dessus montre que les goulots d'étranglement pour la couverture des MII sont multiples. La disponibilité des MII au niveau des districts est faible, l'utilisation au niveau des foyers est insuffisante et la qualité des MII utilisées par les femmes enceintes est médiocre. Ceci pourrait s'expliquer par une accessibilité financière limitée, un faible niveau de connaissance des familles en matière de santé, la présence de barrières culturelles et une faible sensibilisation des populations.

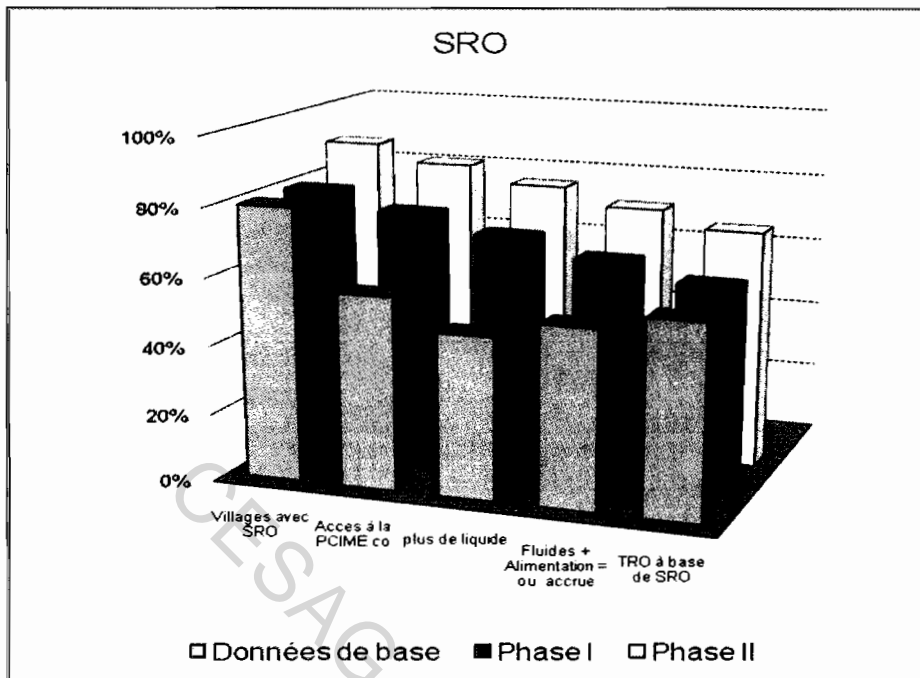
Graphique 4 : Allaitement maternel exclusif



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Ce deuxième graphique nous montre que le déterminant équivalent à la disponibilité (% des enfants allaités) a un taux satisfaisant. Néanmoins l'utilisation initiale c'est-à-dire le pourcentage des enfants allaités dans l'heure qui suit la naissance reste faible. L'indicateur de qualité (allaitement maternel exclusif) est bas à cause de la faiblesse des activités d'IEC/CCC et du faible niveau de connaissance des mères. D'où la nécessité de l'accentuation des activités de sensibilisation.

Graphique 5 : intervention SRO



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

On note une disponibilité relative des SRO avec un taux moyen du composant qualité (TRO à base de SRO). L'accessibilité à la PCIME est faible ainsi que le traitement de la diarrhée par plus de liquide. Un effort particulier doit être mis à ce niveau dès lors que nous savons que la diarrhée est l'une des causes majeures de la mortalité infanto-juvénile.

Des améliorations importantes peuvent être obtenues avec la levée des goulots d'étranglement pour atteindre des taux acceptables d'ici 2015 et l'importance des résultats est liée à l'adoption de bonnes stratégies.

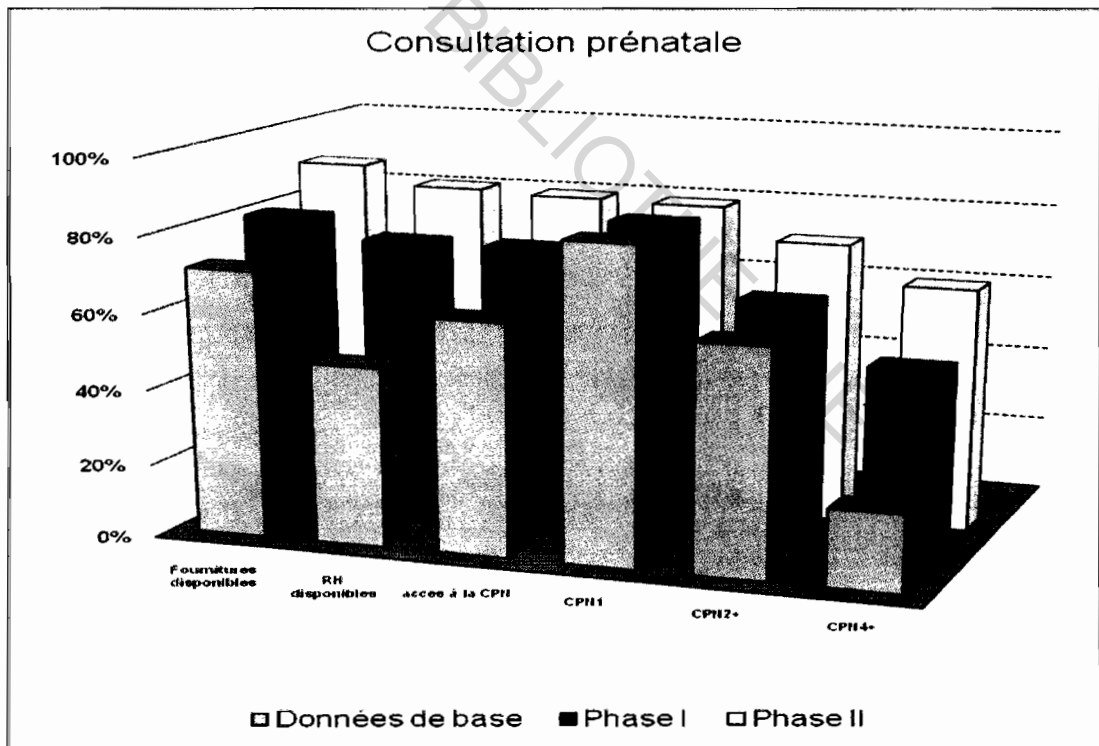
- **Stratégies pour ce premier paquet de service :** Il faut multiplier les projets à assise communautaire, former les agents de santé communautaire et les inclure dans le système (rémunération), développer des programmes de communication pour un changement de comportement, développer les projets de marketing social et impliquer les leaders communautaires dans la planification et la mise en œuvre.

5.1.2. Services orientés vers les populations

Il s'agit des services sanitaires destinés à la population qui peuvent être fournis par les professionnels de la santé de manière périodique. Ces interventions sont en général menées à travers des stratégies avancées (ou mobiles) et occasionnellement au niveau des centres de santé. Les activités typiques de cette catégorie sont les soins prénataux, la prévention de la transmission du HIV/SIDA de la mère à l'enfant (PMTE), la vaccination, la nutrition et le planning familial etc.

Les interventions retenues sont : la consultation prénatale, la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant et la couverture en vaccination DTC. Il faut dire que ce dernier déterminant sera remplacé par le pentavalent à partir de fin 2008 mais nous retenons pour l'instant le DTC.

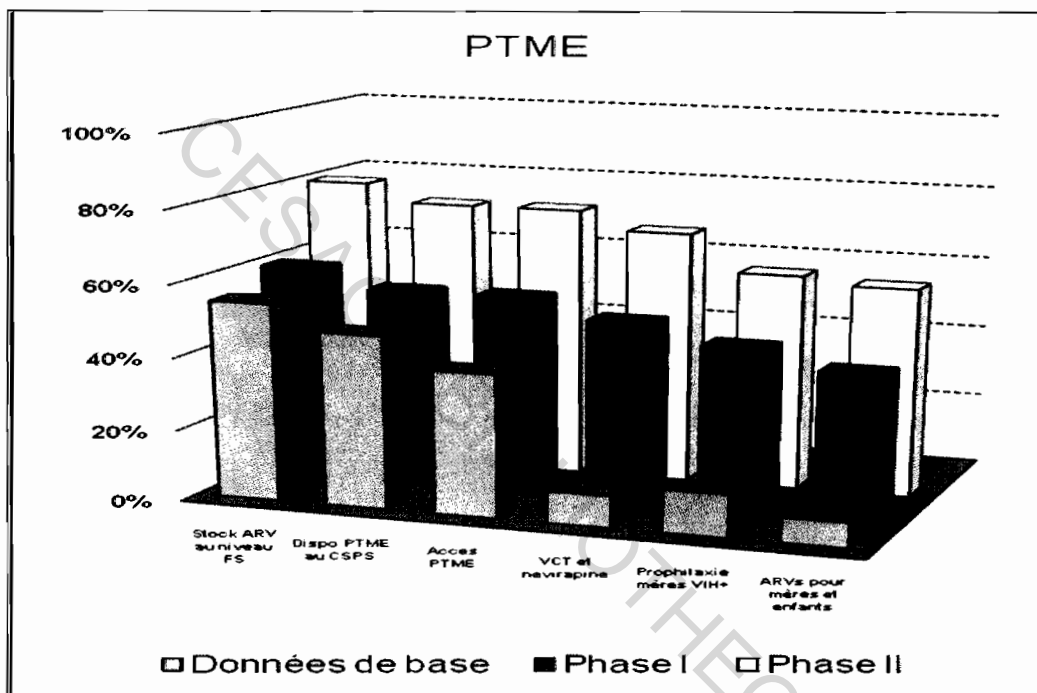
Graphique 6 : Consultation prénatale



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Les principaux problèmes sont liés à la faible disponibilité des ressources humaines, à l'accessibilité relative à la CPN et à l'utilisation effective de cette intervention. Ceci s'explique par : des barrières géographique, financière (pauvreté et coûts des services) et culturelle (manque de perception de l'importance) ; des insuffisances de supervisions, le manque de motivation du personnel et une mauvaise réactivité des formations sanitaires.

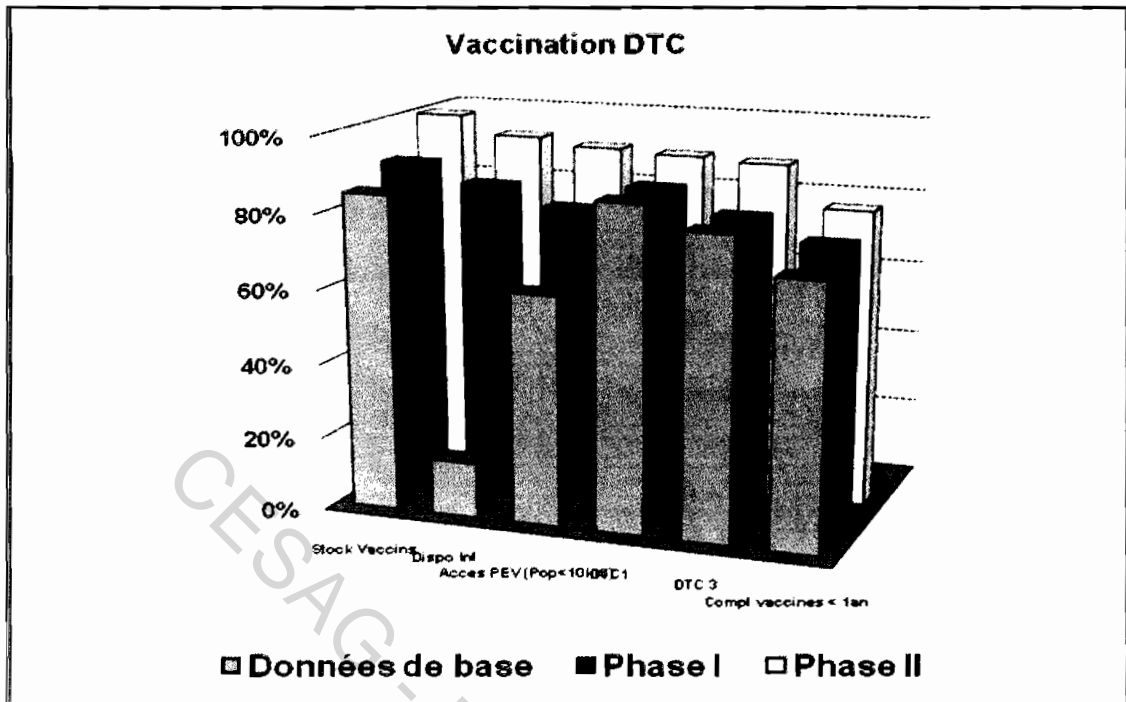
Graphique 7 : Prévention de la transmission mère-enfant



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

On observe des goulots à tous les niveaux. Ainsi on a une faible disponibilité des ARV dans les formations sanitaires. L'accessibilité à ces services est défectueuse et se répercute sur l'utilisation et la qualité effective. Ces problèmes peuvent s'expliquer par le fait que le personnel n'est pas suffisamment qualifié pour dispenser ce type de service et également parce que les mères séropositives se sentent souvent stigmatisées. Ceci implique une formation du personnel et une sensibilisation des femmes enceintes.

Graphique 8 : Vaccination DTC



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Globalement, le principal frein est lié à la faible disponibilité des ressources humaines, qui compromet l'accès au PEV. Entre autres éléments d'explication de ces tares, il y a l'insuffisance du personnel en milieu rural, l'insuffisance de logistique, l'organisation des services inadaptés, l'insuffisance de la maintenance de la chaîne de froid et l'accès financier limité.

- **Stratégies pour ce deuxième paquet de service:** il faut une intégration effective des interventions préventives dans les paquets minimums d'activités, une mise à disposition des ressources humaines qualifiées selon les normes, une amélioration de la communication, une amélioration de la réactivité et de la qualité des services et une multiplication des campagnes de sensibilisation. Il faut également renforcer le suivi, le contrôle et la gestion des données.

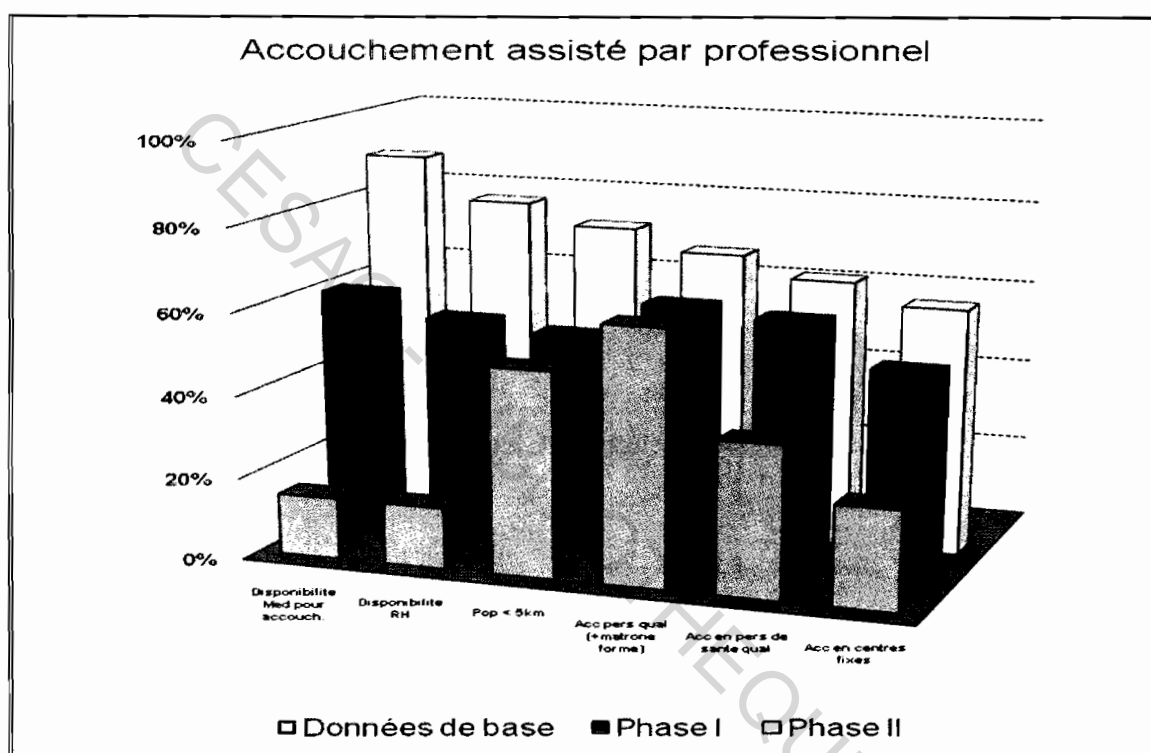
5.1.3. Soins cliniques individuels

Il faut que ce mode de prestation soit disponible en permanence dans les établissements de soins pour faire face aux événements imprévisibles tels que les

naissances et les maladies graves. Les services sont en général fournis dans les centres de santé en présence de personnel de santé qualifié.

Les trois indicateurs choisis sont l'accouchement assisté par un professionnel, la prise en charge de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB).

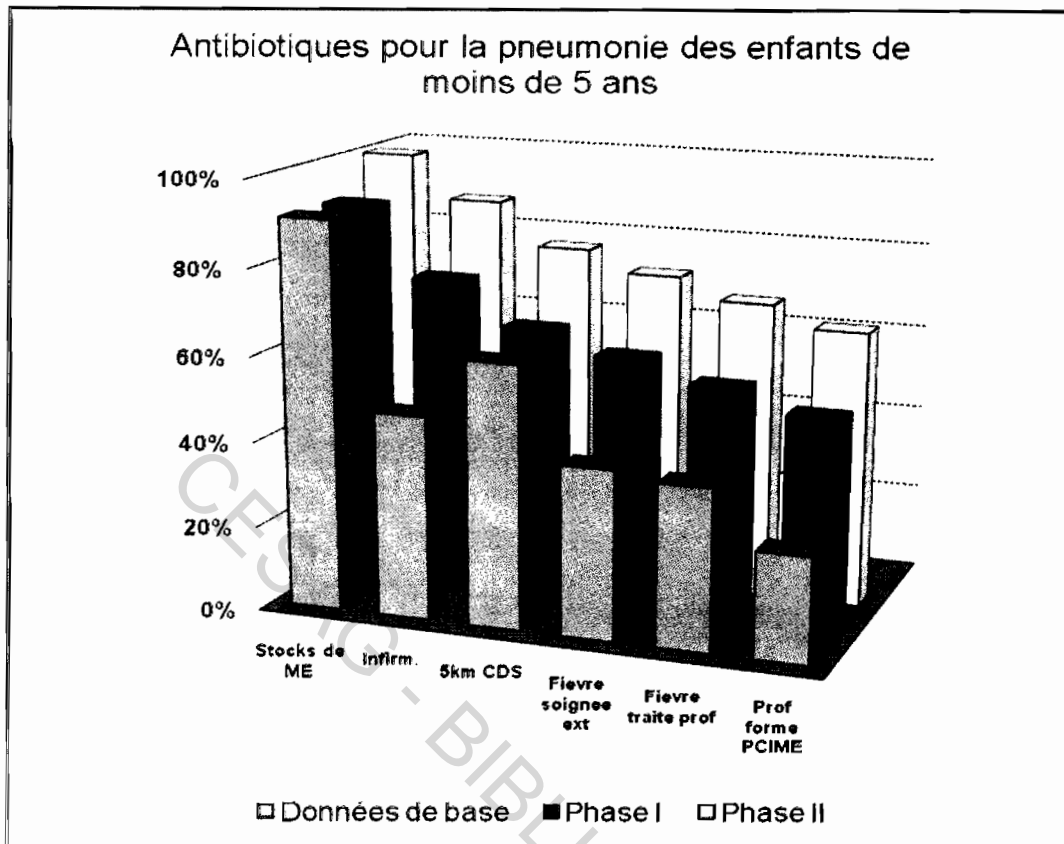
Graphique 9 : Accouchement assisté par personnel qualifié



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

La disponibilité des médicaments pour accouchement et la disponibilité des ressources humaines sont faibles. Ceci résulte du faible pouvoir d'achat des ménages, une inégale répartition des ressources humaines, une mauvaise qualité des ressources humaines, une mauvaise gestion et répartition des équipements et une accessibilité géographique insuffisante.

Graphique 10 : Prise en charge de la pneumonie



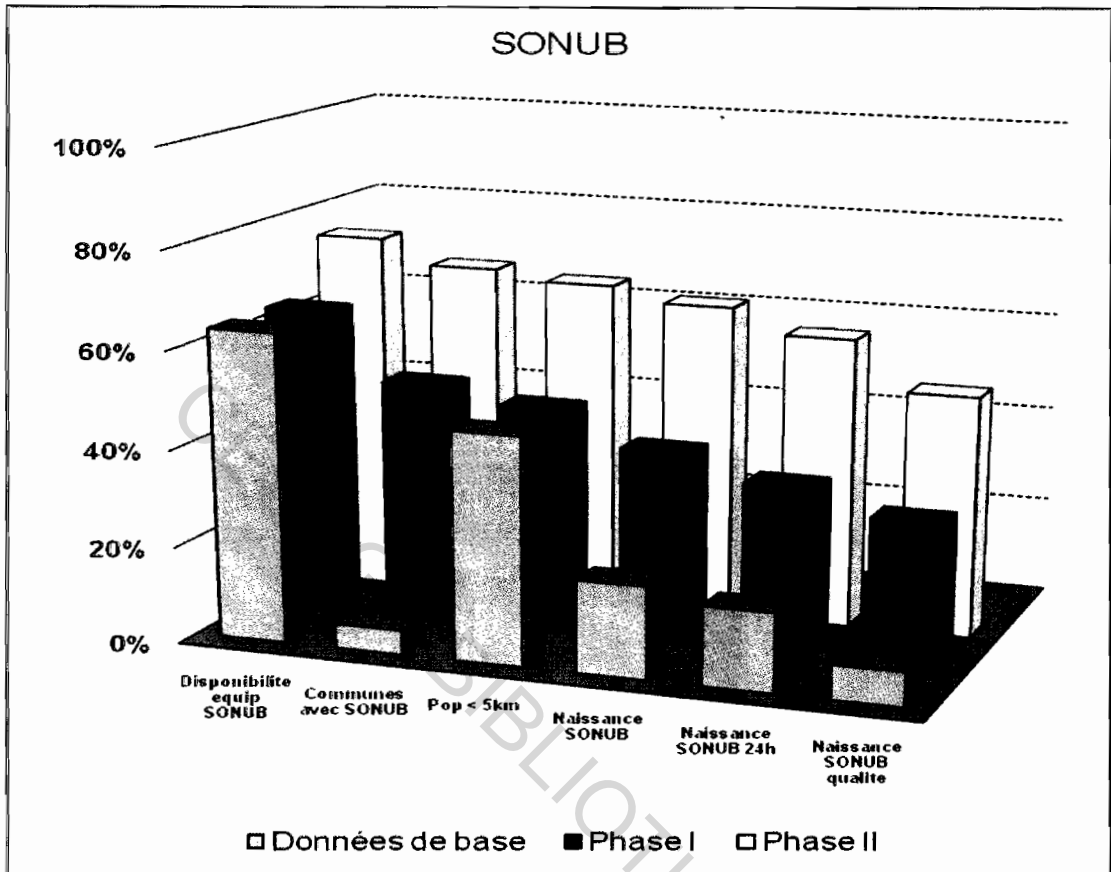
Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Dans les zones défavorisées, le coût de certains services (par exemple, le transport) constitue un obstacle à l'utilisation des services. A cela s'ajoute la barrière culturelle et le fait que l'accueil aux formations sanitaires n'est souvent pas très correct. Il y a aussi le coût d'opportunité pour les femmes qui, en cas d'admission de l'enfant sont souvent obligées de laisser leur famille et leur travail pour rester avec l'enfant malade.

Pour la disponibilité des médicaments, les performances du Cameroun restent très appréciables, après les réformes successives de son système de distribution. Cependant la faible disponibilité en ressources humaines demeure un goulot très important. Cela s'explique par les faibles capacités budgétaires du pays pour l'ouverture de nouveaux postes et la mauvaise répartition géographique des ressources humaines ; mais aussi, par un problème d'accessibilité financière et la

barrière culturelle. Le faible niveau de formation en PCIME est aussi un facteur de non qualité pour les prestations de services curatifs primaires.

Graphique 11 : SONUB



Source : résultat MBB appliquée à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Les principaux problèmes sont liés à l'utilisation (naissance sonub et naissance sonub 24h) et à la qualité effective (naissance sonub qualité). Cela est due à une faible sensibilisation de la population, un faible système de référence et des barrières culturelles.

- **Stratégies pour ce dernier paquet de service :** une augmentation de la quantité et de la qualité du personnel associée à une forte sensibilisation de la population, une meilleure supervision des agents, le développement des méthodes alternatives d'enseignement de PCIME dans les écoles de santé, le renforcement du système de référence à tous les niveaux.

**VI. OBJECTIFS DE PERFORMANCE
DU SYSTEME ET IMPLICATION
DES RESSOURCES HUMAINES**

6.1. Objectifs de performance du système

L'analyse de la situation sanitaire de la mère et de l'enfant met en évidence des actions majeures mises en œuvre pour relever les défis, mais encore insuffisantes pour l'atteinte des OMD. Pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, il faut s'engager à passer à l'échelle les interventions efficaces à travers des mécanismes innovants de mobilisation et d'allocation rationnelle des ressources. Ces interventions sanitaires avérées efficaces ont été identifiées au cours des dernières années et documentées auprès de nombreuses revues scientifiques comme le Lancet et le British Medical Journal. Elles impliquent l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, utiles à la prévention du paludisme, l'allaitement et l'immunisation des enfants pour réduire les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, et l'utilisation d'anti-rétroviraux pendant la grossesse et l'enfance pour réduire la transmission du HIV. Il ne s'agit là que de quelques interventions qui se sont avérées efficaces dans des situations concrètes. Le fait de se concentrer sur ces interventions avérées efficaces permet de s'assurer que les ressources supplémentaires limitées consacrées à la santé auront l'impact le plus fort possible.

En examinant les interventions menées dans le cycle de vie du couple mère-enfant sur la période d'avant la grossesse jusqu'à la période postnatale/néonatale, nous tirons des enseignements importants relatifs à la performance du système. Les tableaux suivants nous donnent un aperçu des interventions à haut impact par niveau de prestation de service et les efforts à fournir pour atteindre les OMD en 2015.

- Selon la revue LANCET basée sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans²⁹, des interventions ont prouvés leur efficacité

La diarrhée : L'alimentation complémentaire (23%), L'AME (35%), la supplémentation préventive en vitamine A (53%), le SRO (90%), le traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie (80%), La prise en charge de la diarrhée par le zinc (50%).

²⁹ Revue LANCET 2000, 2002, 2004

La bonne mise en œuvre de la stratégie d'AME va permettre des diminutions de fréquence des pathologies chez les enfants de moins de 5 ans.

La pneumonie : L'AME a une efficacité prouvée à 43% et l'antibiotique pour les enfants de moins de 5 ans à 40%.

Pour ces deux causes de décès chez les enfants des moins de 5 ans, l'intervention allaitement maternel prolongé a une efficacité négative.

Le paludisme : La MII a une efficacité prouvée à 75%.

- Selon la revue Cochrane basée sur la mortalité maternelle, des interventions ont prouvé leur efficacité³⁰.

Hémorragie : L'accouchement assisté par un professionnel a une efficacité prouvée à 84%.

L'infection puerpérale : L'accouchement assisté par un professionnel a une efficacité prouvée à 50% et l'antibiotique pour rupture prématuré des membranes à 57%³¹.

L'éclampsie : La prise en charge de l'éclampsie a une efficacité prouvée à 58%.

L'obstruction du travail : L'accouchement assisté par un professionnel a une efficacité prouvée à 48%.

L'avortement compliqué : La prise en charge des complications d'avortement a une efficacité prouvée à 95%.

L'efficacité prouvée se traduit ici par un résultat positif sur l'amélioration de la santé des populations à l'issue des études scientifiques.

C'est à partir de ces différentes revues que le choix des interventions sera effectué ainsi que les objectifs de couverture pour un meilleur impact sur la population cible.

³⁰ WHO, Effectiveness and Costs of Interventions to Reduce Maternal Mortality: A Global and Regional Analysis. 16 Feb 2004.

³¹ Flenday V, King J. The Cochrane Library Issue 3, 2003. Oxford

6.1.1. Services à base communautaire orientés vers les familles

Tableau VI : Interventions efficaces et objectifs au niveau communautaire

Données de base et objectifs au Cameroun	Objectifs de couverture		
	Données de base	Phase I	Phase II
		2008-2011	2012-2015
Interventions efficaces			
1. Services à base communautaire et familiale			
1.1 Services de santé préventive familiale et WASH			
Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour enfants de moins de 5 ans	11,1%	45,2%	65,2%
Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour femmes enceintes	13,1%	45,2%	65,2%
Qualité de l'eau potable	53,0%	53,0%	65,2%
Utilisation de latrines	33,1%	45,2%	65,2%
Lavage des mains par les mères	32,8%	45,2%	65,2%
Approvisionnement en eau potable sécurisée	53,0%	53,0%	65,2%
1.2 Alimentation de l'enfant et du jeune enfant			
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	23,5%	40,2%	60,0%
Allaitement maternel prolongé (6-11 mois)	83,1%	83,1%	83,1%
Alimentation complémentaire	79,2%	79,2%	79,2%
Soutien aux orphelins	17,0%	40,2%	60,0%
1.3 Prise en charge communautaire des maladies			
SRO	56,7%	83,3%	95,1%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	0,5%	83,3%	95,1%
vitamine A	6,8%	83,3%	95,1%

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Le tableau ci-dessus montre les objectifs spécifiques à atteindre d'ici 2015. Un effort considérable reste à faire pour les interventions MII pour les enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes, allaitement maternel exclusif (36,5), la prise en charge de la diarrhée par le zinc, la couverture en SRO (38,4) etc. Des ressources nécessaires devront être mobilisées pour élever ces différentes couvertures.

En effet, il faut passer de 13,1% à 65,2% en terme de qualité effective pour la couverture en MII chez la femme enceinte. L'atteinte de cet objectif passe par une augmentation du stock de MII, une multiplication des points de distribution, une formation du personnel de santé et une sensibilisation à l'utilisation effective des MII ayant une longue rémanence par les femmes enceintes.

L'intervention prise en charge de la diarrhée par le zinc dont l'efficacité a été prouvée sera réellement introduite dans la politique à partir de 2008.

6.1.2. Services orientés vers les populations

Tableau VII : Interventions efficaces et objectifs au niveau orienté vers les populations

Données de base et objectifs au Cameroun	Objectifs de couverture		
	Données de base	Phase I	Phase II
Interventions efficaces		2008-2011	2012-2015
2. Service orientés vers les populations			
2.1 soins préventifs pour adolescents et adultes			
Planification familiale	13,5%	21,8%	30,0%
2.2 Soins préventifs pendant la grossesse			
Consultation prénatale	21,0%	50,1%	65,0%
Vaccination antitétanique	53,0%	53,0%	65,0%
Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	2,8%	50,1%	65,0%
Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant la grossesse	60,8%	60,8%	65,0%
Traitement présomptif intermittent pour la femme enceinte (TPI)	46,6%	50,1%	65,0%
2.3 Prévention et Traitement du VIH/ SIDA			
PTME (test, conseil, AZT + sd NVP et conseil sur l'alimentation du jeune enfant)	7,0%	39,2%	58,3%
Utilisation du préservatif	39,0%	39,2%	58,3%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour mères séropositives	9,0%	9,0%	9,0%
2.4 Soins préventifs et curatifs de l'enfant			
Equipeement médical	70,7%	75,1%	81,5%
Vaccination BCG	85,0%	85,0%	85,0%
Supplémentation vitamine A postpartum	36,3%	75,1%	81,5%
Vaccin polio oral OPV	78,2%	78,2%	81,5%
Vaccin Pentavalent (DTC+Hib+ Hépatite)	75,0%	75,1%	81,5%
Supplémentation en Vitamine A	43,2%	75,1%	81,5%

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Ces interventions suscitées ont été mondialement prouvées efficaces. La bonne mise en œuvre de ces activités constitue les garants pour atteindre les objectifs fixés. Un effort supplémentaire est à déployer pour la consultation prénatale, la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME).

L'intervention CPN qui est de 21% à la base va plus que doubler son objectif d'ici 2011 grâce à la formation du personnel et aux activités de sensibilisation. Ceci afin de prévenir les décès maternels et néonataux. Les activités de PTME restent réduites d'où la donnée de base évaluée à 7%. La formation du personnel dans ce domaine permet de minimiser la transmission mère-enfant.

6.1.3. Soins cliniques individuels

Tableau VIII : Interventions efficaces et objectifs au niveau communautaire

Données de base et objectifs au Cameroun	Objectifs de couverture		
	Données de base	Phase I	Phase II
		2008-2011	2012-2015
Interventions efficaces			
3. Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)			
3.1 Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau			
Accouchement assisté par professionnel	26,2%	50,1%	60,1%
SONUB (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base)	21,6%	50,1%	60,1%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	15,5%	50,1%	60,1%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	19,4%	50,1%	60,1%
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	19,1%	50,1%	60,1%
Prise en charge des infections néonatales au centre de santé de base	26,2%	50,1%	60,1%
3.2 Soins curatifs au centre de santé de base			
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	23,6%	50,0%	65,0%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	10,0%	50,0%	65,0%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	2,0%	50,0%	65,0%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique	15,2%	50,0%	65,0%
Prise en charge de paludisme compliqué (antipaludéens de 2 nd e intention)	10,5%	50,0%	65,0%
3.3 Soins cliniques de premier niveau de référence			
3.3.1 Soins maternels et néonataux au 1^{er} niveau de référence			
Accouchement assisté par professionnel	27,0%	35,1%	50,3%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	1,8%	35,1%	50,3%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement prématuré	1,2%	35,1%	50,3%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	1,5%	35,1%	50,3%
Prise en charge des infections néonatales au centre de 1 ^{er} niveau de référence	7,2%	35,1%	50,3%
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets)	7,2%	35,1%	50,3%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	14,8%	35,1%	50,3%
Soins néonataux universels d'urgence (Asphyxie après soins, prise en charge des infections sévères, gestion de la malnutrition infantile sévère (très petit poids de naissance)	7,8%	35,1%	50,3%
3.3.2. Prise en charge des maladies de l'enfant au 1^{er} niveau de référence			
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	7,2%	35,1%	50,3%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	7,2%	35,1%	50,3%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	7,2%	35,1%	50,3%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	7,2%	35,1%	50,3%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique	7,2%	35,1%	50,3%
ARV pour enfant atteint du SIDA	12,0%	35,1%	50,3%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	9,0%	35,1%	50,3%
DOTS pour Tuberculose	40,0%	35,1%	50,3%
Prise en charge de l'enfant sévèrement malade (soins de référence PCIME)	19,1%	35,1%	50,3%
Prise en charge de paludisme compliqué (antipaludéens de 2 nd e intention)	1,0%	35,1%	50,3%
Prise en charge des tuberculoses modérément résistantes	5,9%	35,1%	50,3%

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Les données de base pour cette dernière catégorie sont faibles et les interventions de ce paquet consomment beaucoup de ressources financières. D'où un intérêt particulier à accorder à ce niveau.

Au niveau des soins cliniques maternels et néonataux, l'intervention accouchement assisté par un personnel qualifié a prouvé son efficacité à 62%³² sur la population lors d'une étude. C'est pourquoi cette intervention va voir son objectif doublé afin de mieux prendre en charge les naissances pour ainsi réduire les décès.

Au niveau des soins curatifs au centre de santé de base, l'intervention antibiotique pour pneumonie des enfants de moins de 5 ans verra son objectif doubler pour contrôler la maladie qui constitue la troisième cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Cette intervention va nécessiter une formation du personnel en PCIME pour une meilleure qualité des soins qui aura un impact sur la mortalité infanto-juvénile.

En effet la PCIME est une stratégie qui contribue à la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants de 0 à 5 ans, en se focalisant sur les principales causes de mortalité chez l'enfant. C'est une approche qui couvre les aspects curatifs, préventifs et promotionnels et qui permet la rationalisation des coûts liés à la Santé.

La composante communautaire de la PCIME met l'accent sur le changement de comportements en utilisant un Paquet d'interventions curatives, préventives et promotionnelles.

La PCIME est classée par la Banque mondiale parmi les 10 interventions les plus rentables dans les pays à faible revenu, susceptibles d'avoir le plus grand impact sur le poids de la morbidité au niveau mondial tout en favorisant l'équité. Elle permet d'améliorer l'accès à des soins préventifs et curatifs simples et abordables, qui empêchent les enfants démunis de mourir d'IRA, de diarrhée, de rougeole, de paludisme et de malnutrition.

6.2. Implication des ressources humaines

³² BMJ 2005

L'atteinte des objectifs suscités va nécessiter une augmentation du personnel qualifié. L'insuffisance de Ressources Humaines ne peut être résolue à court terme. Toute augmentation de ressources humaines implique une formation immédiate en prévision d'une remise à niveau dans 5 ans ou plus. Le gouvernement camerounais a récemment fait beaucoup d'effort par la mise en place d'un plan d'urgence pour renforcer le personnel. Il est prévu en 2008 la titularisation effective de 3530 personnels PPTTE et le recrutement de 3000 nouveaux personnels.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau IX : Nombre supplémentaire d'agents de santé de première ligne requise par phase en approche cumulative

Cameroun	Phase I		Phase II	
	personnel nouveau	Equivalents plein temps	à personnel nouveau	Equivalents à plein temps
Promoteurs communautaire en santé et nutrition	0	0	0	0
Agents de santé pour les soins programmés vers les populations	2 365	622	1 811	439
Personnel du centre de santé	188	5 629	10 272	4 336
Personnel de l'hôpital de première référence	0	0	0	0
Personnel de structure de 2nd niveau de référence	423	1	383	2
Total	2 976	6 252	12 466	4 777

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Pour les deux phases, il faudra un effectif additionnel de plus de 15442 personnels nouvellement formés. Les mesures comme le recyclage, la supervision formative et régulière, les primes et les incitations peuvent rendre plus performants les 14154 personnels déjà recrutés.

Dans la phase I (2008-2011), les ressources humaines additionnelles se chiffrent à 2976 soit 19% du recrutement total. Entre 2008 et 2011, l'accent sera mis sur les agents de santé pour les soins programmés vers les populations (79%) et vers le personnel de structure de 2nd niveau de référence (14%).

Les données relatives à la deuxième phase (2012-2015) montrent un investissement ambitieux des ressources humaines. Le but ici est d'atteindre les objectifs fixés. Les projections nous montrent une couverture en personnel additionnel de 12466 avec 10272 personnels pour le centre de santé (CMA au Cameroun). Ceci s'explique par le fait que les CMA ont tendance à être de plus en plus médicalisés et mènent beaucoup plus des activités cliniques, par une augmentation des objectifs de couverture, une croissance de la population au fil des années et à la construction de nouvelles infrastructures pour une meilleure prise en charge de la population.

CESAG

VII. COUTS ET IMPACTS

BIOTHEQUE

Le calcul des coûts pour l'atteinte des objectifs fixés plus haut se fait en deux temps. Tout d'abord nous évaluons les coûts de base et ensuite les coûts additionnels nécessaires à la prestation des différents services. L'impact quant à lui est évalué en estimant la réduction de la mortalité (maternelle, néonatale et infantile).

7.1. Evaluation des coûts

7.1.1. Coûts de base

Ils sont calculés sur la base de l'exécution financière des années 2004, 2005, 2006. Il s'agit de la somme des dépenses ou des charges imputables à la santé des trois années sus citées divisée par 3. La formule utilisée est la suivante :

$$CB = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n C_i$$

n = nombre d'année

C_i = somme des dépenses de santé de l'année *i*

CB = coût de Base

Le résultat obtenu a été reparti par domaines prioritaires et par type de dépenses. En effet, le modèle conceptuel de la stratégie concourt qualité en rapport avec les OMD au Cameroun a défini trois domaines d'intervention à savoir : la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant ; la lutte contre la maladie et la promotion de la santé. Ainsi nous obtenons le tableau suivant :

Tableau X : répartition des coûts de base par domaine et par type de dépense (année 2007)

	Coûts de Base (en milliers de \$)
	103 598
Domaine 1: santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	28 257
Investissement	1 294
Fonctionnement	26963
Domaine 2 : Lutte Contre la maladie	52 145
Investissement	28 963
Fonctionnement	23 182
Domaine 3: promotion de la santé	23 196
Investissement	2 008
Fonctionnement	21 188

Source : notre propre estimation

Les coûts relatifs à la santé de la mère et de l'enfant occupent 27,3% du coût de base total. La lutte contre la maladie occupe 50,3% tandis que la promotion de la santé dispose de 22,4%. Ceci est dû au fait que le domaine 2 prend en compte toutes les couches de la population et s'occupe de toutes les maladies existantes.

Dans les domaines 1 et 3, les coûts de fonctionnement (95% et 91%) sont très élevés par rapport aux coûts d'investissement. Le domaine 2 quant à lui a un coût d'investissement qui occupe 55%.

7.1.2. Coûts additionnels

7.1.2.1. Définition des concepts

Coût additionnel : coût supplémentaire nécessaire au financement d'une unité supplémentaire d'extrait.

Unité de Production de Service ou UPS : unité universelle ou le centre de coût relatif à l'amélioration des services de santé ou le dépassement des goulots d'étranglement. En conséquence, une UPS peut être un centre de santé fonctionnel, des médecins, des infirmières ou sages-femmes, des travailleurs de la communauté, des kits de médicaments et vaccins, une équipe mobile, ou un hôpital du côté de

l'offre ; il peut également s'agir de comportements dans les foyers ou d'utilisation des services de santé pour ce qui est de la demande.

7.1.2.2. Estimation des coûts

Le calcul du coût additionnel par intrant permet d'augmenter la couverture des interventions des données de base/situation actuelle à la frontière de couverture. Les intrants sont catégorisés selon les six déterminants des goulots d'étranglement et nous permettent ainsi d'évaluer quels seront les frais nécessaires pour surpasser les goulots d'étranglement dans le système de santé.

Le coût additionnel est estimé pour chaque mode de prestation et évalué pour chacun des six déterminants. Pour chaque déterminant, on attribue des coûts à la liste d'intrants nécessaires pour dépasser les goulots d'étranglement suscités. La formule suivante est utilisée :

$$Cm_i = (P_{oi} \times Q_{oi} \times S_{oi} \times n) - (P_{bi} \times Q_{bi} \times S_{bi} \times n)$$

Cm_i = coût additionnel par intrant i

P_{oi} = coût unitaire d'un intrant i dans une phase

Q_{oi} = quantité d'un intrant i par unité d'extrant ou par unité de production de service

S_{oi} = unité de production de service pour l'objectif de couverture ciblé de l'intrant i pour 1 million d'habitants

n = population

P_{bi} = coût unitaire de base de l'intrant i

Q_{bi} = quantité de l'intrant i par unité de production de service pour la couverture de base

S_{bi} = unité de production de service pour la couverture de base de l'intrant i pour 1 million d'habitants

Le coût marginal ou additionnel par intrant est appliqué sur tous les intrants, ensuite à tous les déterminants de couverture et enfin aux différents modes de prestations de service permettant une estimation du coût total.

Les résultats obtenus sont repartis en domaines prioritaires et par type de dépenses et résumés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau XI : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par type de dépense pour la phase I

Domaine Prioritaire	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Domaine 1: santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	21 672	38 309	59 554	84 570	204 104
Investissement	4 896	5 615	7 247	8 508	26 266
Fonctionnement	16 776	32 694	52 306	76 062	177 838
Domaine 2: lutte contre la maladie	184 496	268 215	614 588	772 928	1 840 228
Investissement	89 667	89 146	379 295	471 130	1 029 237
Fonctionnement	94 830	179 070	235 293	301 798	810 990
Domaine 3: promotion de la santé	3 489	7 308	11 098	15 542	37 437
Investissement	180	231	283	334	1 027
Fonctionnement	3 309	7 077	10 815	15 208	36 409
TOTAL					

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

La lecture du tableau ci-dessus, fait apparaître un coût additionnel quadriennal de mise en œuvre des interventions jugées efficaces s'élevant à environ 2081768 milliers de dollars pour la première phase. Ce coût traduit l'importance des moyens humains, techniques et financiers à mobiliser dans le but d'assurer une remise à niveau de l'offre des services sanitaires et un soutien significatif à la demande afin d'améliorer la santé des populations.

Les coûts additionnels augmentent progressivement au cours de cette phase à cause de l'introduction de nouvelles interventions. Le domaine de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent représente 9,8% de l'ensemble des coûts additionnels avec plus de $\frac{3}{4}$ consacré au fonctionnement. Le domaine lutte contre la maladie occupent le plus de ressources additionnelles qui sont beaucoup plus concentrées dans l'investissement. Ceci s'explique par le fait que ce domaine comporte beaucoup plus d'activité et cible une population plus large selon le modèle conceptuel de la stratégie relative au concours qualité.

Tableau XII : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par type de dépense pour la phase II

Domaine Prioritaire	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Domaine 1: santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	99 272	117 916	182 333	259 986	659 508
Investissement	7 100	8 962	12 512	14 761	43 336
Fonctionnement	92 172	108 954	169 821	245 225	616 172
Domaine 2: lutte contre la maladie	621 556	782 182	1 621 702	2 035 589	5 061 028
Investissement	207 943	230 019	900 826	1 114 996	2 453 784
Fonctionnement	413 612	552 163	720 875	920 593	2 607 244
Domaine 3: promotion de la santé	22 816	24 570	23 150	25 115	95 651
Investissement	5 025	4 285	1 306	1 462	12 078
Fonctionnement	17 791	20 284	21 845	23 653	83 573
TOTAL					

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Durant cette deuxième phase, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent occupe 11,3% de l'ensemble des coûts additionnels soit une augmentation de 1,5% par rapport à la première phase. Dans l'ensemble, c'est le fonctionnement qui va nécessiter beaucoup plus de ressources par rapport à l'investissement. En 2012 et 2013, les coûts additionnels des domaines 1 et 2 seront en faveur des dépenses de fonctionnement. Par contre en 2014 et 2015, les dépenses seront orientées vers l'investissement pour la lutte contre la maladie. Cette dernière occupe le plus de ressources additionnelles. Ceci traduit l'option des autorités camerounaises de réduire significativement la charge de morbidité induite par les pathologies prioritaires que sont le Paludisme, le SIDA, la tuberculose, les maladies infectieuses de l'enfant, les maladies maternelles et péri natales. Ces investissements sont également justifiés par le coût économique particulièrement élevée de ces maladies, notamment le paludisme qui retarde d'environ 1,3% la croissance du PIB annuel, soit environ 629 milliards de FCFA de perte pour le pays en cinq ans³³.

³³ Stratégie sectorielle de santé au Cameroun. 2001 - 2010

Il est judicieux de faire une répartition des coûts par domaine et par niveau de la pyramide sanitaire pour voir les ressources additionnelles attribuables au niveau opérationnel, intermédiaire et central. Cette répartition permettra une gestion efficace et efficiente aux différents niveaux de la pyramide sanitaire à travers une budgétisation par objectif. C'est ce que les tableaux suivants traduisent.

Tableau XIII : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par niveau de la pyramide sanitaire pour la phase I

Domaine Prioritaire	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Domaine 1: santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	21 672	38 309	59 554	84 570	204 104
Niveau Opérationnel	11 747	19 768	32 746	48 241	112 502
Niveau Intermédiaire	318	683	2 193	4 064	7 258
Niveau Central	9 607	17 859	24 614	32 265	84 345
Domaine 2: lutte contre la maladie	184 496	268 215	614 588	772 928	1 840 228
Niveau Opérationnel	27 052	51 134	103 636	158 484	340 306
Niveau Intermédiaire	42 352	43 111	336 969	422 521	844 953
Niveau Central	115 093	173 970	173 983	191 923	654 969
Domaine 3: promotion de la santé	3 489	7 308	11 098	15 542	37 437
Niveau Opérationnel	1 290	2 307	2 718	3 170	9 485
Niveau Intermédiaire	2 199	5 001	8 380	12 372	27 952
Niveau Central	-	-	-	-	-
TOTAL	207 458	333 832	617 550	735 675	1 933 515

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Dans le domaine 1, le niveau opérationnel (hôpitaux de district) nécessite un coût additionnel plus élevé que les niveaux intermédiaire (hôpitaux provinciaux) et central (hôpitaux nationaux). Le domaine 3 est dominé par le niveau intermédiaire. Il faut dire que les activités de la promotion de la santé ne nécessitent pas des coûts additionnels au niveau central pour cette première phase.

Au niveau de la lutte contre la maladie, le niveau central a le plus de ressources entre 2008 et 2009 alors qu'en 2010 et 2011, c'est le niveau intermédiaire qui nécessite un plus grand nombre de ressources additionnelles. Ceci traduit le fait que ces deux niveaux nécessitent des

équipements sophistiqués et du personnel qualifié qui sont les garants d'une meilleure prise en charge de la population en général.

Tableau XIV : répartition des coûts additionnels en milliers de \$ par domaine et par niveau de la pyramide sanitaire pour la phase II

Domaine Prioritaire	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Domaine 1: santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	99 272	117 916	182 327	259 979	659 493
Niveau Opérationnel	55 683	66 730	118 480	181 479	422 371
Niveau Intermédiaire	4 510	4 918	7 981	11 408	28 818
Niveau Central	39 078	46 267	55 866	67 092	208 304
Domaine 2: lutte contre la maladie	621 556	782 182	1 621 702	2 035 589	5 061 028
Niveau Opérationnel	242 317	362 097	513 548	689 512	1 807 474
Niveau Intermédiaire	98 667	99 021	752 917	941 236	1 891 841
Niveau Central	280 572	321 064	355 237	404 841	1 361 713
Domaine 3: promotion de la santé	22 816	24 570	23 150	25 115	95 651
Niveau Opérationnel	5 299	7 111	7 841	8 639	28 890
Niveau Intermédiaire	13 038	13 875	14 862	16 027	57 802
Niveau Central	4 479	3 584	448	448	8 959
TOTAL					

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Le tableau ci-dessus montre que dans l'ensemble, le niveau opérationnel nécessite 38,8% des coûts additionnels, le niveau intermédiaire 34% et le niveau central 27,2%. Ceci corrobore bien la stratégie du concours qualité qui donne plus de responsabilité au niveau opérationnel afin d'atteindre des résultats fixés des interventions de prestation des soins et le renforcement des services de santé.

Par rapport au nombre d'habitant, la phase I va engendrer un coût additionnel par habitant et par an de 26 dollars, un coût par vie sauvée de 17203 dollars et un nombre de vies sauvées/an se chiffrant à 38254. Pour la phase II, nous

avons un coût additionnel de 65,33 dollars, un coût par vie sauvée de 30225 dollars et un nombre de vies sauvées/an se chiffrant à 56367³⁴.

7.2. Impacts attendus

L'estimation de l'impact se base sur la structure du système de santé, la situation épidémiologique, les interventions menées dans le pays, les objectifs de couverture, les coûts unitaires des intrants et le financement des différents programmes. L'impact prend également en compte l'accumulation résiduelle de l'efficacité de chaque mode de prestation de service.

7.2.1. Mortalité néonatale

Il existe treize causes spécifiques de décès chez les nouveau-nés. L'impact des interventions à efficacité prouvée sur la réduction de la mortalité néonatale est calculé par la formule suivante :

$$I_{ij} = \sum_{k=1}^{13} (X_{ijk} \times \pi_{jk})$$

i : intervention *j* : période où l'intervention est menée

k : cause spécifique de décès *X* : efficacité de l'intervention

π : proportion de décès de nouveau-nés dus à la maladie

I_{ij} : Impact des interventions sur la réduction de la mortalité néonatale

A cet impact, s'ajoute l'impact résiduel qui est la somme du produit de l'efficacité résiduelle d'une intervention et la proportion de décès des nouveau-nés dus à la maladie. La formule suivante est utilisée :

$$RI_{ij} = \sum_{k=1}^{13} (Y_{ijk} \times \pi_{jk})$$

i : intervention *j* : période où l'intervention est menée

³⁴ Résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

k : cause spécifique de décès Y : efficacité résiduelle de l'intervention

π : proportion de décès de nouveau-nés dus à la maladie

RI_{ij} : Impact résiduel des interventions sur la réduction de la mortalité néonatale

L'impact réel sur la mortalité néonatale est le produit des deux impacts (I_{ij} et RI_{ij}) suscités.

7.2.2. Mortalité infanto-juvénile

Le calcul de l'impact sur la mortalité infanto-juvénile se fait pour chaque intervention et prend en compte plusieurs paramètres. Il s'agit de l'augmentation de la qualité effective, l'efficacité d'une intervention prouvée scientifiquement sur la cause spécifique d'une maladie, la proportion des décès des enfants de moins de 5 ans attribuable à une cause spécifique de la maladie.

Les causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont identiques à ceux des nouveau-nés et la formule suivante est utilisée :

$$I_{ij} = \sum_{k=1}^{13} (X_{ijk} \times \pi_{jk})$$

i : intervention j : période où l'intervention est menée

k : cause spécifique de décès

X_{ijk} : efficacité d'une intervention dans la population cible sur la cause spécifique de décès durant la période où l'intervention est menée

π : proportion de décès des enfants de moins de 5 ans dus à la maladie

I_{ij} : Impact des interventions sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile

$$X_{ijk} = \frac{[(\text{couverture souhaitée} - \text{donnée de base})_{i,j} \times (\text{efficacité prouvée scientifiquement})_{i,k}]}{1 - [(\text{donnée de base})_{i,j} \times (\text{efficacité prouvée scientifiquement})_{i,k}]}$$

A cet impact, s'ajoute l'impact résiduel attribué à la mortalité infanto-juvénile qui est la somme du produit de l'efficacité résiduelle d'une intervention et la proportion de décès des nouveau-nés dus à une cause spécifique de la maladie. La formule suivante est utilisée :

$$RI_{ij} = \sum_{k=1}^{13} (Y_{ijk} \times \pi_{jk})$$

i : intervention *j* : période où l'intervention est menée

k : cause spécifique de décès *Y* : efficacité résiduelle de l'intervention

π : proportion de décès des enfants de moins de 5 ans dus à la maladie

RI_{ij} : Impact résiduel des interventions sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile

L'impact total à ce niveau est le produit de l'impact attribué à chaque intervention et l'impact résiduel des interventions sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile.

7.2.3. Mortalité maternelle

Il existe neuf causes spécifiques de décès maternels. L'impact des interventions est la somme du produit de toutes les efficacités de chaque intervention avec la proportion de décès maternelle résultant d'une maladie spécifique.

$$I_{ij} = \sum_{k=1}^9 (X_{ijk} \times \pi_{jk})$$

i : intervention *j* : période où l'intervention est menée

k : cause spécifique de décès

X_{ijk} : efficacité d'une intervention dans la population cible sur la cause spécifique de décès durant la période où l'intervention est menée

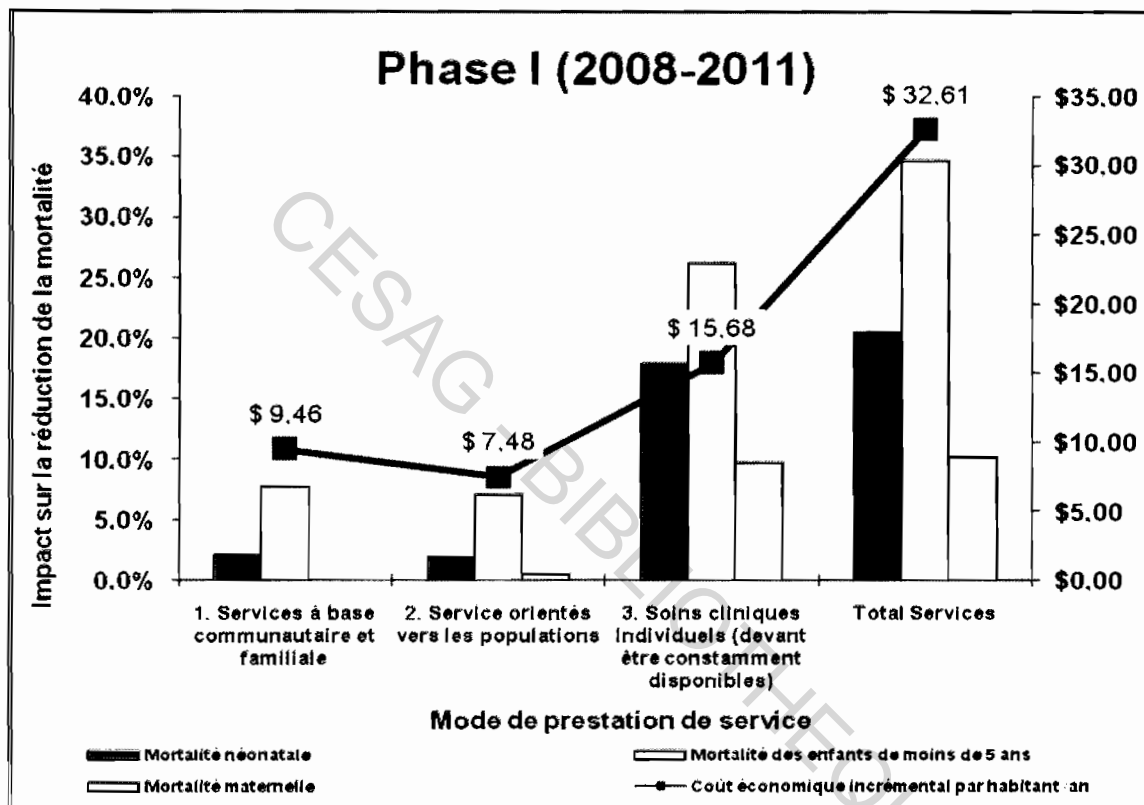
π : proportion de décès maternels dus à la maladie

I_{ij} : Impact des interventions sur la réduction de la mortalité maternelle

$$X_{ijk} = [(efficacité\ prouvée\ scientifiquement)_i \times (fraction\ affectée)_{ij}] \times (couverture\ souhaitée - donnée\ de\ base)_{ik}$$

Les résultats suivants ont été obtenus :

Graphique 12 : Impact sur la réduction de la mortalité en phase I



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun en 2007

Ce schéma nous montre que les services à base communautaire n'ont presque pas d'impact sur la mortalité maternelle reflétant ainsi le choix des interventions qui sont beaucoup plus orientées à ce niveau vers les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans.

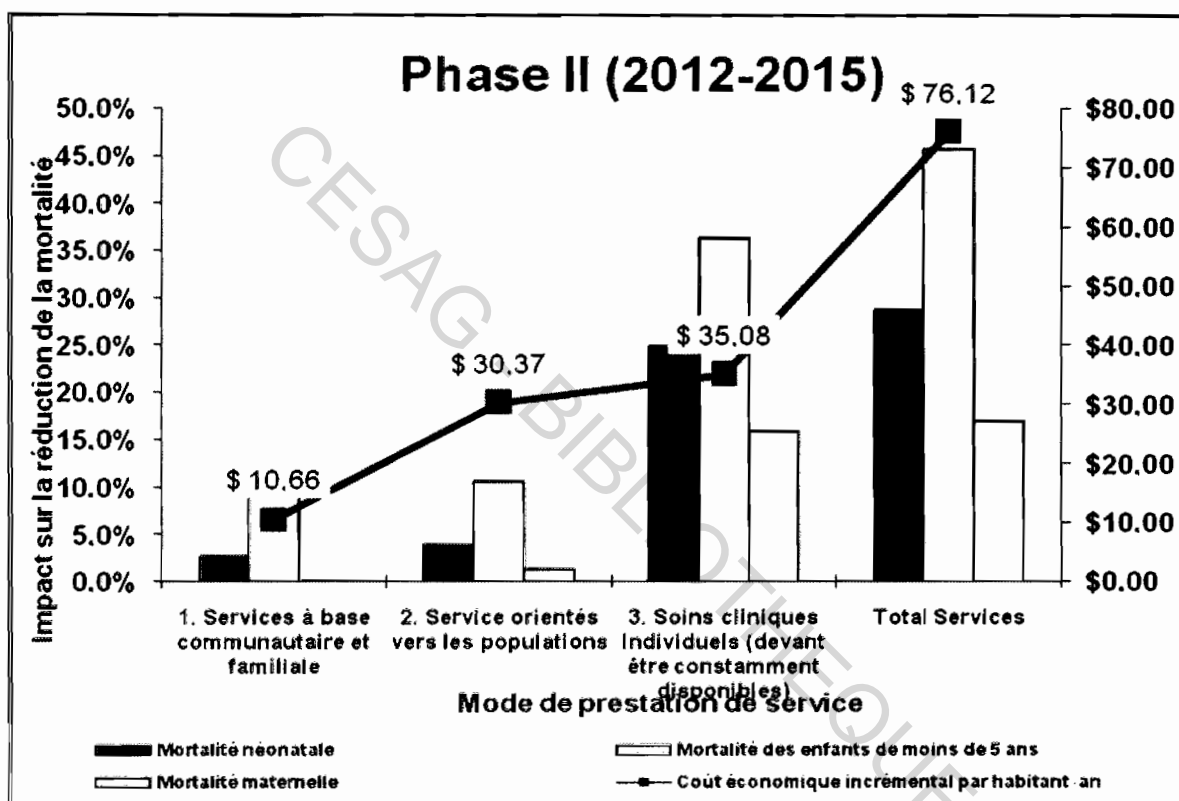
Les soins cliniques ont un impact double voire triple par rapport aux autres services à cause du nombre élevé d'intervention efficace et des objectifs de couverture ambitieuse.

Dans la phase I au total, la réduction des goulots d'étranglement de presque tous les paquets de service aux différents niveaux de prestations de service va permettre

d'atteindre une réduction du taux de mortalité néonatale de 20,6%, du taux de mortalité infanto-juvénile de 34,6% et de 10,2% pour la mortalité maternelle.

En réalité, il s'agit de la réduction du gap observé entre la situation actuelle et la situation souhaitée. Le ratio de mortalité maternelle qui est de 669 actuellement est très élevé par rapport à la valeur de 2015 qui est de 340. Ce qui nous fait un gap de 329. Ainsi d'ici 2011, la valeur 329 sera réduit de 10,2%.

Graphique 13 : Impact sur la réduction de la mortalité en phase II



Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

A ce niveau, les couvertures sont plus ambitieuses et sont le reflet d'un renforcement plus important de l'offre de soins mais aussi de stimulation accentuée de la demande. Cela permettrait d'aboutir à une réduction du taux de mortalité néonatale de 28,8%, du taux de mortalité infanto-juvénile de 45,7% et de 17,1% pour la mortalité maternelle.

Tableau XV : récapitulatif du calcul de l'impact

	Taux de mortalité actuel au Cameroun (2007)	Taux de mortalité prévu en 2015	Gap (taux 2015 - taux actuel)	Pourcentage de réduction pour la première phase	mortalité estimée en 2011 au Cameroun	Gap (taux 2015 - taux en 2011)	Pourcentage de réduction pour la deuxième phase	mortalité estimée en 2015 au Cameroun
Mortalité néonatale	29	10,4	18,6	20,6%	25,1	14,7	28,8%	20,8
Mortalité infanto-juvénile	144	42,1	101,9	34,6%	108,7	66,6	45,7%	78,2
Mortalité maternelle	669	340	329	10,2%	635,4	295,4	17,1%	585

Source : notre propre estimation

Ce tableau traduit l'évolution de la réduction des mortalités néonatale, maternelle et infanto-juvénile. Le renforcement des capacités du système vont permettre de passer approximativement de : 29‰ à 20,8‰ pour la mortalité néonatale, 144‰ à 78,2‰ pour la mortalité infanto-juvénile et de 669 à 585 pour 100000NV pour la mortalité maternelle d'ici 2015. Ces résultats s'approchent de ceux prévus sur le plan national avec une réduction de 2/5 sur la mortalité infanto-juvénile $[(144 - 2/5 \text{ de } 144) = 86,4]$ et de 1/5 sur la mortalité maternelle $[(669 - 1/5 \text{ de } 669) = 535,2]$. Nous remarquons ici que le choix de ces interventions vont permettre de dépasser la valeur prévue dans le plan national stratégique concernant la mortalité infanto-juvénile.

Dans l'ensemble, nous avons une forte réduction de la MIJ par rapport aux MM et MNN traduisant ainsi l'impact des interventions choisies sur cette tranche de la population.

CESAG

**VIII. INDICATEURS DE SUIVI ET
RECOMMANDATIONS**

OTHEQUE

8.1. Indicateurs de suivi

Tableau XVI: Indicateurs de suivi pour les Services à base communautaire orientés vers les familles

Interventions efficaces	Déterminants de couverture	Indicateurs de suivi de la performance	2011	2015
1.1. Services de santé préventive, familiale et WASH				
Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour femme enceinte	Disponibilité des intrants	% de moustiquaires ILD attendues/ MILD nécessaires	65%	80%
	Accessibilité	Proportion de la population ayant un accès à un point de distribution de MID ou moustiquaires et insecticide dans un rayon acceptable (en km ou en temps)	60%	75%
	Utilisation initiale	% des ménages ayant au moins une moustiquaire	50%	70%
	Utilisation continue	% des femmes enceintes âgées de 15-49 ans qui ont dormis sous moustiquaire la nuit passée	50%	70%
	Qualité effective	% des femmes enceintes âgées de 15-49 ans qui ont dormis sous moustiquaires imprégnées la nuit passée	45%	65%
1.2. Alimentation de l'enfant et du jeune enfant				
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	Disponibilité des intrants	% Enfants allaités jusqu'à 23 mois	96,3%	97%
	Accessibilité	% villages avec agent communautaire	85%	90%
	Utilisation initiale	Allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	80%	85%
	Utilisation continue	Allaitement 6 à 9 mois + alimentation complémentaire	80%	80%
	Qualité effective	AME <6mois	40%	60%
1.3. Prise en charge communautaire des maladies				
SRO	Disponibilité des intrants	Stock SRO	80%	90%
	Accessibilité	Agents de santé communautaire	75%	85%
	Utilisation initiale	% des cas de diarrhée recevant un apport de fluide plus important	70%	80%
	Utilisation continue	% des cas de diarrhée recevant un apport de fluide plus important et la même quantité voire plus de nourriture	65%	75%
	Qualité effective	% des cas de diarrhée recevant un apport de fluide plus important et du SRO	60%	70%

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Tableau XVII: Indicateurs de suivi pour les Services à orientés vers les populations

Interventions efficaces	Déterminants de couverture	Indicateurs de suivi de la performance	2011	2015
2.1. Soins préventifs pendant la grossesse				
Consultation prénatale	Disponibilité des intrants	Stock fer acide folique	80%	90%
	Disponibilité des ressources humaines	Disponibilité infirmier/sage femme	75%	85%
	Accessibilité	Sessions régulières de CPN	75%	84%
	Utilisation initiale	% des femmes ayant reçu au moins une CPN durant leur dernière grossesse	83,4%	83,4%
	Utilisation continue	% des femmes ayant reçu au moins 3 CPN durant leur dernière grossesse	65%	75%
	Qualité effective	% des femmes ayant reçu au moins 3CPN et dont la première CPN a eu lieu au cours du premier trimestre de leur grossesse	50%	65%
2.2. Prévention et traitement du VIH/SIDA				
PTME	Disponibilité des intrants	Stock ARV au niveau des formations sanitaires	60%	80%
	Disponibilité des ressources humaines	% des structures avec au moins 2 infirmiers/sage femmes formés à la PTME	55%	75%
	Accessibilité	% villages où la PTME a été offerte au cours des sessions de CPN	55%	75%
	Utilisation initiale	% des femmes enceintes conseillées et testées sur le VIH	50%	70%
	Utilisation continue	Prophylaxie mère VIH	45%	65%
	Qualité effective	% des femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement prophylactique complet d'ARV pour réduire la TME	40%	58%
2.3. Soins préventifs et curatifs de l'enfant				
Vaccination DTC	Disponibilité des intrants	Stock vaccins	90%	100%
	Disponibilité des ressources humaines	Disponibilité infirmier	85%	95%
	Accessibilité	Accès PEV (population < 10km)	80%	93%
	Utilisation initiale	% d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu une dose de vaccin DTC	86,7%	92%
	Utilisation continue	% d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu trois doses de vaccin DTC	80,6%	91%
	Qualité effective	% d'enfants complètement vaccinés avant leur premier anniversaire	75%	80%

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Tableau XVIII : Indicateurs de suivi pour les Soins cliniques individuels

Interventions efficaces	Déterminants de couverture	Indicateurs de suivi de la performance	2011	2015
3.1. Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau				
Accouchement assisté par professionnel	Disponibilité des intrants	Disponibilité médicaments pour accouchement	60%	90%
	Disponibilité des ressources humaines	Disponibilité d'auxiliaire ou assistant infirmier/sage femme par rapport aux besoins	55%	80%
	Accessibilité	% des familles habitant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé offrant l'accouchement de jour	53%	75%
	Utilisation initiale	% des accouchements par personnel qualifié	61,8%	70%
	Utilisation continue	% Accouchement par personnel qualifié bénéficiant de la CPoN et la pesée des nouveaux nés	60%	65%
	Qualité effective	% des accouchements par un personnel compétent en SONUB/C	50%	60%
3.2. Soins curatifs au centre de santé de base				
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	Disponibilité des intrants	Stock ME	91,1%	100%
	Disponibilité des ressources humaines	% des structures de santé de base avec infirmier diplômé d'état	75%	90%
	Accessibilité	% des familles habitant dans les 5 km d'une structure de santé avec infirmier	65%	80%
	Utilisation initiale	% de fièvre soignée à l'extérieur	60%	75%
	Utilisation continue	% IRA et fièvre traitée par un professionnel qualifié	55%	70%
	Qualité effective	% IRA et fièvre traitée par un professionnel qualifié en PCIME	50%	65%
3.3. Soins cliniques de premier niveau de référence				
SONUB	Disponibilité des intrants	Disponibilité équipement SONUB	63,7%	75%
	Disponibilité des ressources humaines	% des communes pourvues de médecins avec SONUB fonctionnels	50%	70%
	Accessibilité	% population avec accès SONUB	46,9%	68%
	Utilisation initiale	Proportion de naissance en SONUB	40%	65%
	Utilisation continue	% de naissances SONUB dans les 24h	35%	60%
	Qualité effective	% de naissances SONUB de qualité	30%	50%

Source : résultat MBB appliqué à la stratégie sectorielle de santé du Cameroun(2007)

Les tableaux ci-dessus montrent des indicateurs de suivi de la bonne mise en œuvre des interventions durant toute la période de 2008 à 2015. Le suivi de ces interventions se fera par des enquêtes au cours desquelles les indicateurs seront mesurés. Ceci afin de voir l'évolution de la planification pour réagir conséquemment face aux obstacles rencontrés.

8.2. Recommandations

L'analyse des résultats de notre étude a montré que l'atteinte des OMD 4 et 5 au Cameroun passe par un renforcement des capacités du système sanitaire actuel. Ce renforcement engage des ressources de plus en plus importantes jusqu'en 2015. Ceci justifie l'augmentation du budget de la santé dans le budget de l'Etat (15%) préconisée par les états africains au sommet d'Abuja pour une meilleure prise en charge de la population. L'étude montre l'effort considérable à fournir pour lever les contraintes du système. Fort de ces résultats, nous pouvons formuler des recommandations suivantes à l'endroit des différentes structures impliquées dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

➤ Au niveau du système de planification

La planification des différents secteurs du pays est centralisée au ministère de la planification et de l'administration territoriale qui se trouve un peu éloigné de la réalité du terrain. Pour une meilleure planification axée sur les résultats, nous recommandons une décentralisation de certaines activités de ce ministère avec la création d'une direction de la planification au ministère de la santé pour mieux appréhender les problèmes du secteur de la santé.

Il faut : opérationnaliser le système de gestion par objectif sur la base de budget tel que préconisé par le concours qualité récemment implanté au Cameroun, mettre en place un système de collecte des données fiables au niveau des structures sanitaires et créer une cellule de suivi et évaluation des interventions menées.

➤ Au niveau des ressources humaines

Il faut un renforcement des capacités de la direction des ressources humaines. Les agents de la direction des ressources humaines doivent comprendre leur apport en terme de missions à remplir, de responsabilités à assumer, d'objectifs à atteindre

plus que de simples tâches à effectuer. Ils doivent traduire dans la pratique une orientation, dont la maîtrise et le succès commandent la réussite des autres stratégies visant en commun la satisfaction des besoins de santé des populations.

L'informatisation du fichier du personnel doit rapidement se faire, permettant ainsi une meilleure gestion du personnel. Le ministère de la santé ne doit pas se contenter d'une idée approximative de ses ressources humaines, mais de se baser sur des données fiables et maîtrisées.

Il faut concrétiser la motivation du personnel et accélérer le système de contractualisation basée sur les résultats pour un meilleur développement du système de santé. Nous préconisons une intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé et leur rémunération.

La rationalisation du plan de gestion des carrières du personnel et l'élaboration d'un plan de formation du personnel sont de rigueur. Pour contenir la migration du personnel, il faut mettre en place des formations continues et des incitations.

➤ Au niveau des infrastructures et des équipements

Les prévisions de constructions et de réhabilitation des infrastructures doivent être respectées pour favoriser l'accès géographique aux soins, tout en respectant la pyramide sanitaire voire un désengorgement des structures sanitaires pour un meilleur impact sur les résultats finaux. La priorité au niveau des équipements portera sur la réhabilitation des plateaux techniques selon le niveau des besoins.

➤ Pour la santé de la mère et du nouveau-né

Des actions seront menées dans l'amélioration des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences de base (SONUB), le dépistage des cancers gynécologiques et la lutte contre les fistules obstétricales et autres traumatismes liés à l'accouchement. Des efforts d'amélioration vont continuer dans les consultations post natales (CPoN), la prise en charge des accouchements et les soins de base administrés au nouveau-né, le planning familial, la distribution des moustiquaires imprégnées aux insecticides en vue d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé de l'enfant.

➤ Pour la santé de l'enfant

La santé de l'enfant doit être une préoccupation du Ministère de la Santé Publique à travers les actions préventives du Programmes Elargi de Vaccination, l'amélioration de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH/SIDA, la PCIME, la distribution des moustiquaires imprégnées, les SONUB et la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant. Le Ministère de la Santé Publique doit mettre à la disposition des formations sanitaires du personnel qualifié et des intrants essentiels pour la bonne marche des activités.

➤ Au niveau du financement de la santé

Il faut une augmentation du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat et une capacité d'absorption à 100% pour mettre en œuvre les interventions suscitées. En plus du budget de l'Etat, La mise en place des mécanismes de partage du risque maladie, adaptés à l'environnement national constitue un moyen efficace pour atteindre ces objectifs. Ceci pourra favoriser l'accessibilité financière des populations.

Une mobilisation des ressources auprès des bailleurs est indispensable si les objectifs fixés veulent être atteints.

CONCLUSION

CEP
BIBLIOTHEQUE

La présente étude sur l'amélioration du système de santé pour une meilleure prise en charge de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent d'ici 2015 au Cameroun a permis de constater qu'il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les OMD 4 et 5. La bonne marche du système est liée à la disponibilité des intrants essentiels et des ressources humaines. Nous nous sommes intéressés au choix des interventions efficaces ayant un impact sur les mortalités maternelle, néonatale et infantile, aux coûts de ces interventions et à l'implication des ressources humaines permettant d'atteindre les OMD 4 et 5 d'ici 2015.

Notre travail avait comme objectif principal d'évaluer l'impact du choix des interventions efficaces sur les mortalités maternelle, néonatale et infantile. L'analyse a révélé qu'un renforcement des capacités à presque tous les niveaux de la pyramide sanitaire contribue fortement à la réduction des mortalités à hauteur de 27,3% pour la MM, 80,3% pour la MIJ et 49,4% pour la MNN de 2008 à 2015. Ces résultats basés sur des modèles épidémiométriques nécessitent une attention particulière des autorités des ministères impliqués dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

L'étude a également révélé des coûts additionnels très élevés par rapport aux coûts de base nécessaires à l'atteinte des objectifs traduisant l'état insuffisant du financement actuel de la santé dans la prise en charge de la mère et de l'enfant. D'où un effort considérable que l'Etat doit engager dans le financement de ce domaine et dans la recherche des fonds auprès des bailleurs. La bonne mise en œuvre de ces interventions va engendrer pour la première phase un coût additionnel par habitant et par an de 26 dollars, un coût par vie sauvée de 17203 dollars et un nombre de vies sauvées/an se chiffrant à 38254. Pour la phase II, nous avons un coût additionnel de 65,33 dollars, un coût par vie sauvée de 30225 dollars et un nombre de vies sauvées/an se chiffrant à 56367.

Eu égard à tout ce qui précède, les autorités du ministère de la santé devront continuer de mettre un accent particulier sur le domaine de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent car ce sont les mères qui donnent la vie et les enfants constituent l'avenir de demain.

Notre analyse ne s'est pas appesantie sur la santé des adultes qui constitue un facteur important de rendement économique (main d'œuvre ouvrière). Notre étude n'a donc pas la prétention d'être exhaustive mais n'a fait qu'effleurer un sujet que d'autres viendront approfondir. Il demeure à notre avis un outil d'analyse prévisionnelle qui pourrait orienter une prise de décision en matière de politique de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Alain Saucier, Yvon Brunelle* : Les indicateurs et le système de soins ; Collection ; Méthodologie et instrumentation ; Planification-Evaluation Santé Services Sociaux, Québec. Février 1999
2. *Am. J. Clin. Nutrition.* 2000, vol 72, pages 1516-22. 50% efficacité dans l'article par Baqui et al, BMJ Nov. 2002
3. *Anand S, Barnighausen T.* Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet* 2004; 364:1603–1609.
4. *BRUNET-JAÏLLY, Joseph.* Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'OUEST, 1997, 435p.
5. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies.* quarante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, New York: Nations Unies; 18septembre 2000 (document de l'Assemblée générale A/RES/55/2).
6. *Enquête démographiques et Santé au Cameroun*, 1991
7. *Enquêtes démographiques et Santé au Cameroun*, 1998
8. *Enquête démographique et Santé au Cameroun*, 2004
9. *Enquête Camerounaise auprès des ménages*, 1996
10. *Enquête Camerounaise auprès des ménages*, 2001
11. *Flenday V, King J.* The Cochrane Library Issue 3, 2003. Oxford
12. *Françoise JEANSON.* Personnel de santé au sud : pénurie mortelle. 2006
13. *Jeremy HURST* : Mesure et amélioration de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE : Aperçu des enjeux et des défis ; 2002
14. *Joseph NTANGSI*, An analysis of Health Sector Expenditure in Cameroon using a National health account framework, 2001
15. Lengeler et al, revue Cochran, bibliothèque Cochran, no 3
16. *Ministère de l'Economie et des Finances / Direction du Budget*, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs), Yaoundé-Cameroun. 2007
17. *Ministère de la Santé Publique*: Cadre conceptuel du district sanitaire viable, Yaoundé-Cameroun, 1998

18. *Ministère de la Santé Publique / Direction des ressources humaines.* Yaoundé-Cameroun. 2007
19. *Ministère de la Santé Publique : Journal de la société de gynécologie obstétrique,* 2005
20. *Ministère de la Santé Publique : Plan stratégique national de lutte contre le paludisme,* Yaoundé-Cameroun, avril 2002
21. *Ministère de la Santé Publique : Plan stratégique de lutte contre la tuberculose,* Yaoundé-Cameroun, mai 2002
22. *Ministère de la Santé Publique : Programme élargi de vaccination,* Yaoundé-Cameroun, août 2002
23. *Ministère de la Santé Publique : Stratégie sectorielle de santé du Cameroun,* 2001-2010
24. *Mulholland K, Adegbola R et al,* essai randomisé sur le vaccin conjugué de l'haemophilus influenzae type-b et la protéine du tétanos corrigé pour la prévention de la pneumonie et méningite chez les enfants en Gambie, *Lancet*, 1997 vol 349 page 1191-7
25. *Organisation Mondiale de la Santé,* rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un système de santé plus performant.
26. *Organisation Mondiale de la Santé,* rapport sur la santé dans le monde, 2001 : La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs.
27. *Organisation Mondiale de la Santé,* rapport sur la santé dans le monde, 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine.
28. *Organisation Mondiale de la Santé,* rapport sur la santé dans le monde, 2003 : Façonner l'avenir.
29. *Organisation Mondiale de la Santé,* rapport sur la santé dans le monde, 2004 : Changer le cours de l'histoire.
30. *Organisation Mondiale de la Santé,* rapport sur la santé dans le monde, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.
31. *Organisation Mondiale de la Santé,* Stratégie de coopération de l'oms avec les pays : Cameroun 2003-2007
32. *Organisation des Nations Unies : Les objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2007.* New York: Nations Unies; 2007.
33. *Programme des Nations Unies pour le Développement, Rapport 1998*

34. *Raynald Pineault, Carole Davely* : la planification de la santé, concept-méthodes-stratégies, p.353-358.
35. *République du Cameroun* : Rapport de progrès des OMD au niveau provincial, Décembre 2003.
36. *République du Cameroun et système conseil des Nations Unies* : OMD, deuxième rapport de progrès au Cameroun : Décembre 2002
37. *République du Cameroun* : Plan de travail intégré des Nations Unies sur le VIH/SIDA au Cameroun.2002-2004
38. *Tandon A. et Coll.* Measuring overall health system performance for 191 countries.
39. *UNICEF*/Situation des enfants dans le monde 2007 : Femmes et enfants, le double dividende de l'égalité des sexes.
40. *UNICEF/BM*, Marginal Budgeting for Bottleneck ; technical Notes, Version 4, August 2007
41. *WHO*, Effectiveness and Costs of Interventions to Reduce Maternal Mortality: A Global and Regional Analysis. 16 Feb 2004.
42. *WHO, UNICEF*. Revised 1990 estimate of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO; 1996.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 :

Progrès **OMD**

Objectifs du Millénaire pour le Développement

NATIONALISATION / CONTEXTUALISATION DES OBJECTIFS/CIBLES DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

N°	N°		
1	1	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté.	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté.
	2	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes souffrant de la faim.	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.
2	3	D'ici à 2015, donner à tous les enfants garçons et filles le moyen d'achever un cycle complet d'études primaires.	D'ici à 2007, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le pays, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.
3	4	Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.	Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.
4	5	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.	Réduire de deux cinquièmes, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
5	6	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.	Réduire d'environ un cinquième, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.
6	7	D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.	D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et ramené le taux de prévalence à 9%.
	8	D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser les tendances actuelles.	D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et avoir ramené son taux d'incidence à 8% et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser les tendances actuelles.
7	10	Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre.	Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre.
	11	Réussir, d'ici 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.	Améliorer sensiblement d'ici 2020, l'habitat des camerounais.
8	16	En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile.	Formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile.
	17	En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.	Rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables à tous ceux qui en ont besoin.
	18	En coopération avec le secteur privé, mettre les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, à la portée de tous.	Faire en sorte que les avantages des technologies de l'information et de la communication (TIC) soient profitables à tous.