



MINSANTE

Ministère de la Santé Publique



Observatoire National
de la Santé Publique

RAPPORT

DE SUIVI DES

100

INDICATEURS
CLÉS DE SANTÉ
AU CAMEROUN
EN

2019

FOCUS SUR
LES ODD



Organisation
mondiale de la Santé
Cameroun



MINSANTE

Ministère de la Santé Publique



Observatoire National
de la Santé Publique

RAPPORT

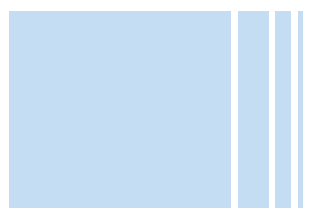
DE SUIVI DES

100

INDICATEURS
CLÉS DE SANTÉ
AU CAMEROUN
EN

2019

FOCUS SUR
LES ODD



Organisation
mondiale de la Santé
Cameroun

“

Je continuerai à œuvrer sans relâche, avec toutes les filles et tous les fils de notre pays, à relever les multiples défis auxquels nous sommes confrontés pour améliorer le bien-être de nos populations, notamment en matière d'infrastructures, d'approvisionnement en eau et en électricité, de couverture sanitaire et d'emploi des jeunes.

Message du Chef de l'Etat à la Nation le 10 septembre 2019.

”



© Droits réservés

Son Excellence Paul BIYA
Président de la République du Cameroun



© Droits réservés

Joseph Dion NGUTE

Premier Ministre Chef du Gouvernement

RAPPORT

DE SUIVI DES 

100

INDICATEURS
CLÉS DE SANTÉ
AU CAMEROUN
EN 2019

  FOCUS SUR
LES ODD

Liste des Tableaux	15
Liste des Graphiques	19
Sigles, abréviations et acronymes	21
Préface du Ministre de la Santé Publique	23
Mot du représentant de l'OMS	25
Remerciements	27
Résumé d'orientation	29
Méthodologie	33
Méthodes	35
Carte du Cameroun	37
Profil du pays	39
Chapitre 1 - Indicateurs sur l'état de santé	41
A. MORTALITE SELON L'AGE ET LE SEXE	42
1. Espérance de vie à la naissance (en années)	42
2. Taux de mortalité des adolescents (pour 1 000 habitants - années d'exposition)	43
3. Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans (pour 1 000 habitants - années d'exposition)	43
4. Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) - ODD 3.2.1	44
5. Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	44
6. Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) - ODD 3.2.2	45
7. Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)	45
B. MORTALITE PAR CAUSE DE DECES	46
8. Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) - ODD 3.1.1.....	46
9. Taux de mortalité attribuable à la tuberculose (pour 100 000 habitants)	46
10. Taux de mortalité attribuable au VIH/Sida (pour 100 000 habitants)	46
11. Taux de mortalité lié au paludisme (pour 100 000 habitants)	47
12. Mortalité chez 30 à 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques - ODD 3.4.1	48
13. Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant - ODD 3.9.1	49
14. Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (Accès à des services WASH inadéquats)-ODD 3.9.2	49

15.	Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel - ODD 3.9.3	49
16.	Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) - ODD 3.4.2	50
17.	Taux de mortalité lié aux accidents de la route - ODD 3.6.1	50
18.	Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors des catastrophes (pour 100 000 personnes) - ODDs 1.5.1 ; 11.5.1 ; 13.1.1	51
19.	Nombre de victimes d'homicides (pour 100 000 personnes) par sexe et par âge - ODD.16.1.1	52
C.	FECONDITE	53
20.	Taux de fécondité des adolescentes (pour 1 000 filles) âgées de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans - ODD 3.7.2	53
21.	Indice synthétique de fécondité	54
D.	MORBIDITE	55
22.	Nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination	55
23.	Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminés dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire	55
24.	Prévalence du VIH/Sida	56
25.	Incidence du VIH/Sida - ODD 3.3.1	57
26.	Prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B	58
27.	Incidence de l'hépatite B (pour 100 000 habitants) - ODD 3.3.4	58
28.	Incidence des infections sexuellement transmissibles (IST)	58
29.	Taux de syphilis congénitale (pour 100 000 naissances vivantes)	59
30.	Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) - ODD 3.3.2	60
31.	Taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	60
32.	Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	60
33.	Taux d'incidence du paludisme (pour 1 000 habitants) - ODD 3.3.3	61
34.	Incidence du cancer, par type de cancer (pour 100 000 habitants)	62
Chapitre 2 - Indicateurs sur les facteurs de risque		63
E.	NUTRITION	64
35.	Allaitement exclusif au sein des nourrissons de 0 à 5 mois	64
36.	Initiation précoce de l'allaitement au sein	64
37.	Incidence du faible poids de naissance chez les nouveau-nés	65
38.	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, modéré ou grave - ODD 2.2.1	65
39.	Enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation modérée ou grave - ODD 2.2.1	66

40.	Enfants de moins de 5 ans présentant un surpoids / une surcharge pondérale modérée ou grave - ODD 2.2.2	66
41.	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois	67
42.	Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer	68
F.	INFECTIONS	69
43.	Prévention du VIH chez les populations clés / à risque	69
G.	FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX	70
44.	Populations utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre / amélioré - ODD 6.1.1	70
45.	Populations utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre / amélioré - ODD 6.2.1a & 6.2.1b	70
46.	Populations utilisant principalement des combustibles et des technologies propres - ODD 7.1.2	71
47.	Niveau de pollution atmosphérique dans les villes - ODD 11.6.2	71
48.	Consommation totale de l'alcool per capita / habitant de 15 ans ou plus - ODD 3.5.2	72
49.	Consommation du tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus standardisée selon l'âge - ODD 3.a1	73
50.	Prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge	74
51.	Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ou plus, standardisé selon l'âge	74
52.	Prévalence de l'élévation de la glycémie / diabète chez les personnes de 18 ans ou plus, ou chez les personnes sous traitement hypoglycémiant, standardisée selon l'âge	75
53.	Apport moyen en sel (Chlorure de Sodium) en gramme/jour chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge	75
54.	Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge	76
I.	TRAUMATISMES / PRATIQUES TRADITIONNELLES TRAUMATISANTES	77
55.	Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime - ODD 5.2.1	77
56.	Prévalence de la violence sexuelle infligée par une personne autre que le partenaire intime - ODD 5.2.2	78
57.	Prévalence des mutilations génitales féminines / Excision - ODD 5.3.2	79
58.	Violences sexuelles sur les enfants - ODD 16.2.3	79
59.	Proportion des Mariages précoces - ODD 5.3.1	79
60.	Fréquence des traumatismes / Blessures attribuables aux accidents de travail - ODD 8.8.1	80

Chapitre 3 - Indicateurs sur les couvertures des services	81
J. Santé de la reproduction / Santé maternelle néonatale, infantile et de l'adolescent	82
61. Besoins en planification familiale satisfaits par les méthodes modernes - ODD 3.7.1	82
62. Taux de prévalence de la contraception	83
63. Couverture par les soins anténatals (au moins 04 consultations) (exprimé en pourcentage)	85
64. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié- ODD 3.1.2	86
65. Couverture en soins post-partum / mère	87
66. Couverture en soins post-natals / Nouveau-nés	88
67. Demande de soins pour les symptômes de pneumonie	88
68. Couverture par le traitement de la diarrhée par SRO	88
69. Couverture par la supplémentation en vitamine A	89
K. VACCINATIONS	90
70. Taux de couverture vaccinale, par type de vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national - ODD 3.b.1	90
L. SIDA	92
71. Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	92
72. Prévention de la transmission Mère-Enfant	92
73. Couverture par la thérapie antirétrovirale (TARV)	94
74. Suppression de la charge virale du VIH	94
M. SIDA / TUBERCULOSE	96
75. Couverture par le traitement préventif à l'INH des patients VIH positifs et les enfants de moins de 5 ans contact de patients tuberculeux bactériologiquement positifs	96
76. Disponibilité des résultats des tests du VIH pour les patients TB	96
77. Patients TB nouveau cas et rechutes, VIH positifs sous traitement TARV au cours du traitement TB	97
N. TUBERCULOSE	98
78. Pourcentage des patients TB avec un test de sensibilité pour au moins la rifampicine	98
79. Couverture par le traitement de la tuberculose	99
80. Couverture par le traitement des patients TB résistants au traitement	99
O. PALUDISME	100
81. Couverture par le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse .	100
82. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides	100

83.	Traitement des cas de paludisme confirmés	102
84.	Couverture par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent	103
P.	MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES	104
85.	Nombre de personnes ayant besoin d'une intervention contre les MTN - ODD 3.3.5	104
86.	Couverture par la chimiothérapie préventive des MTN sélectionnées	104
L.	DEPISTAGE ET SOINS PREVENTIFS	106
87.	Dépistage du cancer du col de l'utérus	106
M.	SANTÉ MENTALE	106
88.	Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux sévères ou graves	106
N.	ADDICTION AUX DROGUES	106
89.	Couverture par le traitement de la dépendance à l'alcool et autres drogues - ODD 3.5.1	106
O.	SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS	108
90.	Couverture par les services de santé essentiels	108
Chapitre 4 - Indicateurs du système de santé		109
P.	QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS	110
91.	Taux de mortalité périopératoire	110
92.	Admission en gynéco-obstétrique à la suite d'un avortement	110
93.	Ratio de mortalité maternelle hospitalière	110
94.	Revue des décès maternels	112
95.	Taux de rétention sous traitement antirétroviral (TARV)	112
96.	Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose	113
97.	Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques (pour 10 000 habitants)	114
Q.	ACCESSIBILITÉ	116
98.	Utilisation des services de consultations externes	116
99.	Densité et distribution des services (y compris l'accès aux services d'urgence)	117
100.	Densité de lits d'hôpitaux, pour 10 000 habitants	117
101.	Accessibilité aux médicaments essentiels clés / de base - ODD 3.b.3	118

R. RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ	119
102. Densité et distribution des ressources humaines en santé, pour 10 000 habitants	119
103. Production des personnels de santé par les institutions de formation	120
S. INFORMATION SANITAIRE	122
104. Enregistrement des naissances - ODD 16.9.1	122
105. Enregistrement des décès - ODD 17.19.2	122
106. Complétude et promptitude des rapports de notification des maladies à déclaration obligatoire par les formations sanitaires	122
T. FINANCEMENT DE LA SANTÉ	124
107. Total des dépenses courantes de santé, en pourcentage du produit intérieur brut	125
108. Sources de financement intérieures publiques et privées des dépenses courantes de santé, en pourcentage des dépenses courantes de santé	125
109. Sources actuelles de financement externes de la santé, en pourcentage des dépenses de santé courantes	126
110. Proportion des ménages appauvris par le paiement direct des services de santé	127
111. Ratio des dépenses catastrophiques - ODD 3.8.2	127
112. Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base - ODD 3.b.2	128
U. SÉCURITÉ SANITAIRE	129
113. Indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International (RSI, 2005)	129
V. GOUVERNANCE	130
114. Existence d'une politique sectorielle nationale / stratégie / plan	130
BIBLIOGRAPHIE	133

Tableau 1 : Estimation directe du taux de mortalité des adolescents âgés de 15 à 19 ans, de sexe masculin et féminin, pour la période de 06 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/habitants, exprimés en pourcentage de 1991 à 2011 43

Tableau 2 : Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe féminin par groupe d'âge, pour la période de 06 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2011 43

Tableau 3 : Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe masculin par groupe d'âge, pour la période de 06 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2011 44

Tableau 4 : Evolution du quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun 44

Tableau 5 : Evolution du quotient de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun 44

Tableau 6 : Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun 45

Tableau 7 : Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes au Cameroun entre 1998 et 2018 46

Tableau 8 : Proportion de décès sur les cas traités au Cameroun entre 2006 et 2017 ... 46

Tableau 9 : Nombre de décès dus au paludisme pour 100 000 habitants entre 2014 et 2018.. 47

Tableau 10 : Mortalité prématurée attribuable aux maladies Non Transmissibles (MNT), 2016 48

Tableau 11 : Evolution des accidents de la circulation routière enregistrés par les services de la Gendarmerie Nationale entre 2001 et 2013 au Cameroun 50

Tableau 12 : Evolution des accidents de la circulation routière enregistrés par les services de la Police Nationale de 2007 et 2014 au Cameroun 51

Tableau 13 : Récapitulatif des décès, disparus et personnes touchées lors des catastrophes de 2008 à 2018 51

Tableau 14 : Taux de fécondité des adolescentes pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans, pour la période de trois ans ayant précédé l'enquête, au Cameroun de 1991 à 2018 53

Tableau 15 : Fécondité des adolescentes de 15 -19 ans au Cameroun, 2018 53

Tableau 16 : Indice synthétique de fécondité pour 1 000 femmes de 15-49 ans, 1991-2018 (Nombre d'enfants par femmes de 15-49 ans) par milieu de résidence au Cameroun 54

Tableau 17 : Nombre de Cas confirmés de certaines Maladies évitables par la vaccination de 2014 à 2018 55

Tableau 18 : Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminés par le RSI 56

Tableau 19 : Prévalence du VIH, selon l'âge et le sexe en 2018 au Cameroun 56

Tableau 20 : Prévalence du VIH par région d'étude au Cameroun, de 2004 à 2018 57

Tableau 21 : Incidence annuelle du VIH, selon l'âge et le sexe au Cameroun en 2018 (intervalle de confiance* de 95%) 57

Tableau 22 : Prévalence de l'infection à l'Hépatite B au Cameroun en 2018, selon l'âge, le sexe et le statut HIV 58

Tableau 23 : Pourcentage des femmes et des hommes ayant eu des rapports sexuels et qui ont déclaré avoir eu une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, selon les caractéristiques sociodémographiques, de 2004 à 2011 59

Tableau 24 : Pourcentage des femmes et des hommes, âgés de 15 à 49 ans, rapportant l'utilisation du condom durant le dernier rapport sexuel au Cameroun, de 2004 à 2014 59

Tableau 25 : Taux de notification des cas de tuberculose, toutes les formes et nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif par 100 000 habitants, Cameroun 2006-2018 60

Tableau 26 : Prévalence du Paludisme, selon la résidence / pourcentage des enfants de 6 à 59 mois de 2011 à 2018, au Cameroun 60

Tableau 27 : Taux d'incidence du paludisme (pour 1 000 habitants) de 2014 à 2018 61

Tableau 28 : Données statistiques sur le Cancer au Cameroun en 2018 62

Tableau 29 : Evolution de l'initiation précoce à l'allaitement au sein de 2011 à 2014, au Cameroun, chez le nouveau-né, exprimé en pourcentage 64

Tableau 30 : Pourcentage de naissances vivantes les plus récentes dans les deux dernières années qui pèsent moins de 2500 gr à la naissance / Nourrissons de faible poids à la naissance entre 2011 et 2014 65

Tableau 31 : Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois, selon le sexe, la région, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien être au Cameroun, de 2004 à 2018 67

Tableau 32 : Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans au Cameroun, selon l'état, la région, le niveau d'instruction et de bien-être, de 2004 à 2018 68

Tableau 33 : Proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau de boisson, selon le milieu de résidence, de 2004 à 2014 au Cameroun, exprimé en pourcentage 70

Tableau 34 : Répartition des ménages disposant de toilettes améliorées (Chasse d'eau, Latrines améliorées) non partagées entre 2004 et 2014 au Cameroun 70

Tableau 35 : Evolution de la population utilisant des combustibles solides / modernes pour faire la cuisine de 2011 à 2014 71

Tableau 36 : Prévalence de la consommation d'alcool chez les personnes de 15 ans ou plus / taux comparatifs par âge en 2014 72

Tableau 37 : Données sur l'usage du tabac issues des derniers résultats de l'enquête au 31 Décembre 2016 73

Tableau 38 : Politiques antitabac dans les lieux publics en 2016 73

Tableau 39 : Prévalence (95% IC) de l'hypertension artérielle par Région et par milieu de résidence en 2018 74

Tableau 40 : Evolution de l'obésité et du surpoids chez les femmes, selon le milieu de vie, entre 2004 et 2011 au Cameroun 74

Tableau 41 : Etat nutritionnel des femmes de 15 à 49 ans / Evolution de l'obésité et du surpoids de 2004 à 2011 au Cameroun 75

Tableau 42 : Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans, en union ou rupture d'union qui ont subi diverses violences de la part de leur mari / partenaire au cours des 12 derniers mois ayant précédés l'enquête, au Cameroun en 2014 77

Tableau 43 : Auteurs des violences sexuelles contre les femmes parmi les femmes qui ont déclaré avoir subi des violences sexuelles, pourcentage ayant mentionné différents types d'auteurs des violences au moment de la

première expérience de violence sexuelle chez les 15 ans ou plus, Cameroun 2011..... 78

Tableau 44 : Taux des Mariages précoces en 2014 79

Tableau 45 : Répartition des accidents de travail selon la nature de la lésion en 2018 80

Tableau 46 : Pourcentage de couverture en CPN 4 et plus/ naissances assistées par du personnel qualifié entre 1991 et 2018 au Cameroun 85

Tableau 47 : Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant effectué 4 visites prénatales ou Plus par milieu de résidence au Cameroun en 2018 85

Tableau 48 : Pourcentage de couverture des naissances assistées par du personnel qualifié de 1991 à 2018 au Cameroun & Pourcentage des accouchements dans les formations sanitaires de 1991 à 2018 86

Tableau 49 : Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant reçu des soins du Post-partum, dans les deux jours après la naissance 87

Tableau 50 : Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après l'accouchement au Cameroun en 2018 87

Tableau 51 : Pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins Post-natals, deux jours après la naissance 88

Tableau 52 : Demande de soins (%) pour les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'IRA au cours des 2 dernières semaines de 2004 à 2011 au Cameroun 88

Tableau 53 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrants de la diarrhée et ayant reçu les Sels de réhydratation orale entre 1991 et 2018 au Cameroun 88

Tableau 54 : Pourcentage (parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu une diarrhée) à qui on a donné des SRO et du zinc au Cameroun en 2018 89

Tableau 55 : Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A, au cours des 06 derniers mois précédant l'enquête, de 2004 à 2011 au Cameroun 89

Tableau 56 : Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés de 1991 à 2018 au Cameroun..... 91

Tableau 57 : Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés de 2011 à 2018 au Cameroun..... 91

Tableau 58 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu tous les vaccins de base (BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses du vaccin oral de la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance, et une dose de vaccin anti rougeoleux) au Cameroun en 2018..... 91

Tableau 59 : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut au Cameroun en 2018 par région 92

Tableau 60 : Couverture ARV chez les FEC VIH+ (%) par région de 2016 à 2018 93

Tableau 61 : Couverture par le traitement antirétroviral (ARV) de 2014 à 2018 au Cameroun 94

Tableau 62 : Pourcentage des patients tuberculeux dépistés au VIH en 2018 par région au Cameroun 97

Tableau 63 : Répartition de pourcentage de test de sensibilité des patients TB en retraitement en 2018 par régions 98

Tableau 64 : Pourcentage des femmes vues en CPN ayant reçu au moins 3 doses de TPI en 2014 et 2018 100

Tableau 65 : Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête en 2011, 2014 et 2018 101

Tableau 66 : Pourcentage des femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête en 2011, 2014 et 2018 101

Tableau 67 : Couverture de la pulvérisation intra domiciliaire par milieu de résidence et par région au Cameroun, de 2011 à 2018 103

Tableau 68 : Besoins en intervention \geq des populations (millions) en 2016 104

Tableau 69 : Couverture thérapeutique des MTN à chimiothérapie préventive en 2015 et 2016 au Cameroun 105

Tableau 70 : Couverture des traitements de masse pour les Maladies Tropicales Négligées en 2016 au Cameroun / Estimations 105

Tableau 71 : Proportion des nouveaux cas (Patients usagers de drogues et demandeurs de traitement régulièrement enregistrés en 2017) 107

Tableau 72 : Proportion des épisodes de traitement (épisodes par centre de soin) en 2017 107

Tableau 73 : Nombre d'accouchements et de décès maternels en milieu hospitalier selon les régions du Cameroun de 2014 à 2017 111

Tableau 74 : Taux de létalité par région d'enquête suivant les types de complications obstétricales directes en 2015..... 111

Tableau 75 : Taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif selon le résultat du traitement et l'année au Cameroun, 2006-2017 113

Tableau 76 : Répartition du taux de succès thérapeutique par région pour l'année 2017 114

Tableau 77 : Disponibilité rapportée des Services essentiels offerts au Cameroun .. 115

Tableau 78 : Utilisation des services de consultations externe (pour 100 habitants) de 2015 à 2018 116

Tableau 79 : Nombre de structures sanitaires par 10 000 habitants en 2016 et 2018 117

Tableau 80 : Nombre moyen de lits disponibles par région et par type de formation sanitaire au Cameroun en 2018 117

Tableau 81 : Disponibilité observée des médicaments essentiels de l'OMS par région et par formation sanitaire au Cameroun 118

Tableau 82 : Nombre moyen de personnel employé par région et par type de formation sanitaire en 2018 au Cameroun 119

Tableau 83 : Distribution des ressources humaines en santé en 2018 par région, statut et type de FOSA 120

Tableau 84 : Récapitulatif des Personnels de santé formés au Cameroun en 2018 121

Tableau 85 : Nombre de diplômés en médecine formés au Cameroun de 2016 à 2019 121

Tableau 86 : Nombre de diplômés en Spécialités médicales au Cameroun de 2014 à 2019 121

Tableau 87 : Complétude des données des MAPE de 2015 à 2018..... 123

Tableau 88 : Impact des coûts de santé sur les indicateurs de pauvreté au Cameroun, 2012 127

Tableau 89 : Pourcentage des principales capacités du RSI (2005) en 2018 et 2019 129

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance par sexe, de 2009 à 2016 au Cameroun	42	Figure 14 : Prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans (en union) par milieux de résidence au Cameroun en 2018	84
Figure 2 : Espérance de vie à la naissance de 2004 à 2016 Cameroun /VS autres zones	42	Figure 15 : Prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans (en union) par régions au Cameroun en 2018	84
Figure 3 : Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes selon milieu de vie au Cameroun de 1991 à 2018	45	Figure 16 : Evolution du pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés (tous vaccins) de 1991 à 2018 au Cameroun	90
Figure 4 : Mortalité attribuable au Sida au Cameroun, de 2001 à 2015	47	Figure 17 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives mise sous ARV de 2014 à 2018 au Cameroun	93
Figure 5 : Proportion de décès attribuables, en 2016 /Cameroun	48	Figure 18 : Taux de suppression de la charge virale au Cameroun en 2018 (CAMPHIA 2018)	94
Figure 6 : Evolution de la mortalité par suicide au Cameroun, de 2012 à 2016	50	Figure 19 : Evolution du taux de suppression de la charge virale au Cameroun de 2016 à 2018	95
Figure 7 : Distribution des Nouveaux cas de cancers au Cameroun, 2018	62	Figure 20 : Evolution du pourcentage des patients tuberculeux dépistés au VIH de 2007 à 2018 au Cameroun	96
Figure 8 : Evolution de l'allaitement exclusif au sein des nourrissons de 1991 à 2018 au Cameroun, exprimé en pourcentage	64	Figure 21 : Evolution du pourcentage de patients TB/VIH mis sous TARV de 2006 à 2017	97
Figure 9 : Malnutrition (modérée ou grave) chez les enfants de moins de 5 ans de 2004 à 2018	66	Figure 22 : Evolution du pourcentage des patients TB avec test de sensibilité et résistance pour la rifampicine de 2010 à 2018 au Cameroun	98
Figure 10 : Evolution des besoins satisfaits et de la demande en Planning Familial par les méthodes modernes de 1991 à 2018 au Cameroun	82	Figure 23 : Evolution du taux de détection des cas de tuberculose au Cameroun de 2010 à 2018	99
Figure 11 : Besoins en planification familiale satisfaits chez les femmes de 15 - 49 ans (en union) par milieu de résidence au Cameroun en 2018	82	Figure 24 : Couverture de mise sous traitement de TB-MR au Cameroun de 2010 à 2018	99
Figure 12 : Besoins en planification familiale satisfaits chez les femmes de 15 - 49 ans (en union) par région au Cameroun en 2018.....	83	Figure 25 : Evolution des cas confirmés de paludisme qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention par groupe de population cible de 2014 à 2018	102
Figure 13 : Evolution du taux de prévalence contraceptive de 2011 à 2018 au Cameroun	83		

Figure 26 : Couverture de la revue des décès maternels par région en 2017..... 112

Figure 27 : Rétention à 12 mois des PvVIH sous traitement ARV (%) par région entre 2016 et 2018 113

Figure 28 : Disponibilité rapportée des Services essentiels offerts dans les formations sanitaires au Cameroun en 2018 114

Figure 29 : Utilisation des services de consultations externe (pour 100 habitants) de 2015 à 2018 116

Figure 30 : Complétude des données de surveillance hebdomadaire des MAPE au niveau des régions de 2015 à 2018 123

Figure 31 : Total des dépenses courantes en santé en % du PIB de 2011 à 2016 125

Figure 32 : Sources de financement intérieures publiques et privées des dépenses courantes de santé, en % des dépenses courantes de santé de 2013 à 2016 126

Figure 33 : Sources actuelles de financement externes de la santé, en % des dépenses de santé courantes 2013 à 2016 126

ANRP : Agence Nationale de Radioprotection	DPS : Division de la Promotion de la Santé
ASAQ : Arthésunate Amodiaquine	DQR : Data Quality Review
ARV : Anti Rétro Viraux	DRFP : Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
AVS : Activités de Vaccination Supplémentaires	DRH : Direction des Ressources Humaines
BCG : Bacillus Calmette–Guérin	DROS : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
BM : Banque Mondiale	DSF : Direction de la Santé Familiale
BUCREP : Bureau Central de Recensement et d’Etude de la population au Cameroun	DTS : Dépense totale de santé
BUNEC : Bureau National de l’Etat Civil	ECAM : Enquêtes Camerounaises auprès des ménages
CDBPS : Centre Pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé	EDSC : Enquête Démographique de Santé au Cameroun
CI : Carence en iode	FEC VIH+ : Femmes enceintes VIH positif
CIPR : Commission internationale de protection radiologique	FMSB : Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales
CIS : Cellule des Informations Sanitaires	FOSA : Formation Sanitaire
CNLD : Comité national de lutte contre la drogue	HKI : Hellen Keller International
CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA	IFORD : Institut de Formation et de Recherche Démographique
CNLCa : Comité national de Lutte Contre le Cancer	INS : Institut national de Statistique
CNS : Comptes Nationaux de Santé	INH : Isoniazide
CSU : Couverture sanitaire universelle	IRGM : Institut de recherches géologiques et minières
CTX : Cotrimoxazole	MAPE : Maladie à potentiel épidémique
Dla : Douala	MICS : Enquête par grappes à Indicateurs Multiples
DLMEP : Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies	MII : Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
DOSTS : Direction de l’Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire	MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action
DPML : Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires	

MINADER : Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

MINAT : Ministère de l'Administration Territoriale

MINESUP : Ministère de l'Enseignement Supérieur

MINFI : Ministère des Finances

MNT : Maladies Non Transmissibles

MPV : Maladies à Prévention Vaccinale

MTN : Maladies Tropicales Négligées

ODD : Objectifs de Développement durables

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONSP : Observatoire National de la Santé Publique

PAC : Paquet d'Activités Complémentaire

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PIB : Produit Intérieur Brut

PMA/PCA : Paquet Minimum d'Activités / Paquet Complémentaire d'activités

PN2LP : Programme National de Lutte contre la Lèpre et le Pian

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLC : Programme National de Lutte contre la Cancer

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PTME : Prévention de la transmission mère - enfant du VIH

PVVIH : Personnes vivant avec le Virus du SIDA

RaSSS : Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RT : Rifampicin test

SFS : Stratégie de financement de la santé

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

SDI/HFA : Service Delivery Indicators / Health Facilities Assessment

SONU/SONEU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SRO : Sel de Réhydratation Orale

ST/SSS : Secrétariat technique / Stratégie Sectorielle de Santé

SYNPEMS : Syndicat des Personnels de la Santé

TARV : Traitement Anti Rétroviral

TB : Tuberculose

TM-MR : Tuberculose multi résistante

TME : Transmission mère - enfant du VIH

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPD : Vaccination preventable disease / Maladie évitable par la vaccination

WASH : Water Sanitation and Hygiene

WHS : World Health Statistics

Ydé : Yaoundé



Le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) a développé et publié la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2016-2027 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020. La SSS prend en compte d'une part, les indications et recommandations du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et d'autres parts les Objectifs de Développement Durable (ODD). Elle définit les priorités du pays dans le secteur de la santé et les objectifs à atteindre d'ici à 2027.

L'atteinte de ces objectifs repose entre autres sur un processus de suivi efficace, à travers la production de données précises et actuelles sur la santé, aux échelles nationale et sous-nationale. Pour répondre à cette exigence l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) a publié en 2017 le premier rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en s'adossant sur la liste de référence proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Le Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2019 que j'ai le plaisir de rendre public présente la situation sanitaire du pays à travers quatre (04) grands thèmes. Ce document renseigne sur les valeurs récentes et les tendances des 100 indicateurs clés concernant aussi bien les problèmes de santé que ses déterminants. Des analyses d'une grande pertinence mettent en évidence les grandes priorités, offrant ainsi une base objective sur laquelle chaque partie prenante devrait s'appuyer dans le cadre d'actions individuelles et collectives visant l'amélioration pérenne de la santé des populations du Cameroun.

Le ministre de la Santé publique

Dr Malachie Manaouda





La volonté politique manifestée au plus haut niveau de l'Etat pour l'amélioration de l'accès aux soins des populations nous commande sur la nécessité de mesurer les progrès afin de planifier des stratégies et actions qui tiennent compte de la réalité du terrain et des besoins réels. En effet, l'OMS dans son rôle de Secrétariat appuie les Etats-membres dans le suivi des tendances sanitaires nationales, sous régionales et internationales. De plus, le contexte international marqué concomitamment par l'adoption par l'assemblée générale des Nations Unies de la déclaration de haut niveau sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et le développement d'un plan intégré pour la réalisation de l'Objectif de Développement Durable (ODD) N°3 sur la santé, recommandent au pays de mettre en place des systèmes de production des données efficaces et résilients.

Améliorer les systèmes d'informations sanitaires et accroître la production et l'utilisation des données fiables et précises sont un des accélérateurs dans la réalisation de l'agenda 2030 sur les ODD. A cet effet, la publication du « *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2019 & Focus sur les ODD* » est un outil pour le suivi de la situation sanitaire du pays et mesure son positionnement à ce jour par rapport aux cibles des ODD (y compris les principaux indicateurs de suivi des progrès vers la CSU tel que défini par l'OMS et la Banque mondiale) sur la santé et associés. Il s'agit donc d'une photographie qui nous permet de mieux nous projeter au moment où le pays travaille à définir sa stratégie de développement pour la prochaine décennie

Ce Rapport est le produit d'un travail harmonieux entre l'OMS, le Ministère de la Santé Publique et de plusieurs autres administrations. En effet, ce document a bénéficié avec les contributions et la collaboration active de la plupart des Directions et Programmes du Ministère de la Santé Publique et plusieurs Directions spécialisées d'autres administrations. Je tiens à remercier tous ceux et celles qui y ont contribué et souhaite que chacun y trouve une source de référence en santé utile pour le Cameroun.

Le Représentant de l'OMS

Dr Phanuel Habimana

Le présent « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun en 2019 & Focus sur les ODD » a été développé par le Ministère de la Santé Publique à travers l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) avec l'appui technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, nos remerciements vont à l'endroit :

- De Pr Koulla Shiro Sinata, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique pour la coordination générale du Rapport ;
- De M. Serge Bataliack (OMS) et Dr Oumarou Gnigninanjouena (ONSP) qui ont coordonné le travail technique pour la production du document ;
- Des membres du Comité d'Orientation de l'ONSP à savoir Pr Biwolé Sida (MINSANTE), Pr Kingue Samuel (MINSANTE), Pr Josephine Ngo Mbing (MINERESI), Pr Monebenimp Francisca (MINESUP), M. Eloundou Gaspard Joel (MINFI), Mme Yap Mariatou (MINADT), M. Damou Lantoin Antoine (MINEPDED), M. Bakari Bakari François (MINADER), Dr Feussom Jean Marc (MINEPIA), Dr Aboutou Rosalie Louise (MINAS), M. Tedou Joseph (INS), Dr Ndemayama Mobitang (Fondation AD LUCEM), M. Balla Balla (SYNPEMS) pour les contributions et les précieuses recommandations ;
- Des membres du Conseil Scientifique de l'ONSP à savoir Pr Moyou Somo Roger (Président, IMPM), Pr. Zoung-Kagni Anne Cecile (DROS), Dr Etoundi Mballa Alain Georges (DLMEP), Dr Josephine Ngo Mbing, Dr Brahim Issa Sidi (OCEAC), Dr Grégoire Kananda Kipanya (UNICEF), Dr Tejiokem Mathurin Cyrille (CPC), Dr Etogo Ondigui Bienvenu (LNSP), M. Tamoufe Ubalde (METABIOTA), Pr Nguendo Yongsy Blaise (IFORD), M. Ebela Jean Hyacinthe (BUNEC), M. Paul Roger Libite (INS), Dr Bilo'o Robertson (ICAP), Dr Yondo David (CDBPS-H), Dr Mfou'ou née Ndo Eunice (IRAD), Pr Saidou (IRGM), Dr Talongwa Roberto (Plan Cameroun), Dr Sabouang Jean Faustin (ANRP), Mme Akame Julie (HKI) ;
- Des Experts du MINSANTE et des autres administrations partenaires pour leurs contributions, notamment Dr Seidou Moluh (DSF), Dr Jeannette Afounde (DSF), Pr Nguetack (FMSB), Dr Virginie Owono (DPS), M. Charles Yopndoi (SG/CS), Dr Modeste Gatcho (DLMEP), Dr Sandrine Panna (DLMEP), M. Magloire Kuetché (PNLP), Dr Annie Mengue (PEV), M. Nguetack Dubliss (PNLT), Mlle. Arlette Messeh (CNLS), M. Ekani Guy (CIS), Mme Bakari (DROS), Col. Dr Mama Ambroise (MINDEF), Dr Peter Mbondji (MINDEF), Mme Laura Munji (ONSP), M. Patrice Awono (ONSP), Dr David Yondo (Consultant), Dr Sonfack Pamela, M. Mounjouowou Arouna, Mme Ntebe Awona Gilles ;
- Des chargés de programme du bureau pays OMS ayant contribué au document Dr Etienne Nnomzo'o (MTN), Dr Etienne Kembou (VIH/SIDA), Dr Irène Emah (FHP), Dr Emmanuel Douba (DPC/WHE), Dr Marlise Dongsop (IVD), M. Marcel Woung (DM/WHE).

Le « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2019 & Focus sur les ODD » a été réalisé en s'appuyant principalement sur les sources de données nationales à savoir les enquêtes nationales, les rapports et documents officiels du secteur santé et des secteurs apparentés à la santé, élaborés en collaboration ou non avec les partenaires techniques et financiers du Pays.

La particularité de ce document réside dans le fait qu'il coïncide avec la réalisation de l'EDS 2018 et la révision de la liste des indicateurs clés proposée en 2018 par l'OMS. Ces deux éléments ont permis de proposer une nomenclature 2019 qui prend en compte les indicateurs intégrant des cibles de santé et des cibles apparentés à la santé des ODD, mais aussi des indicateurs rattachés à la couverture santé universelle qui se résument dans la cible 3.8 des ODD. Cette cible 3.8, boîte à vitesse de la mise en œuvre des ODD de santé, porte sur les deux piliers de la CSU, à savoir : l'offre (la couverture par les services essentiels de qualité) et la demande (la protection financière).

Le principal objectif de ce rapport de suivi est de fournir un cadre d'analyse de la situation sanitaire du pays en mettant à la disposition des décideurs des informations fiables regroupées en quatre groupes d'indicateurs.

1. Les indicateurs de l'état de santé

Depuis plus d'une décennie, le Cameroun a fortement évolué dans la réduction du fardeau de la maladie parmi ses populations: (i) L'espérance de vie a augmenté, passant de 53 ans en 2009 à 58 ans en 2016 ; la mortalité a diminué chez les moins de 5 ans de 151 en 1998 à 79 en 2018 pour 1 000 naissances vivantes, le taux de mortalité lié à la tuberculose (de 52 décès pour 100 000 habitants en 2005 à 25 décès pour 100 000 habitants en 2017), au VIH/Sida (de 210 décès pour 100 000 habitants en 2007 à 112 décès pour 100 000 habitants en 2015) et au Paludisme (selon les données

du PNLP de 20 pour 100 000 en 2014 à 13 pour 100 000 en 2018). L'indice synthétique de fécondité des femmes est passé de 5,1 (2011) à 4,8 (2018) enfants. Par ailleurs, le ratio de mortalité qui culminait à 782 décès (MINSANTE, 2011) pour 100 000 naissances vivantes, est estimé en 2018 à 467 décès (suivant ancienne méthode de calcul) pour 100 000 naissances vivantes soit une baisse de 40%. En appliquant la définition de l'OMS qui restreint le calcul aux décès des femmes pendant la grossesse ou l'accouchement, ou pendant les 42 jours suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse, le ratio de mortalité maternelle est alors estimé à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Par ailleurs, (i) le taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants a été multiplié deux fois et demie entre 2012 (4,9) et 2016 (12,2), selon des estimations de l'OMS ; (ii) dans l'ensemble, on observe une baisse significative des accidents enregistrés par la gendarmerie et par la police à partir de 2012. En effet, le nombre d'accidents (tous types confondus) de circulation routière subi une baisse respectivement de 12% et de 29% selon les rapports de la Gendarmerie Nationale et de la DGSN(Police) durant cette période. Cette baisse globale des accidents est imputable à une régression de 11,5% et 15,3% d'accidents mortels, ainsi que de 10,8% et 27,0% d'accidents corporels respectivement selon les rapports de la Gendarmerie Nationale et de la DGSN (Police).

Dans le même temps, (i) le taux de notification de la tuberculose est passé de 126 cas en 2011 à 95 cas pour 100 000 habitants en 2018, (ii) la prévalence du VIH/SIDA est passée de 4,3% en 2011 à 2,7% en 2018, (iii) la prévalence du paludisme est passée de 30% en 2011 à 24% en 2018 chez les enfants de 6-59 mois, (iv) la prévalence de l'antigène de surface de l'infection à l'hépatite B est de 8,3% parmi la population âgée de 15 à 64 ans.

2. Les indicateurs sur les facteurs de risque

L'allaitement global au sein a diminué, passant de 97,4% en 2011 à 92,5% en 2018 ; dans le même temps, l'allaitement exclusif au sein a évolué de près de 10 points, passant de 31,4% en 2011 à 39,7% en 2018.

Par ailleurs, l'évolution des indicateurs de la malnutrition est mitigée de 2011 à 2018. C'est ainsi que le retard de croissance est passé de 28% en 2011 à 28,9% en 2018 ; Dans le même temps, l'émaciation modérée ou grave est passée de 5,6% en 2011 à 4% en 2018, alors que le pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant un surpoids est passé de 6,2% en 2011 à 11% en 2018.

Cependant, la prévalence de l'obésité, est passée de 8,2 % en 2004, à 10,7% en 2011 et de 20,6% (2004) à 21,5% (2011) en ce qui concerne le surpoids chez les femmes.

Les indicateurs des facteurs de risque environnementaux (Source d'eau améliorée, toilettes améliorées non partagées, combustibles solides et modernes) ont tous évolué dans le sens du progrès. Suivant les déclarations des femmes et des hommes, les enquêtes nationales observent que les violences émotionnelles sont de loin les plus courantes (43,65%), suivi des violences physiques (31,0%) et des violences sexuelles (11%) en 2014.

3. Les indicateurs sur les couvertures des services

Les couvertures des services au Cameroun ont connu une évolution mitigée au cours de ces dernières années, notamment :

- (i) Sur la santé de la reproduction où les besoins satisfaits en PF sont passés de 23,7% en 2011 à 15,4% en 2018 ;

- (ii) Sur la santé de la mère où la couverture en CPN4 est passé de 62,2% en 2011 à 65% en 2018 et le taux accouchements assistés par personnel qualifié de 61,2% en 2011 à 69% en 2018

- (iii) Sur la santé de l'enfant où la supplémentation en vitamine A est passée de 38% en 2004 à 55,3% en 2011 ; et la demande de soins pour pneumonie de 40,7% en 2004 à 30% en 2011 ; considérant l'antigène traceur qui est le Penta3, la couverture vaccinale est passée de 82% en 2014 à 72% en 2018 ;

- (iv) Sur la lutte contre le VIH/Sida, la couverture par le traitement ARV est passée 27,4% en 2014 à 54% en 2018; la détection des cas de Tuberculose est passée de 49% en 2014 à 51% en 2018 ; la prévalence parasitaire du paludisme est passée de 30% en 2011 à 24% en 2018.

L'addiction aux drogues fait des ravages dans la société et spécialement les jeunes. Selon un rapport officiel, en 2017, près de 2100 patients usagers de drogues ont formulé des demandes de traitement dans les formations sanitaires dans la période allant de Janvier 2016 à décembre 2017.

4. Les indicateurs sur le système de santé

De manière générale, l'évolution dans le temps des indicateurs de ce groupe est mitigée.

De plus, certains indicateurs sur (i) la qualité et la sécurité des soins (Mortalité péri opératoire, admission à la suite d'une interruption de grossesse) sont peu ou assez mal renseignés ; (ii) les ressources humaines en santé, selon les données d'une enquête régionale de l'OMS, le nombre de personnel

de santé au Cameroun est estimée à 27978 soit une densité calculée de personnel de santé de 11,53 pour 10 000 habitants soit 1,5 médecin pour 10 000 habitants. En matière de financement, le pays consacre 1,2% de son PIB à la santé en 2015, les dépenses directes des ménages représentent 70% des dépenses en santé et les dépenses catastrophiques pour les services et soins de santé sont élevés et estimés à 40% au moins des revenus des ménages. Le financement de la santé est un pilier important pour la CSU.

En matière de sécurité sanitaire, l'indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) est estimé à 40% des 13 principales capacités requises selon le RSI 2005

Sur le plan de la gouvernance du système de santé, le pays dispose d'une stratégie sectorielle 2016-2027 et d'un plan national de développement sanitaire sur la période 2016-2020.

Le « *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2019 & Focus sur les ODD* », a été développé par le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) du Cameroun à travers l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) avec l'appui technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le soutien des partenaires.

Le présent document renseigne la progression des indicateurs de la « *liste de référence des indicateurs clés de santé au Cameroun* », prenant en compte la liste de référence révisée par l'OMS (modifications et rajouts)¹ en 2018 des 100 indicateurs clés de santé. La révision de cette liste de référence des indicateurs a consisté à une nouvelle proposition et à une redistribution des indicateurs clés de santé répartis dans 4 domaines, 27 dimensions et 114 indicateurs clés.

Par ailleurs, un développement spécifique sera fait sur les ODD car il s'agit d'un agenda majeur rappelé par l'Assemblée générale de l'ONU en 2016 ; En effet, l'ODD N°3 est considéré comme la boîte à vitesse pour le développement d'un capital humain de qualité, et ainsi faciliter et/ou contribuer à l'atteinte des autres ODD.

Les bases de données nationales établies à partir des données d'enquêtes ou d'études de terrain publiées ainsi que les rapports d'activités validés des programmes, ont été privilégiés car sont plus proches de nos réalités que les sources de données internationales généralement basées sur des estimations statistiques. Toutefois, les estimations internationales ont été utilisées lorsque les données nationales n'étaient pas disponibles.

La nomenclature des 100 indicateurs clés de santé retenus, version 2018, est organisée en quatre (04) domaines d'indicateurs sanitaires qui incluent les dimensions comme suit :

- I. **Les indicateurs liés à l'état de santé :** (i) mortalité selon l'âge et le sexe, (ii) mortalité par cause de décès, (iii) la fécondité, et (iv) la morbidité.
- II. **Les indicateurs sur les facteurs de risques :** (i) la nutrition, (ii) les infections, (iii) les facteurs de risque environnementaux, (iv) les maladies non transmissibles, et (v) les traumatismes /pratiques traditionnelles traumatisantes.

Liste des indicateurs clés révisée 2018 : les changements incluent :

- 1) **Le retrait des indicateurs qui ne sont plus recommandés comme pertinents et le regroupement de certains indicateurs :** (i) deux indicateurs (couverture en soins du Sida, et prévalence de la TB) retirés, (ii) les sources des dépenses (publiques et privées) de santé sont combinées, (iii) les dépenses totales de santé et les dépenses par capital de santé ont été combinées.
- 2) **Nouveaux indicateurs qui prennent en compte les ODD liés à la santé et les nouveaux engagements :** (i) Mortalité des adolescents, (ii) Mortalité attribuable à la pollution de l'habitat et à la pollution de l'air ambiant (ODD 3.9.1.), (iii) Mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène / Accès à des services WASH inadéquats (ODD 3.9.2.) , (iv) Mortalité attribuée à un empoisonnement accidentel (ODD 3.9.3.), (v) Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées par des catastrophes pour 100 000 personnes (ODD 1.5.1., 11.5.1., 13.1.1.), (vi) Nombre de Victimes d'homicide volontaire pour 100 000 habitants, par sexe et âge (ODD 16.1.1.), (vii) Incidence de l'Hépatite B pour 100 000 habitants (ODD 3.3.4.), (viii) Taux de Syphilis congénitale, (ix) Proportion de femmes et de filles de 15 ans ou plus victime de violence sexuelle infligée par une personne autre que le partenaire, (ODD 5.2.2.), (x) Proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale, par âge (ODD 5.3.2.), (xi) proportion de jeunes femmes et hommes de 18 à 29 ans ayant été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans (ODD 16.2.3.), (xii) Mariage précoce (ODD 5.3.1.), (xiii) Fréquence des accidents de travail mortels et non mortels, par sexe et statut au regard de l'immigration (ODD 8.8.1), (xiv) Couverture en soins du post partum /postnatals, (xv) Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les Maladies Tropicales Négligées sont nécessaires (ODD 3.3.5.), (xvi) Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, de désintoxication et de postcure) pour le troubles liées à la toxicomanie / dépendance à l'alcool et aux drogues (ODD 3.5.1.), (xvii) Montant total net de l'aide publique au développement consacrée à la recherche médicale et aux soins de santé de base (ODD 3.b.2.), (xviii) Existence d'une politique sectorielle nationale de santé / Plan stratégique.
- 3) **Indicateurs mis à jour des noms des indicateurs / Données :** les indicateurs non pris en compte ci-dessus (points 1 et 2).

III. Les indicateurs sur les couvertures des services : (i) la santé de la reproduction, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, (ii) la vaccination, (iii) le VIH/Sida et tuberculose, (v) la tuberculose, (vi) le paludisme, (vii) les maladies tropicales négligées, (viii) le dépistage et les soins préventifs, (ix) la santé mentale, (x) l'abus de drogues / substances illicites, (xi) les services essentiels de santé.

IV. Les indicateurs sur le système de santé : (i) la qualité et sécurité des soins, (ii) l'accessibilité, (iii) les ressources humaines en santé, (iv) l'information sanitaire, (v) le financement de la santé, (vi) la sécurité sanitaire et (vi) la gouvernance.

Bien que l'année de référence convenue soit 2016, il s'agit de donner pour chacun des

indicateurs, les informations disponibles en 2019 en produisant pour chacun d'eux dans la mesure du possible au moins les trois dernières informations disponibles. De plus, lorsque cela est possible la déclinaison par région, par sexe (Masculin, Féminin) et par type de milieu de résidence (urbain, rural) et rapportée. Ceci à travers des tableaux et graphiques et une description permettant d'apprécier l'évolution de chaque indicateur sur une période.

Enfin, les indicateurs du présent Rapport de suivi des indicateurs clés de santé de 2019, ne sont pas renseignés par des sources de données incompatibles. Toutefois, les données d'études et/ou d'enquêtes et les estimations peuvent être rapportés séparément si cela est nécessaire. Ce rapport est une opportunité non seulement pour suivre la progression des principaux indicateurs de santé dans le pays mais aussi pour apprécier l'évolution vers l'atteinte des ODD et la marche progressive vers la CSU.

Les méthodes suivantes ont été utilisées :

1. Séances de travail avec (i) les principales parties prenantes au bureau OMS du Cameroun (ii) le Coordonnateur de l'ONSP et son équipe, et certains responsables du Ministère de la Santé Publique ;
2. Mise à jour de la liste des indicateurs clés de santé/ 2019 au Cameroun, sur la base de la liste /OMS révisée de 2018, y compris la traduction de l'anglais, les vérifications d'usage et la production de la nomenclature 2018 des indicateurs clés. La structure du document est alignée sur la liste de référence 2018 avec un focus spécifique sur les indicateurs de suivi des ODD et de la CSU ;
3. Identification de La bibliothèque de référence : préalablement définie dans le document des indicateurs clés révisé de l'OMS en 2018, et par l'équipe chargé de la production de la version 2019, le processus de recherche et d'extraction des données pour renseigner les indicateurs clés de santé a été facilité ;
4. Critique des sources de données, deux sources ont été principalement utilisées: (i) les sources nationales et (ii) les sources internationales.
 - Les sources nationales sont constituées des rapports annuels et des publications issues des Programmes et Directions du MINSANTE, sont complétés par les résultats d'enquêtes d'envergure nationales menées essentiellement par l'INS (ECAM, EDS, EDS-MICS), le BUCREP et les instituts/organes locaux de recherche. De plus, pour certains indicateurs, nous nous sommes appuyés sur les données de routine issues du DHIS2 (District Health Information Software) malgré sa mise en place progressive ; De plus, les bases de données nationales, établies à partir des données d'enquêtes et/ou d'études de terrain publiées ont été privilégiées car jugées plus proches de la réalité ;
 - Les sources internationales sont constituées de données globales et spécialisées et/ou du système des Nations Unies, notamment ceux de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, de la Banque Mondiale, etc. Par ailleurs, des articles/revues publiés dans des journaux de référence ont aussi servi de base de travail ;
5. L'élaboration des matrices de collecte, extraction des données sous tableur © Excel et production des graphiques grâce au logiciel © Power BI ;
6. Recherche et/ou recoupement des informations additionnelles auprès du Ministère de la Santé, des responsables des programmes, de l'OMS, de l'INS et des partenaires Techniques et Financiers;
7. Production du Rapport préliminaire ;
8. Revue et finalisation du document de suivi au cours d'un atelier participatif organisé par l'ONSP avec l'appui de l'OMS et des partenaires techniques et financiers ;
9. Validation par le Conseil scientifique de l'ONSP ;
10. Adoption par le Comité d'orientation de l'ONSP ;
11. Production du document final ;
12. Dissémination par l'ONSP du document du « *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2019 & Focus sur les ODD* ».

La Couverture sanitaire universelle (CSU) et Nous :

La résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les ODD, « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » souligne que la couverture sanitaire universelle (CSU) est une des clés de l'ODD N°3. En effet, la non atteinte de l'ODD N°3, d'ici à 2030, traduira l'incapacité, des pays et leurs systèmes de santé, à assurer des services essentiels de qualité sans être exposé à un risque financier. Le niveau de progrès s'apprécie assez clairement avec le suivi de la cible 3.8.

Pour être complet, ce suivi doit prendre en compte les deux aspects de la CSU que sont :

*(i) **la couverture des services essentiels (l'offre de services)**, à travers l'indicateur 3.8.1. Cet indicateur approuvé par la Commission des statistiques de l'ONU et le conseil économique et social en 2016 se définit comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé*

procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier.

*(ii) **la protection financière (la demande)** à travers l'indicateur 3.8.2 défini à minima par l'OMS et la Banque mondiale comme les dépenses catastrophiques de santé, les dépenses appauvrissantes de santé, la protection contre les dépenses catastrophiques et appauvrissantes, les contributions des parties prenantes, afin de réduire les paiements directs des ménages.*

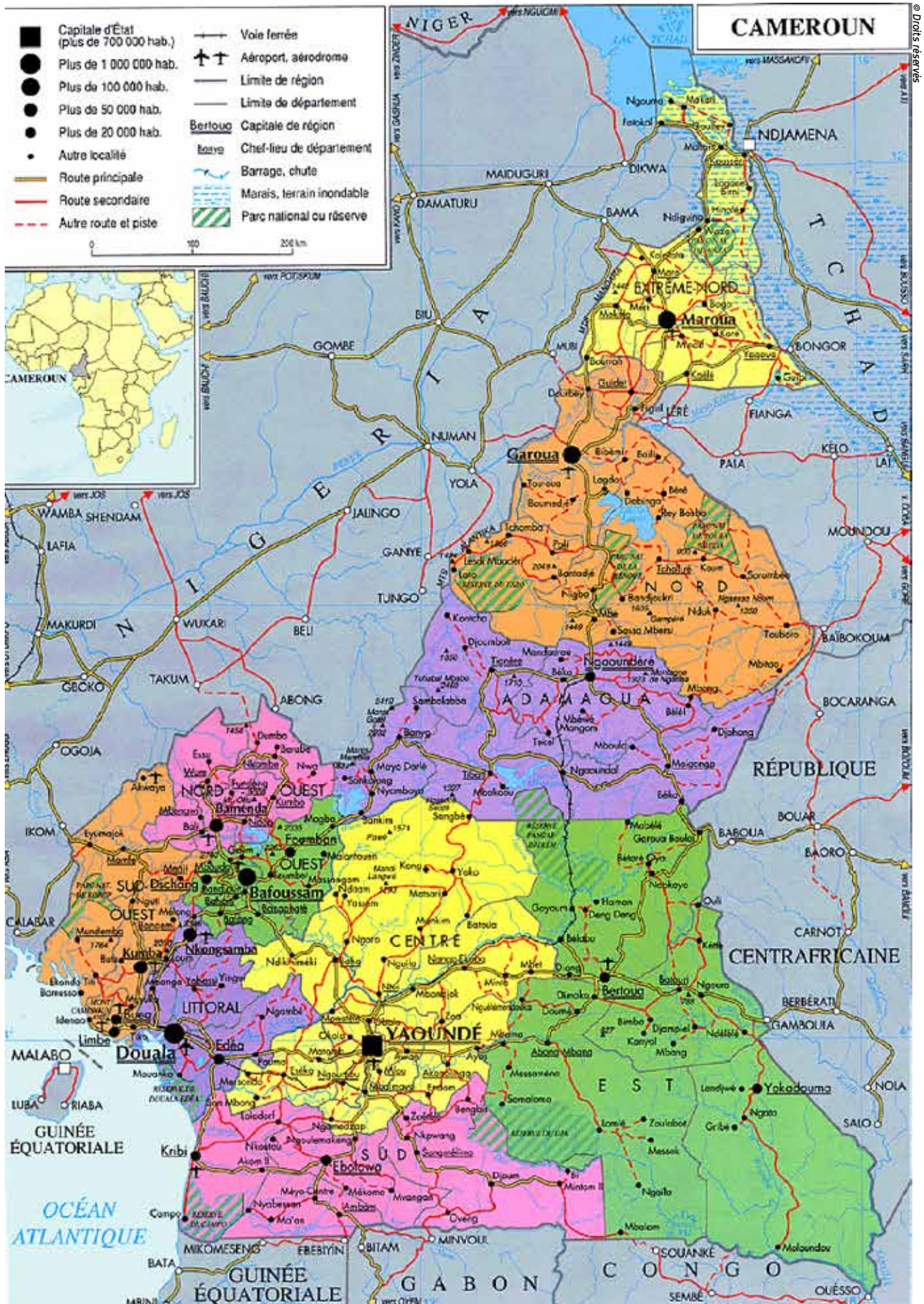
Les deux indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 permettent d'assurer un contrôle régulateur sur les progrès accomplis vers la cible 3.8. Cependant, il reste capital que les organisations de la société civile aient un accès total sur ces deux indicateurs afin d'exiger du gouvernement la redevabilité (obligation de rendre compte) sur les droits des communautés à la santé.

En 2017 au Cameroun, le Ministère de la Santé publique (MINSANTE) a produit, pour les besoins de la CSU, un panier de soins et services de santé composé de 185 affections et interventions de santé publique (PMA/PCA: 156 ; PAC : 29) retenues dans le paquet de base, et 101 interventions. Le volet financier avait aussi été pris en compte. Le Cameroun est en train de mettre en place des stratégies² et des interventions pour la mobilisation des ressources en faveur de la santé.

Cet ambitieux programme du Ministère de la santé publique (MINSANTE) sera traité dans ce Rapport de suivi en se focalisant sur les services essentiels prioritaires et sur les aspects de protection financière. En couvrant ces deux points, le rapport n'aura pas fait le tour de la question qui est multisectorielle. Toutefois, il permettra d'avoir une lecture holistique sur la marche vers la CSU notamment les défis à relever par le système de santé.

² MINSANTE, Stratégies de financement de la Santé (2018-2027), Novembre 2018

Carte du Cameroun



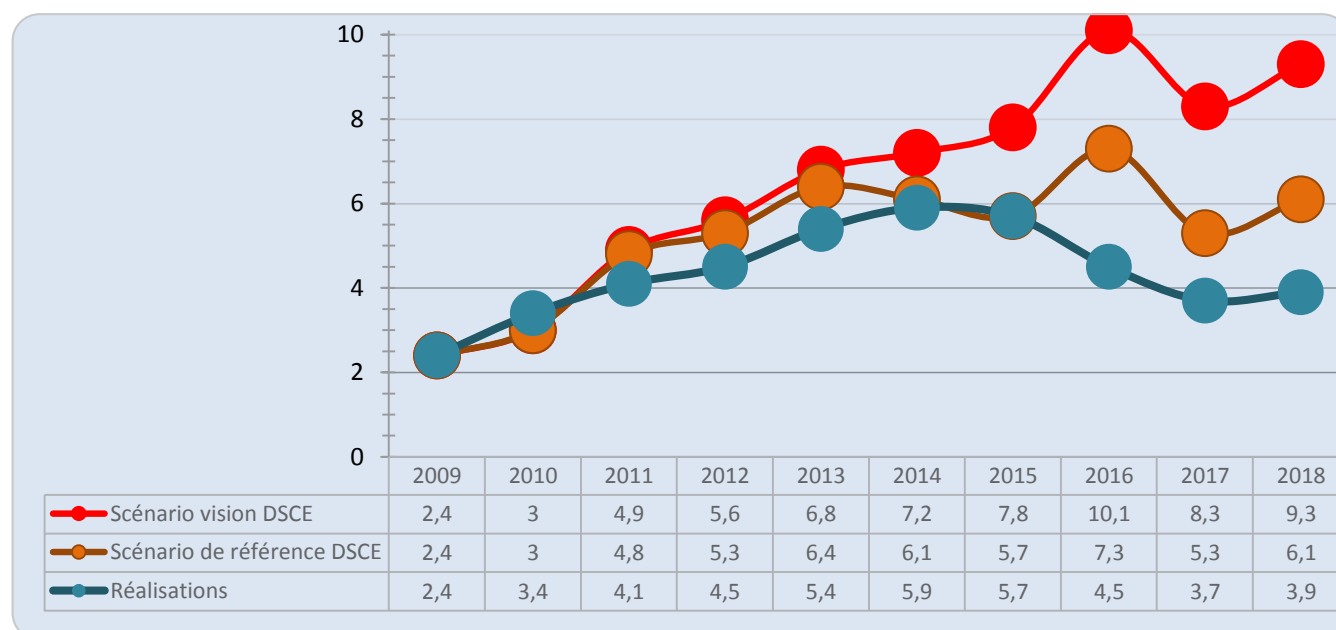
Communément appelé «Afrique en miniature», le Cameroun est un pays d'Afrique centrale qui s'étend entre le 2^{ème} et le 13^{ème} degré de latitude Nord, le 9^{ème} et le 16^{ème} degré de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 650 Km², dont 466 050 Km² de superficie continentale et 9600 Km²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

Le relief du Cameroun est très diversifié. Il est formé de hautes terres, inégalement réparties, de plateaux et de plaines. Les hautes terres comprennent essentiellement trois ensembles: les monts Mandara, le plateau de l'Adamaoua et les hautes terres de l'Ouest. Ces hautes terres sont limitées au nord et au sud par la vallée de la Donga et la trouée de Bakossi, à l'ouest par la cuvette de la Cross River et à l'est par la plaine du Mbam. Les hautes terres sont également le lieu de nombreux sommets et massifs volcaniques dont les plus importants sont : le Mont Cameroun (4070 m), le Mont

Manengouba (2396 m), les Monts Bamboutos (2 740 m) et le Mont Oku (3 008 m). Le pays a deux types de plaines : les plaines côtières et les plaines du Nord. Les plaines côtières s'étalent entre l'Océan Atlantique et le plateau Sud Cameroun. Les plaines du nord quant à elles comprennent : La plaine du Logone, la plaine du Diamaré autour de Maroua et la cuvette de la Bénoué.

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

Figure 1 : Evolution du Taux de croissance économique sur la période 2010-2018



Source : MINEPAT/DAPE, 2019

Le Cameroun compte 10 régions, 58 départements, 360 arrondissements, 360 Communes et une population globale estimée à 24 millions en 2018. 50,6% de cette population est constitué des femmes tandis que 54% est constituée des jeunes de moins de 20 ans. Les jeunes de moins de 15 ans représentent 42,5% de l'ensemble de la population alors que les plus de 65 ans représentent 3,6%.

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

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

Selon la figure 1, le taux de croissance économique est passé de 3,3% en 2010, à 5,9% en 2015 avant de rechuter à 4,8% en 2016. Cette rechute peut s'expliquer entre autres par le double choc sécuritaire et humanitaire que connaît le pays depuis 2014 à l'Est et à l'Extrême-Nord du pays du fait de la crise centrafricaine et des exactions de la secte BOKO HARAM et la crise sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Au-delà de ces chocs, il s'avère adéquat de mentionner comme autres facteurs expliquant le ralentissement de la croissance économique, la chute des cours du baril de pétrole en 2015.

Sur le plan sanitaire le Cameroun compte 10 délégations régionales de la santé, 190 districts de santé, 1 802 aires de santé et environ 5 800 formations sanitaires (51% Public et 49% privé).

Chapitre 1

INDICATEURS SUR L'ETAT DE SANTE

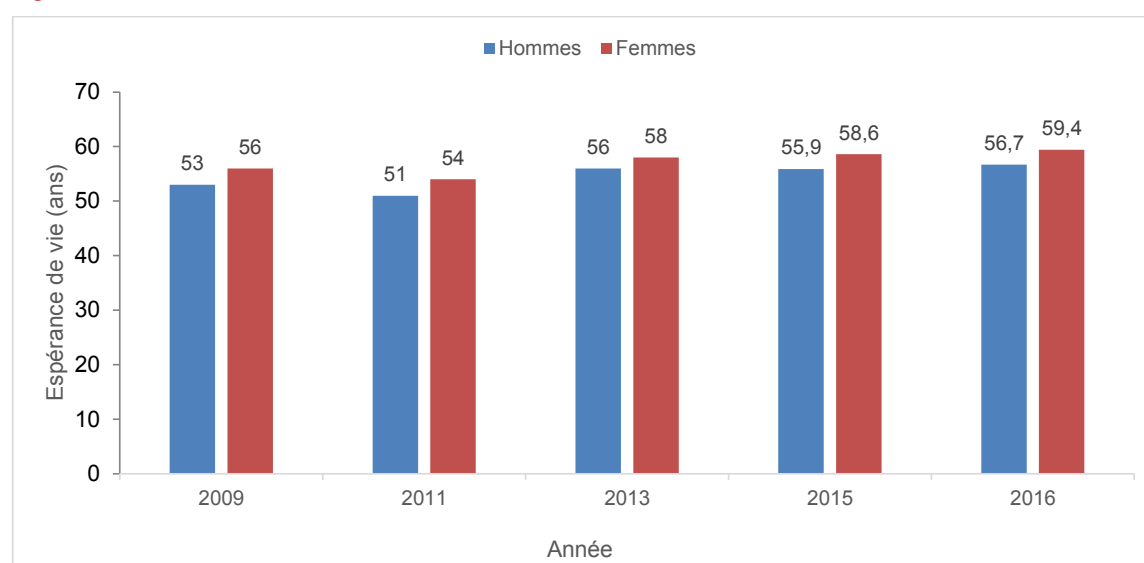
A - MORTALITE SELON L'AGE ET LE SEXE

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

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

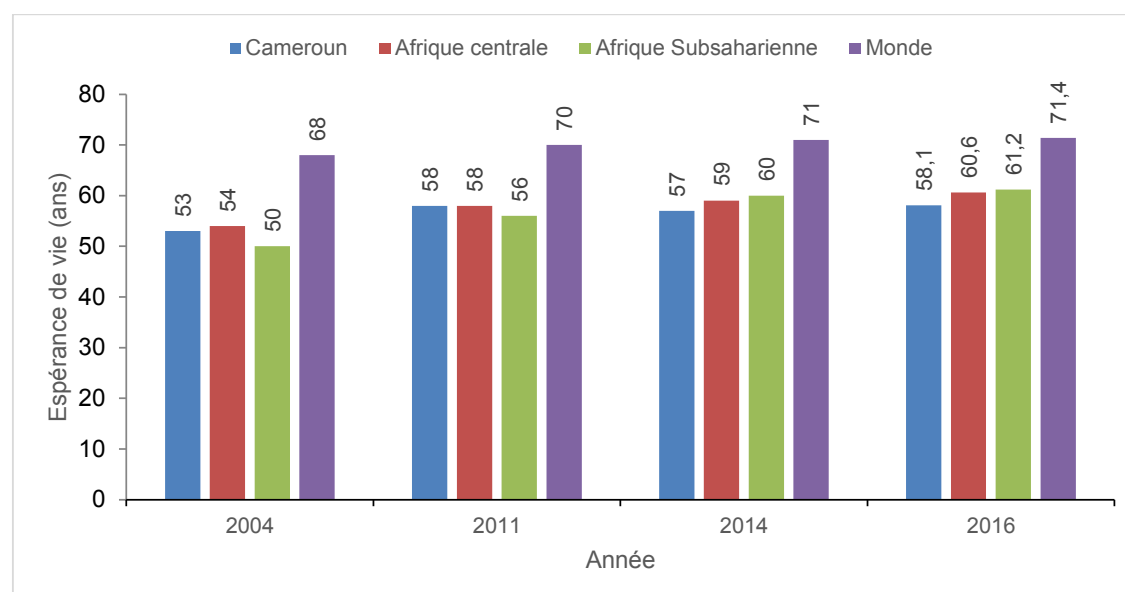
L'espérance de vie à la naissance au Cameroun est passée de 53 ans en 2009 à 58 ans en 2016. Toutefois, l'espérance de vie au Cameroun reste inférieure en 2016 à celle des pays l'Afrique Centrale (60,6 ans) et de l'Afrique Subsaharienne (61,2 ans). De manière globale, l'espérance de vie des populations s'est améliorée depuis une dizaine d'années.

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance par sexe, de 2009 à 2016 au Cameroun



Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, 2017

Figure 2 : Espérance de vie à la naissance de 2004 à 2016 Cameroun /VS autres zones



Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, 2017

2. Taux de mortalité des adolescents

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

Le pays ne dispose pas d'informations concernant la tranche 10-19 ans, cependant les EDS depuis 1991 renseignent la tranche 15-19 ans. En effet, la mortalité des adolescents de 15 à 19 ans a augmenté au Cameroun entre les périodes 1991-1997 et 2004-2011, passant respectivement de 2,4 à 2,98 pour 1000 chez les femmes et de 2,18 à 3,2 pour 1000 chez les hommes.

Tableau 1 : Estimation directe du taux de mortalité des adolescents âgés de 15 à 19 ans, de sexe masculin et féminin, pour la période de 06 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, exprimés en pourcentage de 1991 à 2011

Période		1991-1997	1998-2004	1991-2011
Adolescents de 15 à 19 ans	Femmes	2,4	2,99	2,98
	Hommes	2,18	3,01	3,2
Source		EDSC III 2004	EDSC III 2004	EDSC-MICS 2011

3. Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans (pour 1 000 habitants)

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

Le pays ne dispose pas d'informations concernant la tranche 15-60 ans, cependant les EDS depuis 1991 renseignent la tranche 20-60 ans. En effet, comme chez les adolescents, la mortalité des adultes de plus de 20 ans a augmenté en 15 ans (sur les périodes 1991-1997 et 2004-2011) chez les femmes et chez les hommes, avec cependant des variations parmi les tranches d'âges. La mortalité chez les femmes a plus ou moins doublé pour les tranches d'âges de 25-29 ans, de 30-34 ans, 35-39 ans. Dans la même période, la mortalité a doublé entre les périodes 1991-1997 et 2004-2011 dans les tranches d'âge 30-34 et 40-44 ans.

Tableau 2 : Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe féminin par groupe d'âge, pour la période de 06 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2011

	Groupe d'âge	1991 - 1997	1997-2004	2004-2011
	20 - 24 ans	3,19	5,25	4,87
	25 - 29 ans	3,62	7,85	6,45
Femmes	30 - 34 ans	4,64	8,12	8,18
	35 - 39 ans	4,23	7,45	8,98
	40 - 44 ans	6,91	8,49	10,44
	45 - 49 ans	7,36	10,12	9,88
Source		EDSC III 2004	EDSC III 2004	EDSC-MICS 2011

Tableau 3 : Estimation directe du taux de mortalité des adultes âgés de 20 à 50 ans, de sexe masculin par groupe d'âge, pour la période de 06 ans précédant l'enquête, pour 1 000 personnes/ habitants, au Cameroun de 1991 à 2011

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

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

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

La mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée de 122 décès à 79 décès pour 1 000 naissances vivantes de 2011 à 2018. Il s'agit d'une baisse du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de près de 40% en 08 ans. Rappelons que la cible des ODD est d'atteindre 25 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030.

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

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

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

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

La mortalité infantile a diminué passant de 62 décès en 2011 à 48 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2018. Il s'agit d'une baisse du taux de mortalité infantile de près de 25% en 08 ans. Il faut noter que l'objectif du DSCE est de réduire de deux tiers la mortalité infantile à l'horizon 2035.

Tableau 5 : Evolution du quotient de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun

Année	1991	1998	2004	2011	2014	2018
Infantile	64	77	74	62	60	48
Source	EDSC 1991	EDSC, 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS, 2014	EDSC 2018 Résultats clés

6. Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) – ODD 3.2.2

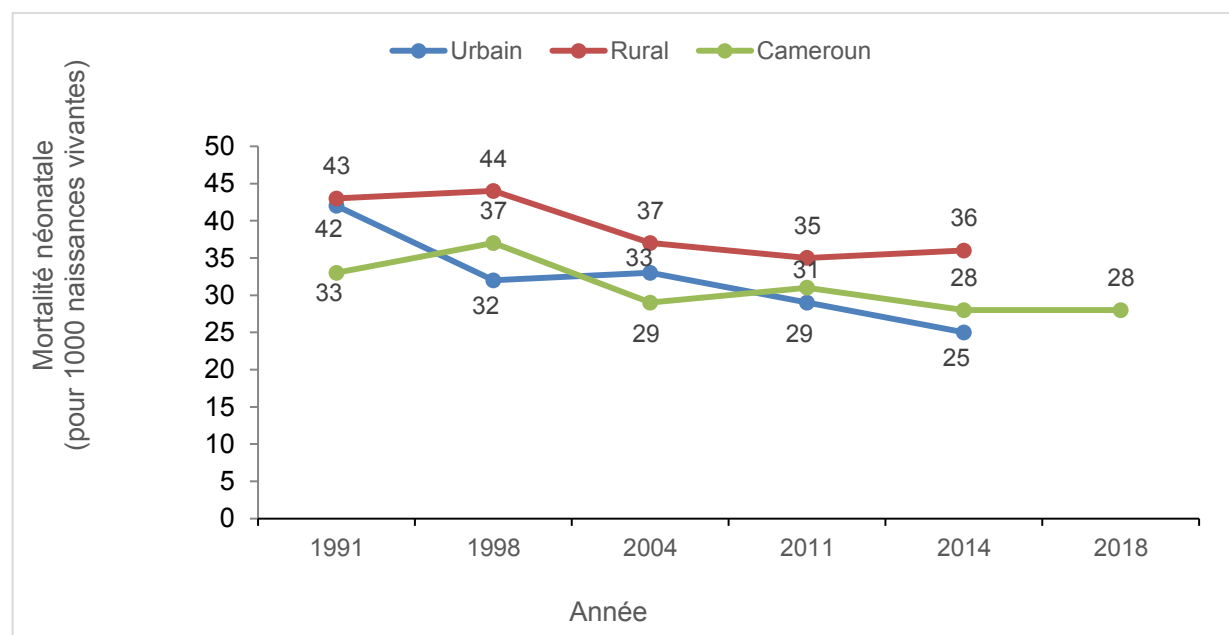
C'est la probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique à une année ou période donnée de mourir au cours des 28 premiers jours de vie.

La mortalité néonatale est passée de 31 à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes de 2011 à 2018. Il faut préciser que cet indicateur stagne depuis 2014 à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes. La cible de cet ODD est d'atteindre 12 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030.

Tableau 6 : Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes, de 1991 à 2018 au Cameroun

	1991	1998	2004	2011	2014	2018
Néonatale	33	37	29	31	28	28
Source	EDSC 1991	EDSC, 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS, 2014	EDSC 2018 Résultats clés

Figure 3 : Evolution de la mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes selon milieu de vie au Cameroun de 1991 à 2018



Source : MINSANTE, EDSC 1991, 1998, 2004, 2011 ; MICS 2014 ; Résultats Préliminaires EDS 2018

7. Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)

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

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

L'OMS a estimé le taux de mortinatalité à 26 pour 1 000 naissances vivantes en 2009 (Statistiques Sanitaires Mondiales 2011).

B. MORTALITE PAR CAUSE DE DECES

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

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

Le ratio de mortalité maternelle est passé de 669 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011. En 2018, il est estimé à 467 décès (suivant ancienne méthode de calcul) pur 100 000 naissances vivantes soit une baisse de 40%. En appliquant la définition de l'OMS qui restreint le calcul aux décès des femmes pendant la grossesse ou l'accouchement, ou pendant les 42 jours suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse, le ratio de mortalité maternelle est alors estimé à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes. Dans le même temps la cible de l'ODD est de faire passer le ratio de mortalité maternelle au niveau mondial à 70 pour 100 000 naissances vivantes.

Tableau 7 : Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes au Cameroun entre 1998 et 2018

Période	1991 - 1998	1997 - 2004	2004 - 2011	2012-2018
Ratio	511	669	782	467*, 406 **
Source	EDSC 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018

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

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

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

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

Le taux de mortalité due à la tuberculose est passé de 52 pour 100 000 en 2005 à 25 pour 100 000 habitants en 2017 (Rapport mondial sur la Tuberculose, 2018). Par ailleurs, La proportion moyenne de décès (données administratives) parmi les cas traités depuis 2011 est de 6%.

Tableau 8 : Proportion de décès sur les cas traités au Cameroun entre 2006 et 2017

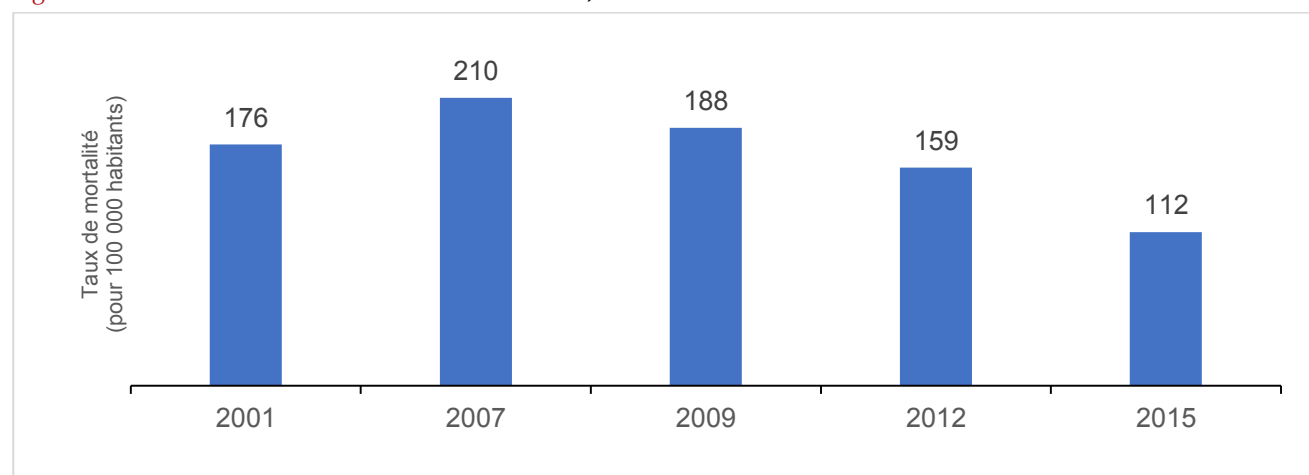
Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Décédés (%)	6	7	6	6	6	6	7	6	6	6	6	6

Source : PNLT, Rapports d'activités 2006-2017

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

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

Selon l'OMS, on observe une réduction du taux de mortalité due au VIH/Sida ces dernières années. En effet, il est passé de 188 en 2009 à 112 pour 100 000 habitants en 2015.

Figure 4 : Mortalité attribuable au Sida au Cameroun, de 2001 à 2015

Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, 2016

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

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

Le nombre de décès liés au paludisme reportés en milieu intra hospitalier (tous les âges confondus) est passé de 4 398 en 2014 à 3 263 en 2018, soit une réduction de 26%. Cette réduction du nombre de décès dus au paludisme a entraîné une baisse du taux de mortalité lié au paludisme pour 100 000 habitants qui est passé de 20/100 000 en 2014 à 13/100 000 en 2018. Les régions du Centre et du Littoral sont celles qui enregistrent les plus faibles taux de mortalité lie au paludisme.

Tableau 9 : Nombre de décès dus au paludisme pour 100 000 habitants entre 2014 et 2018

Régions	2014	2015	2016	2017	2018
Adamaoua	37	40	21	25	19
Centre	6	4	8	6	5
Est	41	27	27	28	20
Extrême-Nord	43	31	15	18	25
Littoral	6	3	4	7	5
Nord	40	33	21	25	23
Nord-Ouest	11	6	6	8	6
Ouest	8	8	7	6	9
Sud	8	6	10	21	7
Sud-Ouest	11	7	6	8	13
Total National	20	16	11	13	13

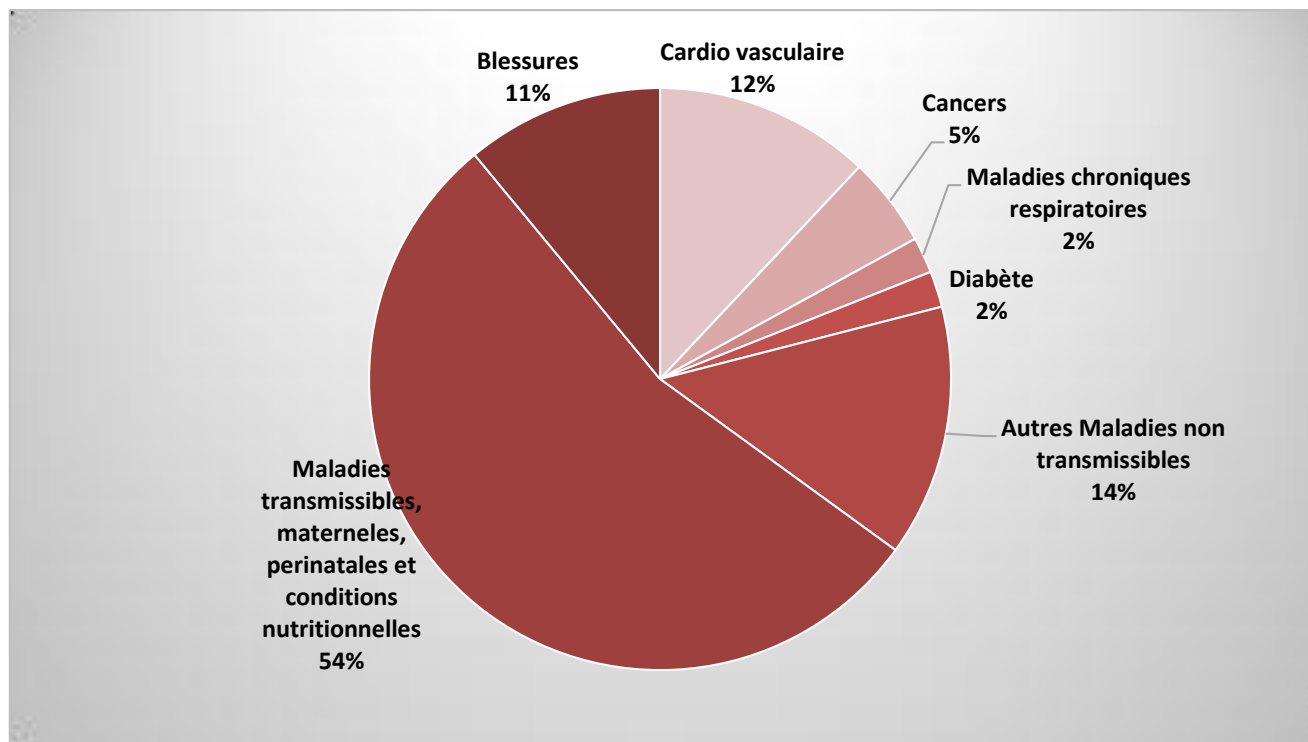
Source : MINSANTE, rapports annuels PNLP 2014-2018

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

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

L'OMS estime à 22% le risque de décès prématuré chez les 30 à 70 ans soit 22% chez les hommes et 21% chez les femmes (Profil pays des maladies non transmissibles, 2018). De plus, la proportion des décès attribuable aux maladies non transmissibles représente 35% de l'ensemble des 235 000 décès estimés en 2016, parmi lesquels : les décès attribuables aux maladies cardiovasculaires sont les plus importantes (12%), suivi des cancers (5%), du diabète (2%) et des maladies chroniques respiratoires (2%) ; les décès attribuables aux autres maladies Non transmissibles comptent pour 14%. La cible de l'ODD est de réduire d'un tiers par la prévention et le traitement le taux de mortalité prématurée.

Figure 5 : Proportion de décès attribuables, en 2016 /Cameroun



Source : OMS, Profil pays des Maladies Non Transmissibles – Cameroun, 2018

Tableau 10 : Mortalité prématurée attribuable aux maladies Non Transmissibles (MNT), 2016

		Année	Hommes	Femmes	Total
Mortalité prématurée attribuable aux Maladies Non Transmissibles	- Total décès due aux MNT	2016	41 900	40 900	82 700
	- Risque de décéder prématurément entre 30 et 70 ans (%)	2016	22	21	22

Source : OMS, Profil pays des Maladies Non Transmissibles - Cameroun, 2018

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

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

L'OMS estime que ce taux est de 208 pour 100 000 habitants soit 228 chez les hommes et 189 pour 100 000 habitants chez les femmes (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019). *La cible de l'ODD est de réduire d'ici à 2030 le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'eau, de l'air et du sol.*

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

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

L'OMS estime que ce taux est de 45,2 pour 100 000 habitants soit 46,2 chez les hommes et 44,1 pour 100 000 habitants chez les femmes (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019). La cible de l'ODD est de réduire d'ici à 2030 le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'eau, de l'air et du sol.

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

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

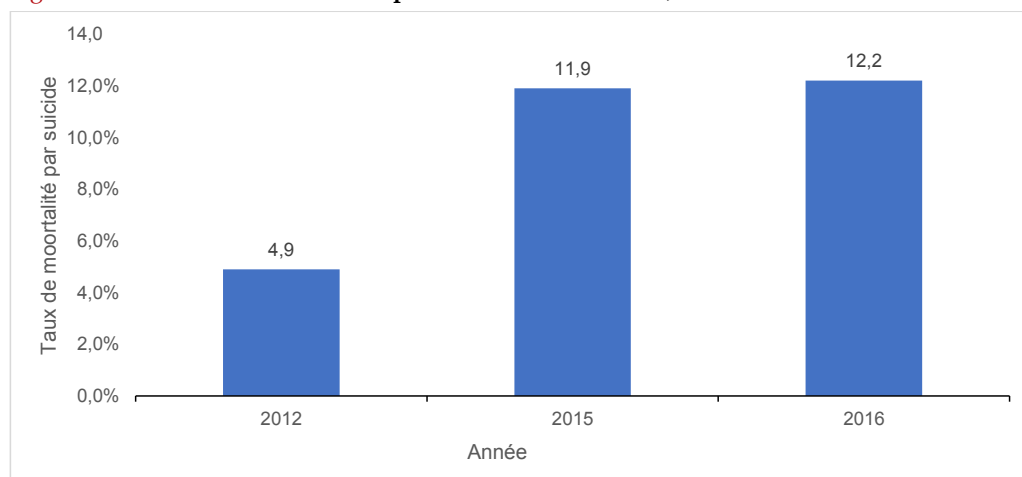
L'OMS estime que ce taux est de 3,1 pour 100 000 habitants soit 4,0 chez les hommes et 2,2 pour 100 000 habitants chez les femmes (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019). La cible de l'ODD est de réduire d'ici à 2030 le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'eau, de l'air et du sol.

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

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

Selon l'OMS, le taux de suicide au Cameroun est passé de 4,9 en 2012 à 12,2 pour 100 000 habitants en 2016 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019). Chez les hommes, il est de 17,1 contre 7,4 pour 100 000 habitants chez les femmes. La cible de l'ODD est de réduire d'un tiers par la prévention et le traitement le taux de mortalité prématurée dus à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.

Figure 6 : Evolution de la mortalité par suicide au Cameroun, de 2012 à 2016



Source : OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019

17. Taux de mortalité lié aux accidents de la route – ODD 3.6.1

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

L'OMS estime en 2016 à 30,1 pour 100 000 habitants le taux de mortalité dus aux accidents de la route. La cible nationale de l'ODD est de *diminuer de moitié d'ici à 2020 le nombre de décès et de blessures dus aux accidents de la route*.

Tableau 11 : Evolution des accidents de la circulation routière enregistrés par les services de la Gendarmerie Nationale entre 2001 et 2013 au Cameroun

Années	Accidents corporels		Accidents mortels		Accidents matériels	Total Accidents
	Nombre	Blessés	Nombre	Morts		
2001	2 085	5 982	680	876	922	3 687
2002	1 897	5 540	716	939	935	3 548
2003	1 879	5 187	712	1 058	898	3 489
2004	2 300	6 526	863	1 102	1 016	4 179
2005	2 290	6 631	887	1 150	902	4 079
2006	2 140	6 149	806	1 085	780	3 726
2007	1 829	5 016	791	1 018	697	3 317
2008	1 979	5 608	933	1 253	869	3 781
2009	1 728	5 038	947	1 189	827	3 502
2010	1 809	5 038	941	1 206	889	3 639
2011	1 629	4 980	1 065	1 588	828	3 522
2012	1 524	4 284	1 014	1 058	860	3 398
2013	1 407	4 630	897	1 170	767	3 071

Source : INS, Annuaire statistique, 2015

Tableau 12 : Evolution des accidents de la circulation routière enregistrés par les services de la Police Nationale de 2007 et 2014 au Cameroun

Années	Accidents corporels		Accidents mortels		Accidents matériels	Total Accidents
	Nombre	Blessés	Nombre	Morts		
2007	2 160	ND	288	ND	5 697	8 145
2008	3 772	ND	443	ND	7 947	12 162
2009	3 973	ND	504	ND	8 979	13 456
2010	3 279	ND	611	ND	10 321	14 211
2011	3 450	ND	722	ND	11 225	15 397
2012	4 606	ND	991	ND	13 210	18 807
2013	3 361	ND	625	ND	10 576	14 562
2014	942	ND	542	ND	4 332	5 816

Source : INS, Annuaire statistique, 2015

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

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

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

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

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

Source : MINAT/DPC, 2019

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

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

L'OMS estime en 2016 à 11,6 pour 100 000 habitants le nombre de victimes d'homicides (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019). Le rapport sur l'état des droits de l'homme au Cameroun illustre que 870 victimes d'homicides volontaires ont été enregistrés devant les Juridictions en 2015, dont 669 hommes et 201 femmes. La cible de l'ODD est de *réduire nettement toutes les formes de violence et les taux de mortalité* qui y sont associés.



© Droits réservés

C - FECONDITE

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

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

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

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

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

Source : MINSANTE, EDSC 1991, 1998, 2004, 2011 ; MINSANTE, EDSC 2018 Résultats clés

Tableau 15 : Fécondité des adolescentes de 15 -19 ans au Cameroun, 2018

Pourcentage des adolescentes de 15-19 qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceinte d'un premier enfant et pourcentage de celles qui ont déjà commencé leur vie procréative, selon certaines caractéristiques (l'âge, milieu de résidence, e niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique)				
	Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui ont eu une naissance vivante		Pourcentage ayant commencé leur vie procréative	Effectif de femmes
Âge				
15 ans	2,9	1,5	4,4	832
16 ans	8,5	4,6	13,1	610
17 ans	18,5	4,2	22,7	555
18 ans	29,9	7,2	37,1	765
19 ans	42,0	7,1	49,1	548
Milieu de résidence				
Douala/Yaoundé	10,2	2,3	12,5	663
Autres urbain	16,1	4,1	20,2	1136
Ensemble urbain	13,9	3,5	17,4	1799
Rural	25,6	6,4	31,9	1510
Niveau d'instruction				
Aucun	40,3	7,8	48,1	407
Primaire	22,2	6,1	28,3	726
Secondaire 1 ^{er} cycle	17,4	4,6	22,1	1 466
Secondaire 2 ^{eme} cycle	8,5	2,3	10,8	646
Supérieur	1,4	0	1,4	64

Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	24,0	6,0	30,0	496
Le second	32,1	6,9	39,0	648
Moyen	21,9	6,4	28,4	699
Le quatrième	15,3	3,4	18,7	704
Le plus élevé	6,3	1,9	8,3	762
Ensemble	19,2	4,8	24,0	3309

Source : MINSANTE, EDSC 2018 Résultats clés

21. Indice synthétique de fécondité

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

Le nombre d'enfants par femme est passé de 5,1 à 4,8 de 2011 à 2018. Ceci constitue une amélioration non négligeable pour l'état de santé des femmes. Cette tendance à la baisse ou au maintien est généralement observée selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction ou le bien-être économique.

Tableau 16 : Indice synthétique de fécondité sur la période 1991-2018 (Nombre d'enfants par femme de 15-49 ans) par milieu de résidence au Cameroun

Année	1991	1998	2004	2011	2018
Urbain	5,2	3,8	4	4	3,8
Rural	6,3	5,4	6,1	6,4	6
Ensemble	5,8	4,8	5	5,1	4,8
Source	EDSC 1991	EDSC1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018 Résultats clés



D - MORBIDITE

22. Nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination

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

Les données du formulaire conjoint OMS/UNICEF des années 2014 à 2018 montrent une baisse des cas confirmés des maladies évitables par la vaccination. Toutefois, des efforts doivent être maintenus pour confirmer cette tendance et aller vers l'éradication desdites maladies.

Tableau 17 : Nombre de Cas confirmés de certaines Maladies évitables par la vaccination de 2014 à 2018

Maladie	2014	2015	2016	2017	2018
Diphtérie	ND	ND	ND	ND	ND
Rougeole	831	1809	338	180	295
Tétanos néonatal	33	26	58	55	27
Total Tétanos (néonatal et autres)	110	120	58	55	27
Coqueluche	ND	ND	ND	ND	ND
Fièvre jaune	3	2	61	4	5
Encéphalite japonaise	ND	ND	ND	ND	ND
Oreillons	ND	ND	ND	ND	ND
Rubéole	147	277	13	13	9
syndrome de rubéole congénitale	ND	ND	ND	ND	ND

Source : OMS/UNICEF, Formulaires conjoints 2014-2018

23. Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminés dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire

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

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

Tableau 18 : Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminés par le RSI

Année de notification à l'OMS	Type de notification	Nombre de cas	Description
09/08/2016	Variole de Singe	1	Confirmé chez un chimpanzé
15/03/2017	Méningite	14	
07/05/2018	Variole de Singe	1	Zoonose
15/05/2018	Choléra	161(*)	Syndrome de diarrhée aiguës
23/05/2019	cVDPV2	1	Environnemental
22/09/2019	Variole de singe	1	Confirmé chez un homme

Source : MINSANTE/ONSP, Base de données de notification du Point Focal National RSI 2019

(*) Nombre de cas confirmés au 31/08/2019 depuis le début de l'épidémie

24. Prévalence du VIH/Sida

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

La prévalence du VIH au Cameroun a baissé de moitié en 14 ans, passant de 5,5% en 2004 à 2,7% en 2018 chez les personnes âgées de 15-49 ans (Rapport préliminaire EDS 2018). La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes en 2011 (5,6% contre 2,9%) et en 2018 (3,4% contre 1,9%). Les tranches d'âge les plus concernées se situent entre 35 et 44 ans (voir tableau N°19 ci-dessous). Malgré la baisse générale, l'on note des disparités régionales (voir tableau N°20 ci-dessous).

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

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

Source : EDS 2018 Résultats clés

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

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont séropositifs			
Régions	2004	2011	2018
Adamaoua	6,9	5,1	4,2
Centre (sans Ydé)	4,7	6,1	3,8
Douala	4,5	4,6	2,5
Est	8,6	6,3	5,5
Extrême-Nord	2,00	1,2	1,1
Littoral (sans Dla)	5,6	3,9	2,4
Nord	1,7	2,4	1,7
Nord-Ouest	8,7	6,3	4,4
Ouest	4,7	2,8	1,8
Sud	6,5	7,2	6,3
Sud-Ouest	8	5,7	3,2
Yaoundé	8,3	6,3	2,6
Cameroun	5,5	4,3	2,7
Source	EDS 2004	EDS 2011	EDS 2018 Résultats clés

25. Incidence du VIH/Sida – ODD 3.3.1

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

Selon l'étude CAMPHIA, publiée en 2018, l'incidence annuelle parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans est de 0,27%, soit près de 40 000 nouveaux cas de VIH. L'incidence du VIH est cinq fois plus élevée chez les femmes (0,45%) que chez les hommes (0,09%). La cible de l'ODD est de *mettre de fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030*.

Tableau 21 : Incidence annuelle du VIH, selon l'âge et le sexe au Cameroun en 2018 (intervalle de confiance* de 95%)

Groupe d'âges	Femmes	95% IC	Hommes	95% IC	Ensemble	95% IC
15 - 49 ans	0,44	0,18 - 0,69	0,08	0,00 - 0,18	0,26	0,12 - 0,40
15 - 64 ans	0,45	0,2 - 0,69	0,09	0,00 - 0,19	0,27	0,14 - 0,41
* Intervalle de confiance = IC						

Source : INS-Université de Columbia, CAMPHIA 2017

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

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

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

Tableau 22 : Prévalence de l'infection à l'Hépatite B au Cameroun en 2018, selon l'âge, le sexe et le statut HIV

Statut HIV et Âge	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Prévalence HBs Ag	95% IC*	Prévalence HBs Ag	95% IC	Prévalence HBs Ag	95% IC
HIV Positif						
15 - 64 ans	7,9	5,4 - 10,4	9,5	5,8 - 13,3	8,4	6,5 - 10,4
HIV Négatif						
15 - 64 ans	5,4	3,4 - 7,4	11,3	8,0 - 14,6	8,3	6,4 - 10,3
Total						
15 - 49 ans	6	4,2 - 5,3	12,4	1,7 - 2,4	9,2	3,1 - 4,0
15 - 64 ans	5,5	4,5 - 5,5	11,2	2,0 - 2,7	8,3	3,3 - 4,0
Test conduit avec un sous échantillon de 1962 adultes âgés de 15 à 64 ans						
* Intervalle de confiance = IC						

Source : CAMPHIA 2017, Cameroon population-based HIV impact assessment

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

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

L'incidence de l'hépatite B est estimée à 1,9% au Cameroun (Rapport réunion sur l'information stratégique sur les hépatites au Cameroun, 2019). La cible de l'ODD est de *combattre l'hépatite*.

28. Incidence des infections sexuellement transmissibles (IST)

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

Le pays ne dispose pas de données nationales sur l'incidence des IST. Toutefois, selon les enquêtes EDSC (2004, 2011) la prévalence déclarée des IST, au cours des 12 mois précédant l'enquête, chez les femmes et les hommes ayant eu des rapports sexuels, est présentée dans le tableau N°23 ci-dessous.

Tableau 23 : Pourcentage des femmes et des hommes ayant eu des rapports sexuels et qui ont déclaré avoir eu une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois précédent l'enquête, selon les caractéristiques sociodémographiques, de 2004 à 2011

Année	2004		2011	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Cameroun	4,5	6,9	4,7	5,0
Région				
Adamaoua	0,4	6,3	3,4	3,1
Centre sans Ydé	7,9	6,2	3,8	8,1
Douala	8,5	7,7	7,1	4,0
Est	3,6	12,3	1,9	8,5
Extrême -Nord	0,6	5	2,0	2,2
Littoral sans Dja	6	4,3	6,3	5,0
Nord	0,4	2,2	1,0	1,8
Nord - Ouest	3,1	7,3	6,7	4,8
Ouest	5,7	4,1	4,8	4,1
Sud	6,9	6,7	5,0	5,1
Sud - Ouest	4,9	5,4	8,8	6,2
Yaoundé	7,8	8,8	7,3	8,2
Quintile de bien être				
le plus pauvre	1,4	4,4	1,4	3,3
le second	2,6	4,9	3,6	4,2
Moyen	4,8	5,2	4,9	4,1
le quatrième	5,4	7,1	6,6	5,1
le plus riche	7,6	8,5	6,3	6,7
Source	EDCS 2004		EDSC-MICS 2011	

Tableau 24 : Pourcentage des femmes et des hommes, âgés de 15 à 49 ans, rapportant l'utilisation du condom durant le dernier rapport sexuel au Cameroun, de 2004 à 2014

Année	2004	2011	2014
Hommes	54,7	46,5	49,5
Femmes	40,5	71,8	43,1
Ensemble	47,6	59,1	46,3
Source	EDS 2004	EDS-MICS 2011	MICS 2014

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

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

La syphilis congénitale est une maladie évitable que le dépistage prénatal et le traitement des femmes enceintes infectées permettraient d'éliminer. En effet, la syphilis congénitale est étroitement liée à la syphilis chez les femmes enceintes. Le pays ne dispose pas de données administratives pour renseigner cet indicateur. Toutefois, selon des études réalisées sur la séroprévalence de la syphilis maternelle sur la période 1997-2003, le taux de séroprévalence parmi les femmes enceintes était de 2,81% (Elimination mondiale de la syphilis congénitale, 2009). Par ailleurs, une étude récente estime à 1,68% la prévalence de la syphilis en Afrique chez les femmes enceintes (Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012, 2016). La syphilis transmise de la mère à l'enfant est la deuxième cause principale de mortinatalité évitable juste derrière le paludisme (ending preventable stillbirths series study group, 2016).

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

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

Le Taux d'incidence de la tuberculose est de 194 pour 100 000 habitants en 2018 (Rapport Mondial sur la Tuberculose, 2018). La cible de l'ODD est de *mettre de fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030*.

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

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

On observe que le taux de notification des cas de tuberculose baisse progressivement d'une année à une autre. Il est passé de 121 cas pour 100 000 habitants en 2011 à 95 cas pour 100 000 habitants en 2018 (Rapport annuel PNLT, 2018).

Tableau 25 : Taux de notification des cas de tuberculose, toutes les formes et nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif par 100 000 habitants, Cameroun 2006-2018

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tuberculose pulmonaire à frottis positif (TBP SM+) / Nouveaux cas	82	76	79	79	77	77	75	73	72	69	65	55	55
Tuberculose toutes les formes (Notification)	138	132	131	127	122	121	118	118	116	121	116	103	95

Source : MINSANTE/PNLT, Rapports annuels 2006-2018

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

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

La prévalence du paludisme est passée de 30% en 2011 à 24% en 2018. Elle est plus élevée en zone rurale (32%) qu'en zone urbaine (14%).

Tableau 26 : Prévalence du Paludisme, selon la résidence / pourcentage des enfants de 6 à 59 mois de 2011 à 2018, au Cameroun

	2011	2018
Cameroun	30	24
Douala / Yaoundé	12,5	11
Autres urbains	25,1	16
Total urbain	20,6	14
Total rural	37,1	32
Source	EDS 2011	EDSC 2018 Résultats clés

33. Incidence du paludisme (pour 1 000 habitants) – ODD 3.3.3

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

Le paludisme est endémique sur toute l'étendue du pays. En 2018, le pourcentage, des cas de paludisme parmi les malades reçus en consultation dans les formations sanitaires du pays est passé de 24,5% à 25,8% entre 2014 et 2018. L'incidence des cas de paludisme confirmés est passée de 75 à 86 cas pour 1 000 habitants au cours de la même période. Les régions ayant les plus grandes incidences du paludisme sont l'Est, l'Adamaoua et le Centre. Les régions ayant les plus faibles incidences sont des régions des hautes montagnes de l'Ouest et du Nord-Ouest.

Tableau 27 : Taux d'incidence du paludisme (pour 1 000 habitants) de 2014 à 2018

Régions	2014	2015	2016	2017	2018
Adamaoua	93	115	90	123	110
Centre	52	60	86	100	103
Est	172	197	159	183	161
Extrême-Nord	75	75	51	63	85
Littoral	63	64	72	79	75
Nord	83	79	61	61	77
Nord-Ouest	61	61	60	75	63
Ouest	66	75	69	73	70
Sud	46	69	68	77	72
Sud-Ouest	96	123	111	111	74
Total National	73	80	76	86	86

Source : MINSANTE/PNLP, Rapports annuels 2014-2018



© Droits réservés

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

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

Sur la base des données disponibles dans le registre de cancers, l'OMS a fait des estimations et a produit le GLOBOCAN 2018 (Estimation de l'incidence du Cancer, Mortalité et Prévalence dans le monde en 2018). Le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté entre 2010 et 2018, passant de 10 000 à 15 769. En 2018, les cinq cancers les plus fréquents sont : le cancer du sein (20,8%), le cancer du col de l'utérus (14,9%), le cancer de la prostate (14,0%), le cancer du foie (6,1%) et le cancer colorectal (5,5%).

De manière spécifique, les cancers les plus fréquents chez les hommes sont en 2018 : le cancer de la prostate (34,4%), le cancer du foie (11,3%), le cancer colorectal (7,0%), le lymphome non hodgkinien (4,3%) et le cancer du pancréas (4,2%). Dans la même période, les cancers les plus fréquents chez les femmes sont : le cancer du sein (35,1%), le cancer du col de l'utérus (25,2%), le cancer colorectal (4,5%), le cancer des ovaires (4,1%) et le cancer de l'estomac (2,9%).

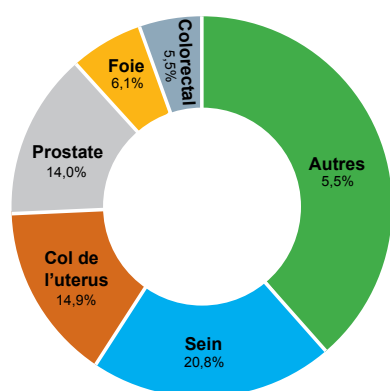
Tableau 28 : Données statistiques sur le Cancer au Cameroun en 2018

	Hommes	Femmes	les deux sexes
Population	12 353 173	12 325 060	24 678 233
Nombre de nouveaux cas	6 434	9 335	15 769
Âge standardisé du taux d'incidence (Monde)	100,5	116,9	108,7
Risque de développer un cancer avant l'âge de 75 ans (%)	10,4	11,4	10,9
Nombre de décès des suites d'un cancer	4 505	6 028	10 533
Risque de décéder avant l'âge de 75 ans (%)	7,1	8,2	7,7
Prévalence des cas au cours des 05 dernières années	9 858	17 190	27 048
	Hommes	Femmes	les deux sexes
Les cinq cancers les plus fréquents, non compris le mélanome de la peau, par ordre d'importance	Prostate	Sein	Sein
	Foie	Col de l'utérus	Col de l'utérus
	Colorectal	Colorectal	Prostate
	Lymphome non hodgkinien	Ovaires	Foie
	Pancréas	Estomac	Colorectal

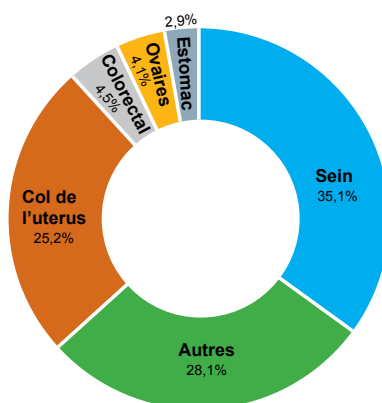
Source : OMS, Globocan, 2018

Figure 7 : Distribution des Nouveaux cas de cancers au Cameroun, 2018

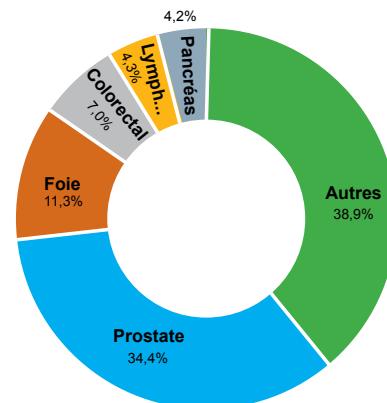
Nouveaux cas de cancers / deux sexes, 2018



Nouveaux cas de cancers / Femmes, 2018



Nouveaux cas de cancers / Hommes, 2018



Source : OMS, Profil pays Cameroun GLOBOCAN 2018



Chapitre 2

INDICATEURS SUR LES FACTEURS DE RISQUE

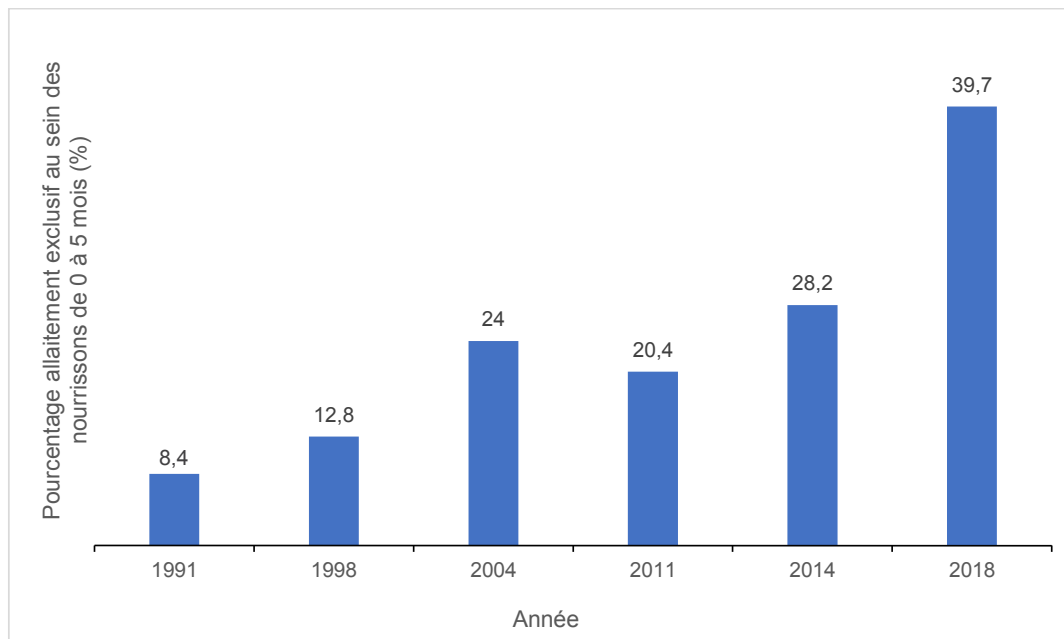
E - NUTRITION

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

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

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

Figure 8 : Evolution de l'allaitement exclusif au sein des nourrissons de 1991 à 2018 au Cameroun, exprimé en pourcentage



Source : MINSANTE, EDSC 1991-1998-2004-2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018 Résultats clés

36. Initiation précoce de l'allaitement au sein

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

L'initiation précoce à l'allaitement au sein est passée de 39,9% en 2011 à 31,2% en 2014.

Tableau 29 : Evolution de l'initiation précoce à l'allaitement au sein de 2011 à 2014, au Cameroun, chez le nouveau-né, exprimé en pourcentage

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

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

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

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

On observe une stagnation de l'incidence du faible poids de naissance chez les nouveau-nés de 2011 (8,4%) à 2014 (8,3%) avec plusieurs disparités régionales.

De 2011 et 2014, l'incidence du faible poids à la naissance baisse dans les régions de l'Est (de 11,7% à 8%), de l'Extrême-Nord (de 14,1 % à 12,7%), de l'Ouest (de 9,1% à 6,3%) et du Sud-Ouest (de 9,1% à 7,4%). Dans le même temps, cette incidence de faible poids à la naissance augmente dans les régions du Centre (de 5,1% à 7,6%), du Nord-Ouest (de 4,8% à 6,5%), du Sud (de 5,7% à 7,7%) et dans la ville de Yaoundé (de 7% à 8,9%).

Tableau 30 : Pourcentage de naissances vivantes les plus récentes dans les deux dernières années qui pèsent moins de 2500 gr à la naissance / Nourrissons de faible poids à la naissance entre 2011 et 2014

Régions	2011	2014
Adamaoua	7,5	7,3
Centre sans Ydé	5,1	7,6
Douala (Dla)	10,1	10,1
Est	11,7	8
Extrême -Nord	14,1	12,7
Littoral sans Dla	8,2	8,6
Nord	8,1	8,2
Nord - Ouest	4,8	6,5
Ouest	9,1	6,3
Sud	5,7	7,7
Sud - Ouest	9,1	7,4
Yaoundé (Ydé)	7	8,9
Cameroun	8,4	8,3
Source	EDSC -MICS 2011	MICS 2014

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

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

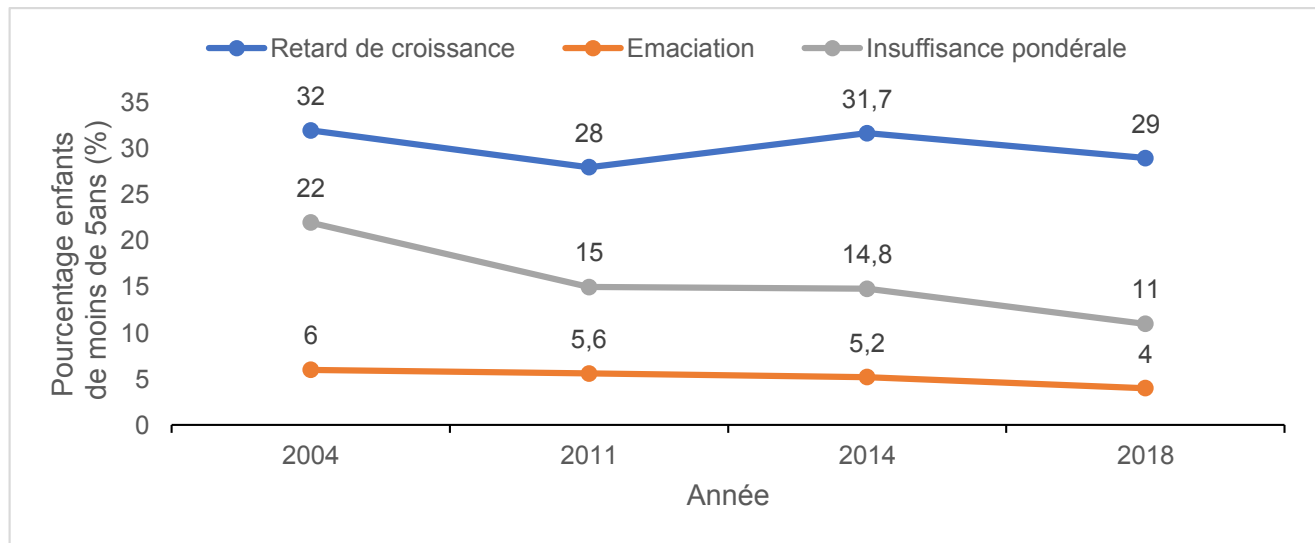
Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est passé de 28% en 2011 à 28,9% en 2018. Ce pourcentage reste très préoccupant ; la cible de l'ODD étant de mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 y compris en atteignant d'ici 2025 les objectifs (*réduire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

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

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

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

Figure 9 : Malnutrition (modérée ou grave) chez les enfants de moins de 5 ans de 2004 à 2018



Source : MINSANTE, Résultats clés EDSC 2018 Résultats Clés

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

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

Selon L'EDSC, la prévalence des enfants de moins de 5 ans présentant une surcharge pondérale a augmenté de 2011 à 2018, passant de 6,2% à 11%. La cible de l'ODD étant de *mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 y compris en atteignant d'ici 2025 les objectifs (pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids)* arrêtés au niveau international sur le surpoids des enfants.

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

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

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

Tableau 31 : Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois, selon le sexe, la région, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien être au Cameroun, de 2004 à 2018

	2004	2011	2018
Cameroun	68	60	57
Sexe	2004	2011	2018
Masculin	71,9	61,8	59,2
Féminin	64,6	58,8	55,5
Région	2004	2011	2018
Adamaoua	66,6	61,9	60,2
Centre sans Ydé	73,5	65,8	65,2
Douala	62,2	67,5	56,5
Est	73,2	66,8	64,8
Extrême -Nord	74,9	63,5	64
Littoral sans Dja	73,4	56,8	54,8
Nord	69,5	62,2	56,9
Nord - Ouest	54,7	52,4	44,3
Ouest	61,5	45,5	56,6
Sud	66,8	73,6	50,9
Sud - Ouest	81,3	69,9	41,9
Yaoundé	58,8	46,9	42,7
Niveau d'instruction de la mère	2004	2011	2018
Aucun	72,9	66,9	
Primaire	70,8	62	
Secondaire	61,7	54,25	
Quintile de Bien-être économique	2004	2011	2018
Le plus pauvre	74	66,4	65,6
Le second	71	60,1	62,4
Moyen	68,9	63	57,9
Le quatrième	63,7	58,7	51,2
Le plus riche	58,8	60,3	44
Source	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	EDSC 2018 Résultats clés

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

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

La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer est passée de 39,5% en 2011 à 39,7% en 2018 avec de fortes disparités régionales.

Tableau 32 : Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans au Cameroun, selon l'état, la région, le niveau d'instruction et de bien-être, de 2004 à 2018

		2004	2011	2018
Cameroun		44,9	39,5	39,7
Régions		2004	2011	2018
	Adamaoua	30	35,8	44,2
	Centre sans Ydé	43	48,1	43,4
	Douala	59,4	53,2	53,9
	Est	49,5	43,5	32,2
	Extrême -Nord	42,5	36,5	43,2
	Littoral sans Dla	56,8	37,6	45,7
	Nord	29,9	40,7	39,2
	Nord - Ouest	35	30,3	23,7
	Ouest	44,7	23,1	33,8
	Sud	45,5	52,6	40,4
	Sud - Ouest	55,7	53,6	35,9
	Yaoundé	48,1	35,6	32,4
Niveau d'instruction de la femme		2004	2011	2018
	Aucun	38,5	39,4	43,8
	Primaire	46,4	36,9	38,2
	Secondaire	47,1	43,5	39,2
	Supérieur			35,5
Quintile de Bien-être économique		2004	2011	2018
	le plus pauvre	42	36	43,1
	le second	43,9	35,4	39,5
	Moyen	43,6	41,1	38,3
	le quatrième	46,6	40,9	38
	le plus riche	47,6	42,3	40,3
Source		EDSC 2004	EDSC-MICS2011	EDSC 2018 Résultats clés

F - INFECTIONS

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

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

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

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

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

- *Travailleuses du sexe* : le pourcentage rapporté de l'utilisation du condom avec les clients les plus récents est de 77,5% (Rapport IBBS, 2018)
- *Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes* : le pourcentage rapporté de l'utilisation du condom au cours du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin est de 75,80% (Rapport IBBS, 2019)
- *Utilisateurs de drogues injectables* : Aucune information n'est disponible sur le nombre de seringues/aiguilles distribuées par personne
- *Population Générale* : le pourcentage des hommes et des femmes qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisés le condom au cours du dernier rapport sexuel est de 38,8% (Résultats clés EDS, 2018).



© Droits réservés

G - FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

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

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

La proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau a progressé entre 2011 et 2014 passant de 68,6% à 72,9%. La cible de l'ODD est *d'assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable* d'ici à 2030.

Tableau 33 : Proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau de boisson, selon le milieu de résidence, de 2004 à 2014 au Cameroun, exprimé en pourcentage

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

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

C'est le pourcentage de la population :

(i) utilisant une installation d'assainissement de base non partagée, et dont les excréta sont stockés en toute sécurité sur place ou acheminés de manière sûre vers un site déterminé d'élimination ou de traitement en toute sécurité ou collectés de manière hygiénique au moyen d'un camion vidangeur ou d'un équipement de ce type de manière à limiter le contact humain puis transportés vers un site déterminé.

(ii) disposant dans le même temps des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon.

De 2011 à 2014, le pourcentage des ménages disposant des toilettes améliorées non partagées est passé de 39,9% à 34,9%. Dans la même période, ce pourcentage est plus faible en milieu rural (de 26,1% à 15,5%) qu'en milieu urbain (de 55,4% à 51,1%). La cible de l'ODD *étant d'assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air*, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable d'ici à 2030.

Tableau 34 : Répartition des ménages disposant de toilettes améliorées (Chasse d'eau, Latrines améliorées) non partagées entre 2004 et 2014 au Cameroun

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

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

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

Dans l'ensemble du pays, trois ménages sur quatre (75%) utilisent un combustible solide pour la cuisine, principalement le bois (71%). En milieu rural, 93% des ménages utilisent le bois, alors que plus d'un tiers des ménages du milieu urbain utilisent le GPL/gaz naturel/biogaz (34%), même si le bois reste encore, en ville, le combustible le plus utilisé (49%). La cible de l'ODD étant de *garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables et modernes, à un coût abordable d'ici à 2030*.

Tableau 35 : Evolution de la population utilisant des combustibles solides / modernes pour faire la cuisine de 2011 à 2014

	2011	2014
Cameroun	74,50%	80,40%
Urbain	54,40%	61,7%
Rural	95,40%	97,50%
Source	EDSC-MICS 2011	MICS 2014

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

C'est la concentration moyenne annuelle de matières particulaires dont le diamètre n'excède pas 2,5 microns (PM_{2,5}) [µg/m³] (ou n'excède pas 10 microns [PM₁₀] si PM_{2,5} n'est pas disponible) en ville.

En 2014, le niveau de pollution atmosphérique en ville au Cameroun était estimé par l'OMS à 64µg/m³ pour les particules de matière inférieure à 2,5µm de diamètre (PM_{2.5}) pour une moyenne de 37,4µg/m³ en Afrique (OMS, 2016). De plus, le niveau d'émissions du CO₂ par habitant en ville a évolué entre 2011 (0,28 µg/m³) et 2013 (0,31 µg/m³). Les premiers résultats de l'étude ATMOTRACK réalisée par Groupement de consultants en charge de l'élaboration du Plan de Mobilité Urbaine en 2018 montre que les teneurs (en particules fines) dépassent très souvent 500 µg/m³, soit 10 fois la norme de 50 µg/m³ qui est recommandée par l'OMS. Par ailleurs, l'OMS estime à 65,3 µg/m³ le niveau de pollution atmosphérique dans les villes au Cameroun (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019).

Dans le même sens, des études préliminaires montrent que le pays subit les effets néfastes d'un gaz naturel inerte appelé le radon. Le radon est un gaz radioactif naturel provenant de l'uranium et du thorium présents dans le sol et les matériaux de construction. Il est la deuxième cause de cancer de poumon après le tabac (WHO, 2009). Il est prouvé que 3 à 14% des cas de cancer de poumon dans le monde sont imputables au radon (WHO, 2009). L'OMS et la CIPR ont défini des valeurs de référence de 100 et 300 Bq/m³ à partir desquelles des actions de mitigation sont nécessaires pour la prévention. Dans tous les cas, la valeur de référence ne doit pas excéder 300 Bq/m³. Les résultats préliminaires sur environ 500 habitations du Cameroun montrent que 43% et 1% d'habitations ont respectivement une concentration du radon supérieure à 100 et 300 Bq/m³ (Saïdou et al, 2019a ; 2019b ; 2015, Ndjana Nkoulou et al, 2019, Takoukam et al, 2019). La concentration moyenne obtenue est de 113 Bq/m³ alors qu'elle est de 40 Bq/m³ pour la moyenne mondiale.

Dans le cadre de la coopération technique entre l'Agence Internationale de l'Energie Atomique et le Cameroun, une campagne nationale de mesure du radon a été effectuée en 2019 par l'Institut de Recherches Géologiques et Minières (IRGM). Elle a permis de déployer les dosimètres de mesure du radon dans 1500 habitations de l'étendue du territoire national. Les résultats seront publiés en 2020. La réglementation sur le radon et le plan national radon sont en cours d'élaboration par l'Agence Nationale de Radioprotection (ANRP) et l'IRGM pour réduire le risque au niveau national. La validation aura lieu courant 2020.

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

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

L'abus d'alcool, est défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile. Selon l'OMS, la quantité d'alcool (éthanol) consommée par habitant (15 ans ou plus) au Cameroun est passée de 7,9 litres en 2008 à 9,9 litres en 2016 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2017).

Les données nationales 2014 (MICS 2014), montrent que les hommes ayant consommé une boisson alcoolisée au cours du dernier mois précédent l'enquête est le double de celui des femmes. La cible de l'ODD est de *renforcer la prévention et le traitement de l'abus des substances psycho actives* notamment les stupéfiants et l'alcool d'ici à 2030.

Tableau 36 : Prévalence de la consommation d'alcool chez les personnes de 15 ans ou plus / taux comparatifs par âge en 2014

Consommation d'alcool au Cameroun		2014
Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'ont jamais bu de boisson alcoolisée	Femmes	46,6
	Hommes	30,7
Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant bu au moins une boisson alcoolisée n'importe quand pendant le dernier mois	Femmes	10,4
	Hommes	20,6
Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant bu au moins une boisson alcoolisée avant l'âge de 15 ans	Femmes	33
	Hommes	52,2
Source		MICS 2014

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

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

La prévalence de la consommation actuelle du tabac chez les 15 à 49 ans est évaluée à 0,3% chez les femmes contre 11% chez les hommes (MICS 2014). En 2017, l'OMS estime à 5,7% le tabagisme actuel chez les jeunes (13-15 ans) et 4,6% chez les adultes (15 ans et plus). L'analyse des lois anti-tabac (Tableau 37) montre que les lois nationales interdisent le tabac uniquement dans les formations sanitaires, les établissements scolaires et les universités (OMS, 2017). La cible de l'ODD est de renforcer l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.

Tableau 37 : Données sur l'usage du tabac issues des derniers résultats de l'enquête au 31 Décembre 2016

Prévalence (%)	Tabac chez les jeunes		Tabac chez les adultes		Cigarette chez l'adulte	
	Usage courante du tabac	Tabagisme actuel	Courant	Quotidien	Courant	Quotidien
Hommes	13,8	8,3	11,8	9,1	11,7	2,2
Femmes	5,7	2,5	0,6	0,5	0,5	3,8
Total	10,1	5,7	6,0	4,6	5,9	3,0
Jeunes : Global Youth Tobacco Survey, 2014, Nationale, âge 13-15 ans Adultes : Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2013, Nationale,, âge 15 ans et plus						

Source : OMS, Profil pays Tabac, 2017

Tableau 38 : Politiques antitabac dans les lieux publics en 2016

Interdiction de fumer	Oui/Non
Formations sanitaires	Oui
Etablissements scolaires (sans les Universités)	Oui
Universités	Oui
Immeubles gouvernementaux	Non
Bureaux et lieux de travail	Non
Restaurants	Non
Cafés et bars	Non
Transport public	Non

Source : OMS, Profil pays Tabac, 2017

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

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

Cette prévalence était estimée par l'OMS à 22% en 2010 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2014) et à 19% en 2016 (Profil Pays Maladies non Transmissibles, 2018). Par ailleurs, des études nationales menées ont montré une prévalence urbaine de l'hypertension artérielle à 29,7% (Kingue et al. 2015) et 30,9% (Kuate-Defo et al. 2019).

Tableau 39 : Prévalence (95% IC) de l'hypertension artérielle par Région et par milieu de résidence en 2018

Région	
Adamaoua	28,0
Centre	31,8
Est	30,8
Extrême-Nord	35,5
Littoral	32,3
Ouest	36,3
Nord	30,6
Nord-Ouest	34,9
Sud	17,1
Sud-Ouest	30,9
Milieu de résidence	
Rural	25,4
Urbain	31,4

Source : Kuate Defo et al., Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: a systematic review and meta-analysis of population-based studies, 2019

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

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

L'OMS estime à 10% en 2016 la prévalence de l'obésité chez les populations de 18 ans ou plus soit 5% chez les hommes et 14% chez les femmes. Par ailleurs, les données nationales sur l'obésité disponibles uniquement pour les femmes de 15 à 49 ans montrent que la prévalence entre 2004 et 2011 est passée de 8,2% à 10,7% pour l'obésité et de 20,6% à 21,5% pour le surpoids, comme le montre le tableau N°40 ci-dessous.

Tableau 40 : Evolution de l'obésité et du surpoids chez les femmes, selon le milieu de vie, entre 2004 et 2011 au Cameroun

	2004	2011
<u>Surpoids</u>		
Urbain	25,1	25
Rural	12,2	15,5
<u>Obèse</u>		
Urbain	15	17,1
Rural	3,2	4,8
Source	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011

Tableau 41 : Etat nutritionnel des femmes de 15 à 49 ans / Evolution de l'obésité et du surpoids de 2004 à 2011 au Cameroun

	2004	2011
Indice de Masse corporelle (IMC) moyen	23,6	23,9
Surpoids/gros (IMC* =25 - 29,9)	20,6	21,5
Obèse (IMC > ou égal à 30,0)	8,2	10,7
Surpoids ou Obèse (IMC > ou égale à 25, 0)	28,8	32,2
Source	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011

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

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

La prévalence de l'élévation de la glycémie dans la population générale était estimée par l'OMS à 5,8% en 2010 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2014) et de 5% en 2016 (Profil Pays des Maladies non Transmissibles, 2018). Par ailleurs, une étude menée en 2013 a montré une prévalence urbaine de l'élévation de la glycémie à 6,6% (Kingue et al. 2015).

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

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

Selon une étude internationale publiée en 2013³, la quantité de sel consommée en gramme par jour (g/j) pour les personnes âgées de 20 ans et plus était à 5,30g/j en 2010. L'OMS estime que la moyenne d'apport en sel parmi les adultes de 20 ans et plus était de 5g/jour en 2016 (Profil Pays des Maladies non Transmissibles, 2018) dont 6g/j pour les hommes et 5g/j chez les femmes. Par ailleurs, en 2014, 69% des ménages camerounais disposait de sel suffisamment iodé (≥ 15 PPM d'iode), alors que 16% ne disposait pas de sel insuffisamment iodé (N'importe quel niveau d'iode > 0 PPM) (MICS 2014).

³ Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010, a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide, 2013

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

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

La prévalence de l'insuffisance de l'activité physique chez les adultes était estimée par l'OMS à 29,3% en 2010 (Statistiques sanitaires mondiales, 2014), et de 27% en 2016, les femmes pratiquant moins d'activité physique avec 34% d'inactivité contre 20% chez hommes (OMS, 2018).



© Droits réservés

I - TRAUMATISMES / PRATIQUES TRADITIONNELLES TRAUMATISANTES

55. Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime – ODD 5.2.1

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

L'OMS estime à 33% la prévalence de la violence exercée par le partenaire intime sur la période 2009-2017 (Statistiques Sanitaires Mondiales, 2019). Les données nationales (MICS 2014) concernent (i) les violences émotionnelles qui sont de loin les plus courantes (43,65%), (ii) les violences physiques (31%), et (iii) les violences sexuelles (11%). La cible de l'ODD est d'éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faites aux femmes et aux filles y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation d'ici à 2030.

Tableau 42 : Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans, en union ou rupture d'union qui ont subi diverses violences de la part de leur mari / partenaire au cours des 12 derniers mois ayant précédés l'enquête, au Cameroun en 2014

	2014	
Violences Physiques	Selon Femmes	Selon les hommes
A été bousculée, secoué	20,7	20,4
A été giflée	25,8	26,4
A eu le bras tordu ou les cheveux tirés	12,2	9,1
A été frappée à coup de poing ou avec quelque chose qui peut blesser	14,4	10,1
A reçu des coups de pied, a été trainée par terre	12,5	8,7
On a essayé de l'étrangler ou de la brûler	8,6	5,8
A été menacée avec un couteau ou un autre type d'arme	8	5,5
Toutes les formes	30,8	31,2
Violences sexuelles	Selon Femmes	Selon les hommes
Toutes les formes	13,5	8,5
A été forcée physiquement à avoir les rapports sexuels avec le mari / partenaire quand elle ne voulait pas	13,2	7,9
A été forcée à pratiquer les actes sexuels qu'elle ne voulait pas	8,9	6,4
Toutes les formes	13,5	8,5
Violences Emotionnelles	Selon Femmes	Selon les hommes

Le mari / partenaire a dit quelque chose pour humilier devant d'autres personnes	36,8	30,4
Le mari / partenaire a menacé méchamment, elle ou quelqu'un de proche d'elle	36,6	30
Le mari / partenaire l'a insulté ou rabaissée	41,5	48,7
Toutes les formes	47,2	40,1
	Selon Femmes	Selon les hommes
N'importe quelle forme de violence physique ou sexuelle	32,7	32,2
N'importe quelle forme de violence physique, ou sexuelle ou émotionnelle	52,6	47,7
N'importe quelle forme de violence physique, sexuelle et émotionnelle	10,7	6,4
Source	MICS 2014	

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

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

Le tableau 43 présente le pourcentage femmes ayant mentionné différents types d'auteurs de violence sexuelle. Il ressort de ce tableau que, dans l'ensemble, 34% de femmes ont été sexuellement violentées. La cible de l'ODD est *d'éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence* faites aux femmes et aux filles y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation d'ici à 2030.

Tableau 43 : Auteurs des violences sexuelles contre les femmes parmi les femmes qui ont déclaré avoir subi des violences sexuelles, pourcentage ayant mentionné différents types d'auteurs des violences au moment de la première expérience de violence sexuelle chez les 15 ans ou plus, Cameroun 2011

Auteurs des violences	Pourcentage (%)
Père	0,1
Beau Père	0,2
Autre Parent	2,6
Parent par alliance	1,0
Ami/rencontre personnelle	12,0
Ami de la famille	4,3
Enseignant	1,0
Employeur/quelqu'un au travail	0,2
Polier/militaire	0,6
Prêtre/religieux	0,2
Etranger	7,9
Autre	6,4

Source : MINSANTE/INS, EDS-MICS 2011

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

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

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

58. Violences sexuelles sur les enfants – ODD 16.2.3

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

La violence sexuelle sur enfant se caractérise par toutes les relations sexuelles imposées aux enfants par la force, la contrainte, la menace ou la surprise. Ainsi la notion de violence sexuelle englobe l'idée de contrainte et de coercition. Cette contrainte peut être physique ou morale. Mais, le plus souvent elle est morale : séduction, valorisation de l'enfant, récompense, chantage et menace tant à propos de l'acte que du secret à garder. Au quotidien, plusieurs cas de violences sexuelles sur les enfants sont rapportés par la presse mais il n'existe pas de données nationales récentes sur le sujet excepté quelques études parcellaires. Toutefois, les résultats du MICS 2014 nous renseignent que près de 85% d'enfants âgés de 1 à 14 ans dont 85,2% de garçons et 84,8% de filles ont subi des agressions psychologiques ou des châtiments corporels. La cible de l'ODD est de *mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture* dont sont victimes les enfants d'ici à 2030.

59. Proportion des Mariages précoces – ODD 5.3.1

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

Les données du MICS 2014 montrent que 11,4% de femmes et 1% d'hommes se sont mariés ou sont en union libre avant l'âge de 15 ans. Dans le même temps, 36% de femmes et 5,4% d'hommes se sont mariés ou sont en union libre avant l'âge de 18 ans. La cible de l'ODD est d'éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.

Tableau 44 : Taux des Mariages précoces en 2014

		2014
Pourcentage de personnes âgées de 15-49 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 15 ans	Femmes	11,4
	Hommes	1
Pourcentage de personnes âgées de 20-49 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 18 ans	Femmes	36
	Hommes	5,4
Pourcentage de jeunes âgés de 15-19 ans qui sont mariés ou en union	Femmes	20,1
	Hommes	0,9
Source		MICS 2014

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

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

Selon l'annuaire statistique 2018 de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), le nombre d'accidents de travail déclarés se situe respectivement à 771 et 684. Ces données n'incluent pas les traumatismes et blessures attribuables aux employés du secteur public (Fonctionnaires, contractuels et agents de l'Etat), la CNPS ne s'occupant que des employés des secteurs privé et informel (pour ceux ayant souscrit à l'assurance volontaire). La cible de l'ODD *est de défendre* les droits des travailleurs, promouvoir la sécurité sur le lieu de travail et assurer la protection de tous les travailleurs, y compris les migrants, en particulier les femmes, et ceux qui ont un emploi précaire.

Tableau 45 : Répartition des accidents de travail selon la nature de la lésion en 2018

Nature de Lésion	Total
Amputations et énucléations	23
Autres plaies	73
Autres traumatismes et traumatismes mal définis	195
Blessures	66
Commotions et autres fractures internes	4
Contusions et écrasements	43
Effets nocifs de l'électricité	6
Entorses et foulures	11
Fractures	99
Lésions multiples de différentes natures	93
Luxations	4
Traumatismes superficiels	9
Non Précisé	58
Total	684

Source : CNPS, Annuaire Statistique 2018



Chapitre 3

INDICATEURS SUR LES COUVERTURES DES SERVICES

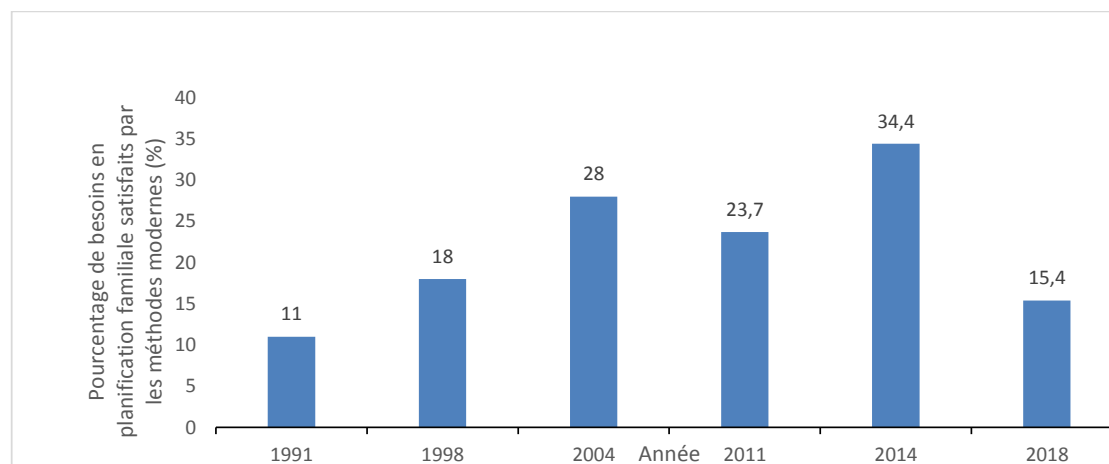
J - SANTE DE LA REPRODUCTION / SANTE MATERNELLE NEONATALE, INFANTILE ET DE L'ADOLESCENT

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

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

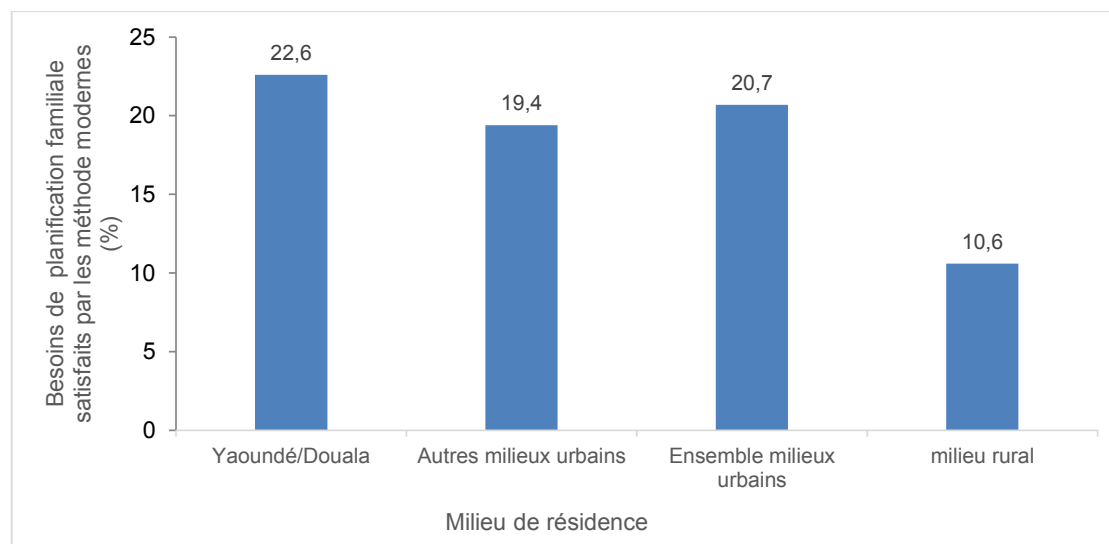
Au Cameroun, les besoins satisfaits en planification familiale ont connu une baisse de 2011 à 2018 passant de 23,7% à 15,4%. La cible de l'ODD est d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation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

Figure 10 : Evolution des besoins satisfaits et de la demande en Planning Familial par les méthodes modernes de 1991 à 2018 au Cameroun



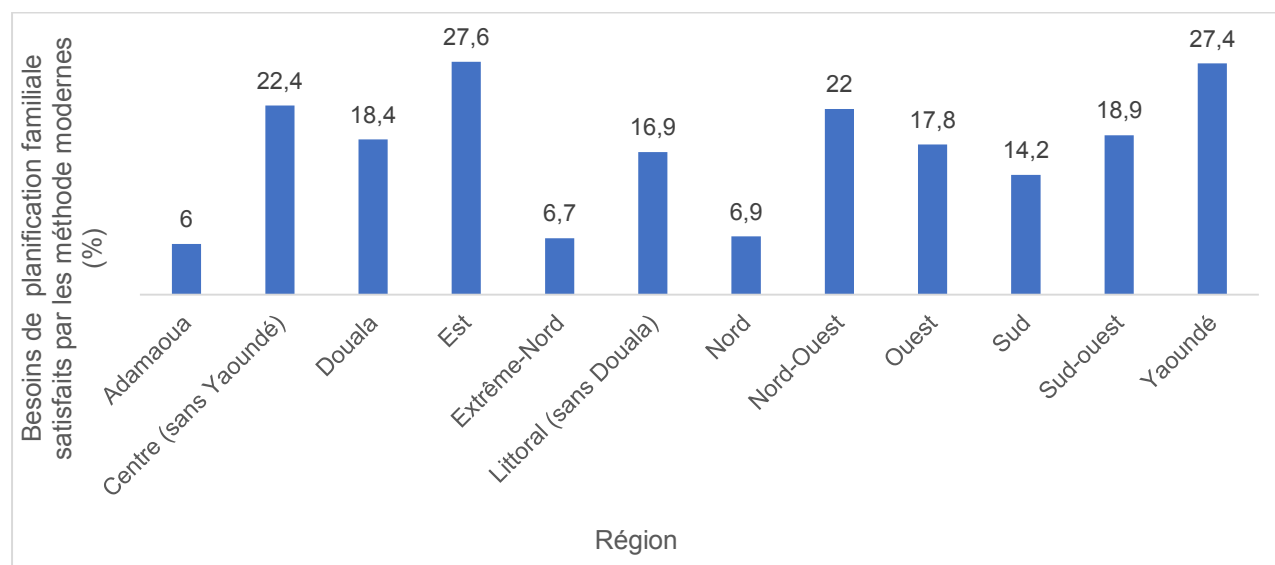
Source : MINSANTE, EDSC 1991-1998-2004-2011 ; MICS 2014 ; EDSC 2018 Résultats clés

Figure 11 : Besoins en planification familiale satisfaits chez les femmes de 15 - 49 ans (en union) par milieu de résidence au Cameroun en 2018



Source : MINSANTE, EDSC 1991-1998-2004-2011 ; MICS 2014 ; Résultats clés EDSC 2018

Figure 12 : Besoins en planification familiale satisfaits chez les femmes de 15 - 49 ans (en union) par région au Cameroun en 2018



Source : MINSANTE, EDSC 1991-1998-2004-2011 ; MICS 2014 ; Résultats clés EDSC 2018

62. Prévalence de la contraception

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

La tendance de la prévalence contraceptive pour toutes les femmes de 15 à 49 ans en union est en baisse depuis 2011. En effet elle est passée de 23,4% en 2011 à 19,3% en 2018 comme l'indique la figure 14 ci-dessous.

Figure 13 : Evolution du taux de prévalence contraceptive de 2011 à 2018 au Cameroun

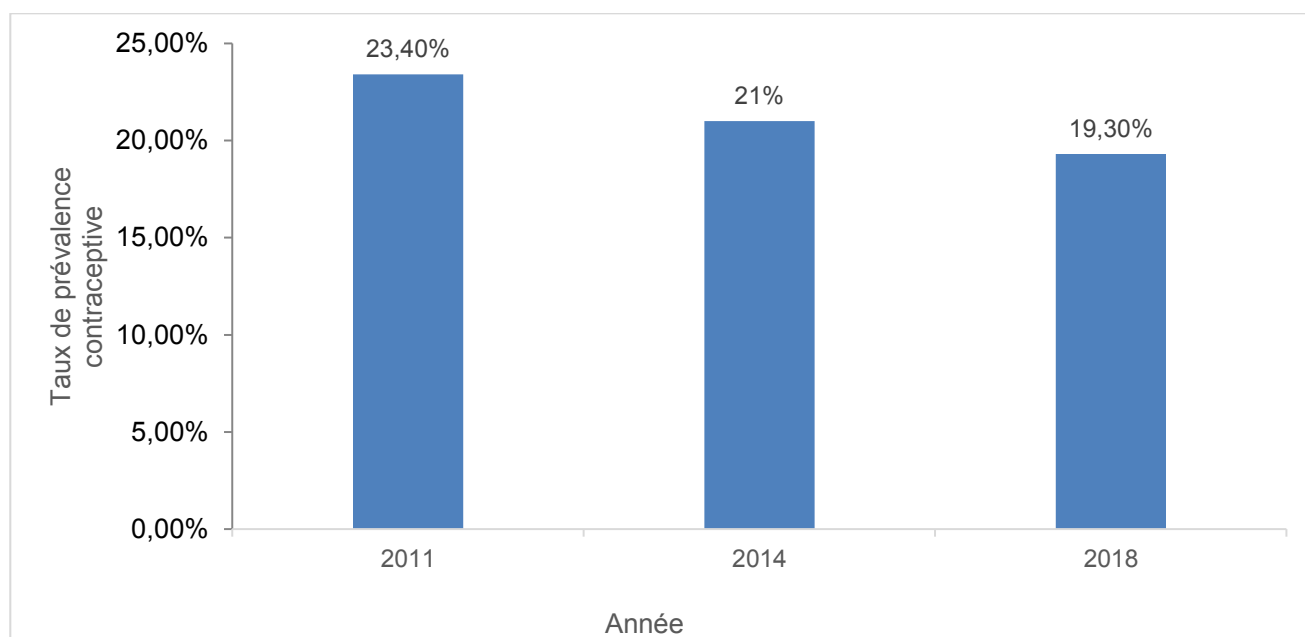


Figure 14 : Prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans (en union) par milieux de résidence au Cameroun en 2018

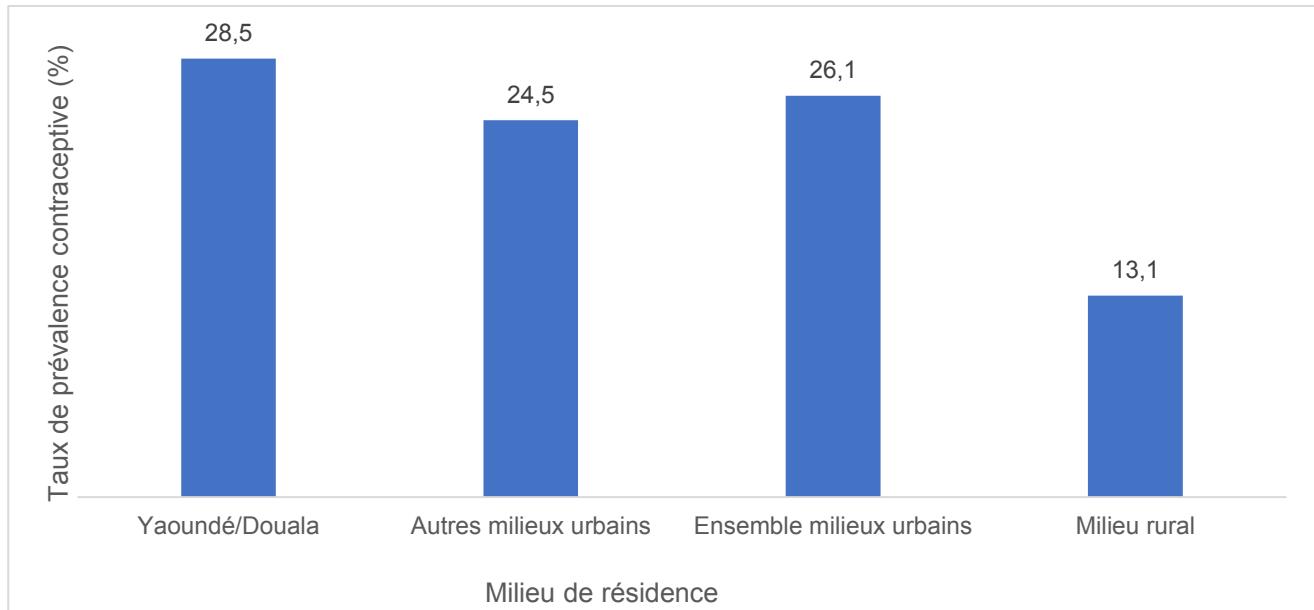
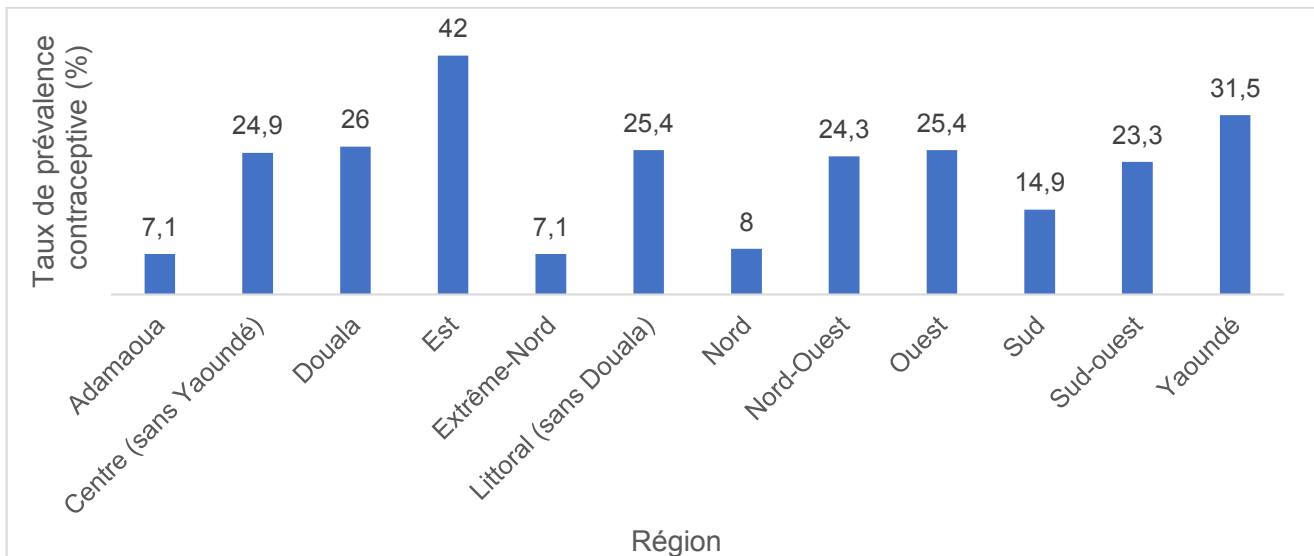


Figure 15 : Prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans (en union) par régions au Cameroun en 2018



Source : MINSANTE, Résultats clés EDSC 2018 Résultats Clés

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

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

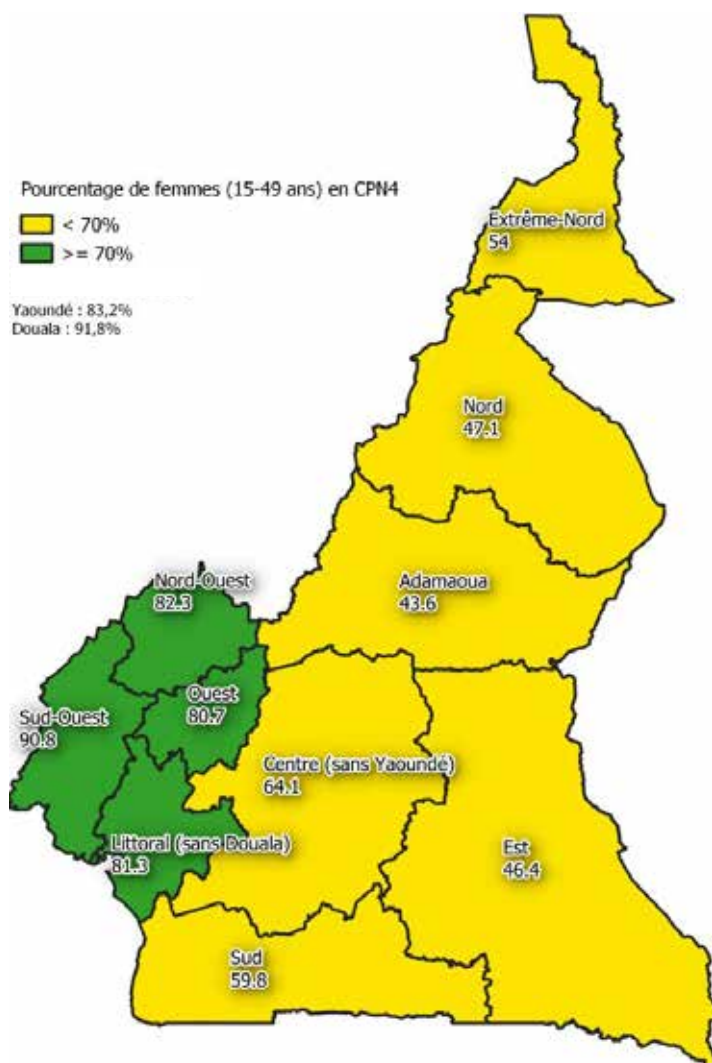
On observe une évolution de la couverture en CPN 4 et plus de 2011 (62,2%) à 2018 (64,9%) avec de fortes disparités régionales (voir Tableau 46).

Tableau 46 : Pourcentage de couverture en CPN 4 et plus/ naissances assistées par du personnel qualifié entre 1991 et 2018 au Cameroun

Année	1991	2004	2011	2014	2018
4 CPN et plus	49	59	62,2	58,8	64,9
Source	EDSC 1991	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018 Résultats clés

Tableau 47 : Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant effectué 4 visites prénatales ou Plus par milieu de résidence au Cameroun en 2018

Milieu de Résidence	
Yaoundé/Douala	87,5
Autre Urbain	72,9
Ensemble Urbain	78,7
Rural	52,2
Source : MINSANTE/INS, Résultats clés EDS 2018	



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

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

Les accouchements dans les formations sanitaires ont augmenté passant de 61,2% en 2011 à 67% en 2018 et les accouchements assistés par du personnel qualifié sont passés de 63,6% en 2011 à 69% en 2018 comme indiqué dans le tableau 48 ci-dessus. Cet indicateur contribue à l'atteinte de la cible 3.1.2 des ODD qui stipule que *d'ici à 2030 de faire passer le taux de mortalité maternel au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes*.

Tableau 48 : Pourcentage de couverture des naissances assistées par du personnel qualifié de 1991 à 2018 au Cameroun & Pourcentage des accouchements dans les formations sanitaires de 1991 à 2018

	1991	2004	2011	2014	2018
Accouchements assistés par un personnel qualifié	64	60	63,6	64,7	69
Accouchements dans les formations sanitaires	62	59	61,2	61,3	67
Source	EDSC 1991	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018 Résultats clés



© Droits réservés

65. Couverture en soins post-partum / mère

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

Le pourcentage des femmes (15 à 49 ans) ayant bénéficié des soins post-partum a augmenté passant de 37% en 2011 à 59% en 2018.

Tableau 49 : Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant reçu des soins du Post-partum, dans les deux jours après la naissance

Année	2011	2014	2018
Mères	37%	65%	58,9%
Source	EDS/MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018 Résultats clés

Tableau 50 : Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après l'accouchement au Cameroun en 2018

Milieu de Résidence	
Yaoundé/Douala	72,3
Autre Urbain	72,4
Ensemble Urbain	72,4
Rural	48,5
Région d'étude	
Adamaoua	49,6
Centre (sans Yaoundé)	58,3
Douala	73,2
Est	49,3
Extrême-Nord	39,9
Littoral (sans Douala)	64,8
Nord	41,7
Nord-Ouest	82,2
Ouest	84,5
Sud	67,8
Sud-ouest	90,9
Yaoundé	71,4

Source : MINSANTE/INS, Résultats clés EDSC 2018

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

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

Avant 2014 cet indicateur n'était pas capté dans les enquêtes d'envergure nationale. Selon le rapport de l'enquête MICS 2014, 68,5% des nouveau-nés ont bénéficié des soins post-nataux.

Tableau 51 : Pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins Post-nataux, deux jours après la naissance

	2014
Nouveau nés	68,5*
Source	MICS 2014

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

67. Demande de soins pour les symptômes de pneumonie

C'est le pourcentage des enfants de moins de 5 ans chez qui l'on suspecte une pneumonie (toux et difficultés respiratoires NON dues à un problème de nez bouché ou au niveau de la poitrine) qui ont été conduits chez un prestataire compétent, dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête.

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

Tableau 52 : Demande de soins (%) pour les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'IRA au cours des 2 dernières semaines de 2004 à 2011 au Cameroun

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

68. Couverture par le traitement de la diarrhée par SRO

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

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

Tableau 53 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrants de la diarrhée et ayant reçu les Sels de réhydratation orale entre 1991 et 2018 au Cameroun

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

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

Tableau 54 : Pourcentage (parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu une diarrhée) à qui on a donné des SRO et du zinc au Cameroun en 2018

Milieu de Résidence	
Yaoundé/Douala	9,8
Autre Urbain	8,3
Ensemble Urbain	8,9
Rural	6,5
Région d'étude	
Adamaoua	5,9
Centre (sans Yaoundé)	7,6
Douala	14,7
Est	5,0
Extrême-Nord	7,3
Littoral (sans Douala)	(11,6)
Nord	8,3
Nord-Ouest	(8,0)
Ouest	7,6
Sud	1,6
Sud-ouest	*
Yaoundé	6,3

Source : MINSANTE/INS, Résultats clés EDS 2018

69. Couverture par la supplémentation en vitamine A

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

Au Cameroun, cet indicateur est disponible pour les enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses de vitamine A au cours des 6 dernières mois précédant l'enquête, et non des 12 derniers mois. De 2004 à 2011, des progrès importants en supplémentation de la vitamine A ont été observés dans l'ensemble (de 38% à 55,3%), mais aussi en milieu rural (de 35% à 58%) et en milieu urbain (de 40% à 51,3%).

Tableau 55 : Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A, au cours des 06 derniers mois précédant l'enquête, de 2004 à 2011 au Cameroun

	2004	2011
Urbain	40	51,3
Rural	35	58,4
Ensemble	38	55,3
Source	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011

K - VACCINATIONS

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

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

Considérant l'antigène traceur qui est le Penta3, la couverture vaccinale est passée de 82% en 2014 à 72% en 2018 (Résultats clés EDS 2018). Selon les estimations conjointes OMS/UNICEF validées par le pays, couverture vaccinale pour le même antigène est passé de 87% en 2014 à 79% en 2018. Quelle que soit la source de données, l'on note que la couverture vaccinale est en baisse. La cible de l'ODD est *d'appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non*, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels.

Figure 16 : Evolution du pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés (tous vaccins) de 1991 à 2018 au Cameroun

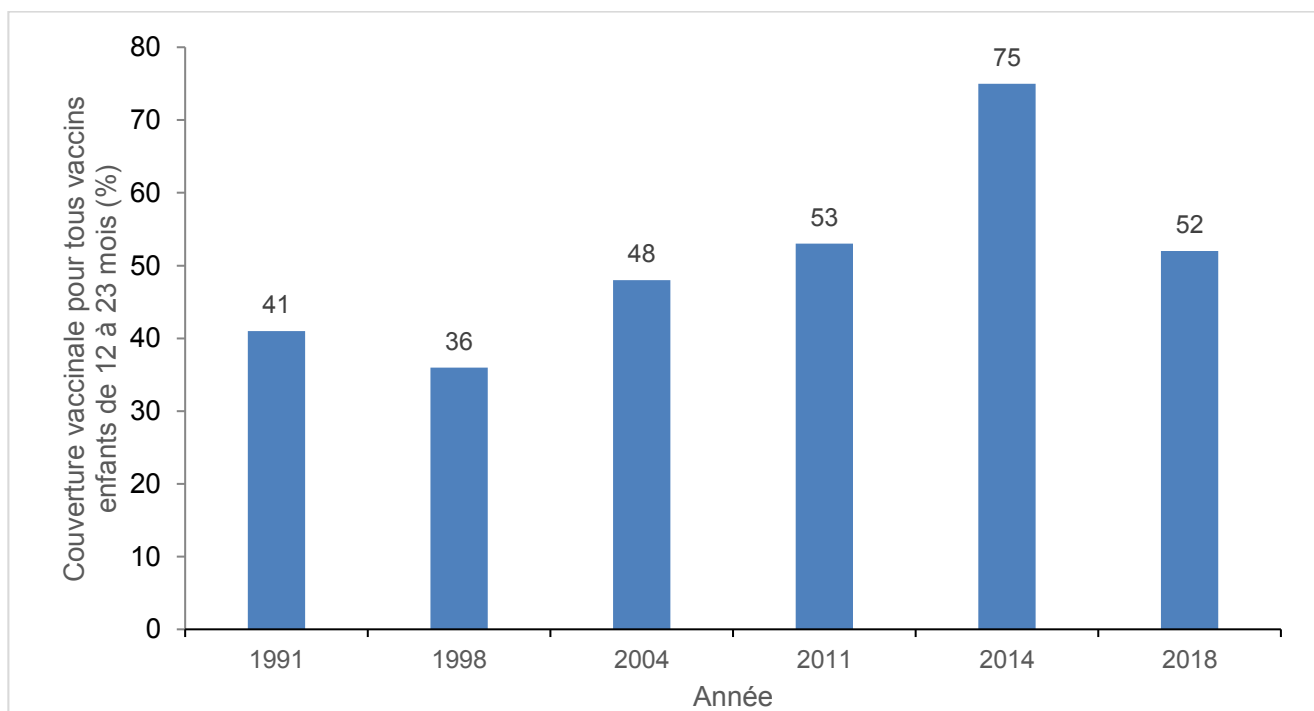


Tableau 56 : Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés de 1991 à 2018 au Cameroun

	1991	1998	2004	2011	2014	2018
BCG	76	75	86	87	92	87
DTCoq 3 / Pentavalent	48	51	65	68	82	72
Polio 3	50	47	67	70	87	67
Rougeole	56	54	65	71	86	65
Tous	41	36	48	53	75	52
Aucun vaccin	22	12	5	5	4	10
Source :	EDSC 1991	EDSC 1998	EDSC 2004	EDSC-MICS 2011	MICS 2014	EDSC 2018 Résultats clés

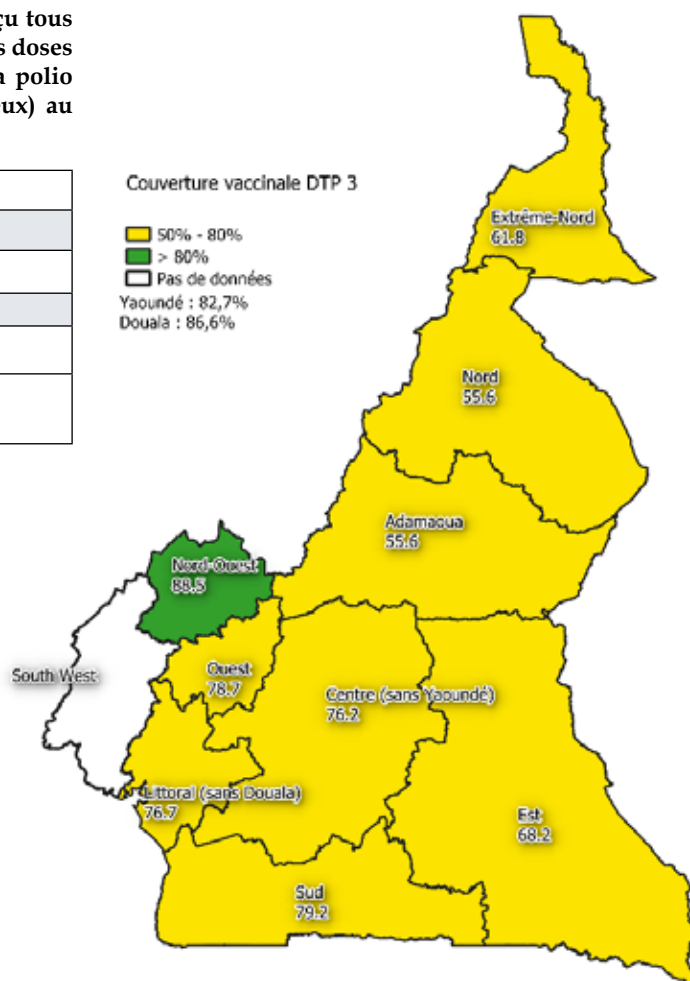
Tableau 57 : Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés de 2011 à 2018 au Cameroun

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
BCG	80	81	82	82	74	70	91	88
DTCoq 3 / Pentavalent	82	85	89	87	84	85	86	79
Polio 3	80	85	88	86	83	83	84	78
Rougeole	76	82	83	80	79	78	77	71
Fièvre Jaune	75	80	83	80	77	78	78	74

Source : WUENIC 2019 WHO and UNICEF estimates of immunization coverage

Tableau 58 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu tous les vaccins de base (BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses du vaccin oral de la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance, et une dose de vaccin anti rougeoleux) au Cameroun en 2018

Milieu de Résidence	
Yaoundé/Douala	67,1
Autre Urbain	57,7
Ensemble Urbain	61,2
Rural	45,3
Source : MINSANTE/INS, Résultats clés EDSC 2018	



L - SIDA

71. Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut

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

De 2017 à 2018, la proportion des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut a augmenté de 4 points passant de 60% à 64%, soit un nombre estimé de PvVIH identifiées de 333 772 et 337 862 respectivement (rapports annuels CNLS 2017-2018).

Tableau 59 : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut au Cameroun en 2018 par région

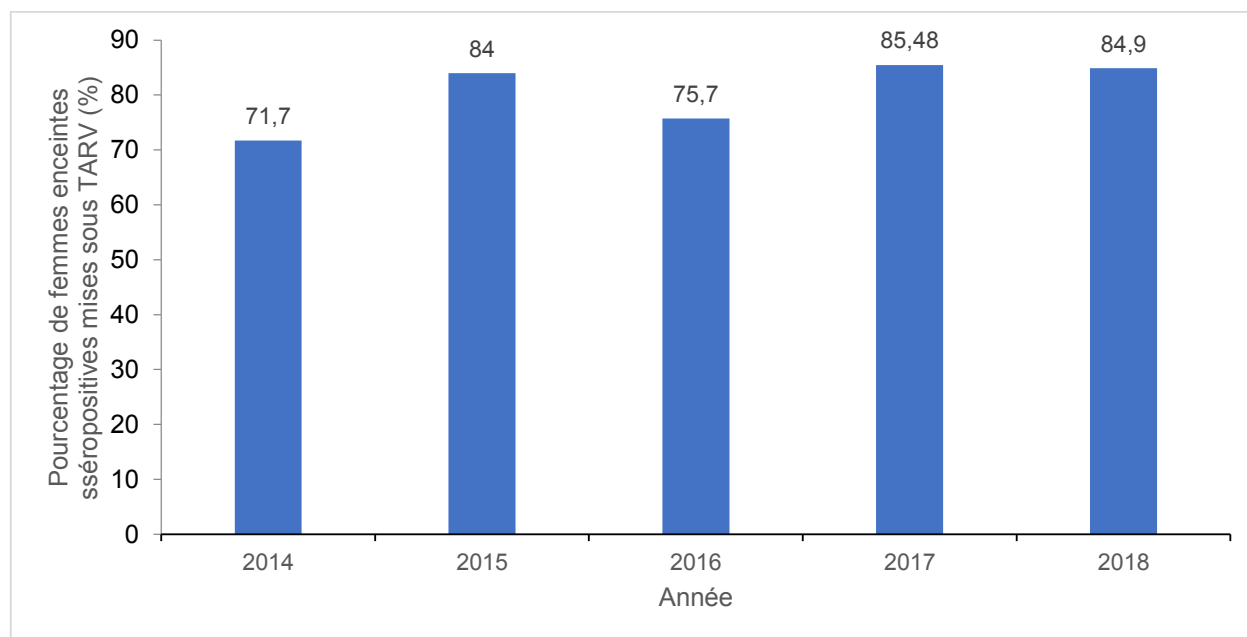
Région d'étude	Non Sous ARV	Sous ARV
Adamaoua	2,5	33,4
Centre (sans Yaoundé)	5,7	37,4
Est	2,8	48,4
Extrême-Nord	4,2	25,3
Littoral (sans Douala)		
Nord	5,8	24,2
Nord-Ouest	3,3	66,8
Ouest	1,9	46,6
Sud	4,6	42,2
Sud-ouest	8,0	40,1
Yaoundé	5,3	43,9
Douala	2,7	42,7

Source : CAMPHIA 2018

72. Prévention de la transmission Mère-Enfant

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

Bien qu'elle soit encore inférieure à 90%, la couverture en ARV des femmes enceintes (FEC) VIH+ a augmenté de 2014 à 2018 passant de 71,7% à 84,9%.

Figure 17 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives mise sous ARV de 2014 à 2018 au Cameroun

Source : MINSANTE/CNLS, Rapport de progrès PTME N°12, 2017 ; Rapports annuels CNLS 2016, 2017, 2018

Le rapport de progrès PTME N°13 indique qu'en 2018, sur le plan régional, les taux de couverture programmatique en ARV des FEC VIH+ varie de 53% dans l'Ouest à 91% dans le Sud. Six régions (Sud 91% ; Centre 90% ; Nord-Ouest 81 % ; Nord 77% ; Est 75% et Littoral 74%) ont un taux de couverture programmatique qui se situe au-dessus de la moyenne nationale qui est de 72,8%. Sur le plan national ce taux est passé de 85,67% en 2017 à 72,8% en 2018.

Tableau 60 : Couverture ARV chez les FEC VIH+ (%) par région de 2016 à 2018

Régions	2016	2017	2018
Adamaoua	80.5	96.1	66
Centre	68.9	82.2	90
Est	64.1	82.8	75
Extrême-nord	46.7	70.6	62
Littoral	78.1	86	74
Nord	86.9	92.2	77
Nord-ouest	91.6	91.7	81
Ouest	78.4	88.5	53
Sud	96	99.1	91
Sud-ouest	84.5	79	59
National	80.97	85.67	72.8

Source : MINSANTE/CNLS, Rapports annuels 2016-2017-2018

73. Couverture par la thérapie antirétrovirale (TARV)

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

Le nombre de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a doublé de 2014 à 2018 passant de 145 038 à 281 083. La couverture par le traitement antirétroviral évolue également dans le même sens passant de 27,4% à 54% dans la même période. Cette évolution positive permet au Cameroun de se rapprocher de l'atteinte du deuxième 90 qui voudrait que 90% des personnes qui connaissent leur statut soient sous traitement en 2020.

Tableau 61 : Couverture par le traitement antirétroviral (ARV) de 2014 à 2018 au Cameroun

Année	2014	2015	2016	2017	2018
% Couverture Traitement ARV	27,4	27,1	33,3	45,2	54%
Nombre de PvVIH sous traitement	145038	168249	205382	253715	281083

Source : Rapports annuels CNLS, 2008 -2018

74. Suppression de la charge virale du VIH

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

Les nouvelles directives de l'OMS, adoptées par le Cameroun, placent la charge virale VIH (CV) au centre du suivi biologique pour les patients sous TARV, c'est en effet le seul examen permettant de contrôler l'efficacité de la TARV. Le but de la thérapie ARV est la suppression de la charge virale chez les patients infectés par le VIH. Selon les directives de prise en charge du VIH, les PvVIH sous traitement doivent faire un examen de charge virale six mois après l'initiation au traitement, puis toutes les années pour les bilans de suivi. Dans le cadre de l'accélération de la thérapie ARV, il était prévu de réaliser les examens de charges virales à 117 639 PvVIH sous traitement.

Selon les rapports annuels du CNLS, le taux de suppression virale chez les patients bénéficiant des ARV est passé de 63,8% en 2016 à 77,8% en 2018. L'enquête CAMPHIA réalisée en 2018, a rapporté un taux de suppression de charge virale de 80,1%.

Figure 18 : Taux de suppression de la charge virale au Cameroun en 2018 (CAMPHIA 2018)

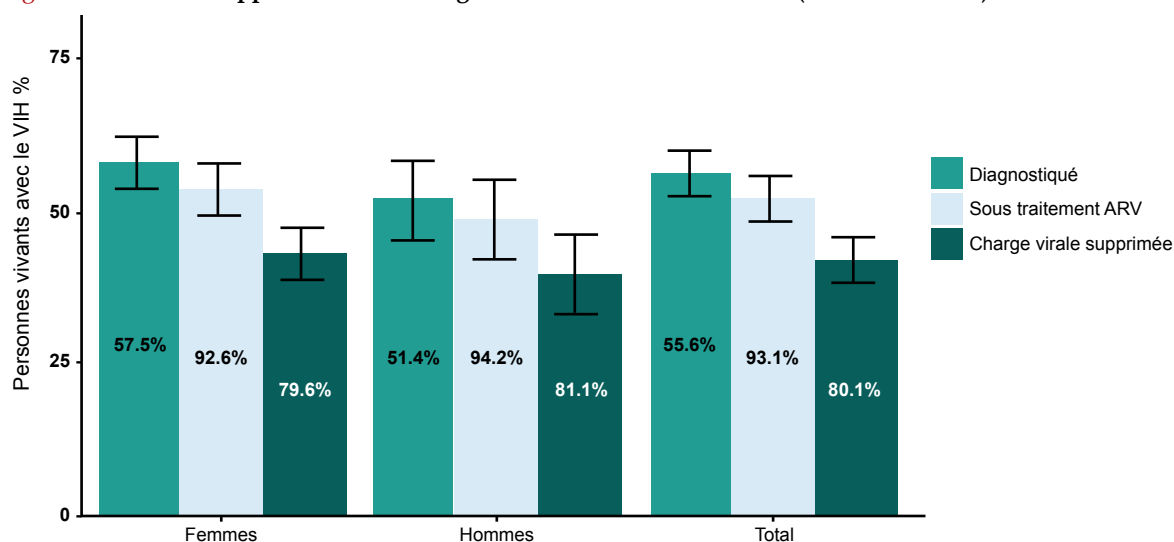
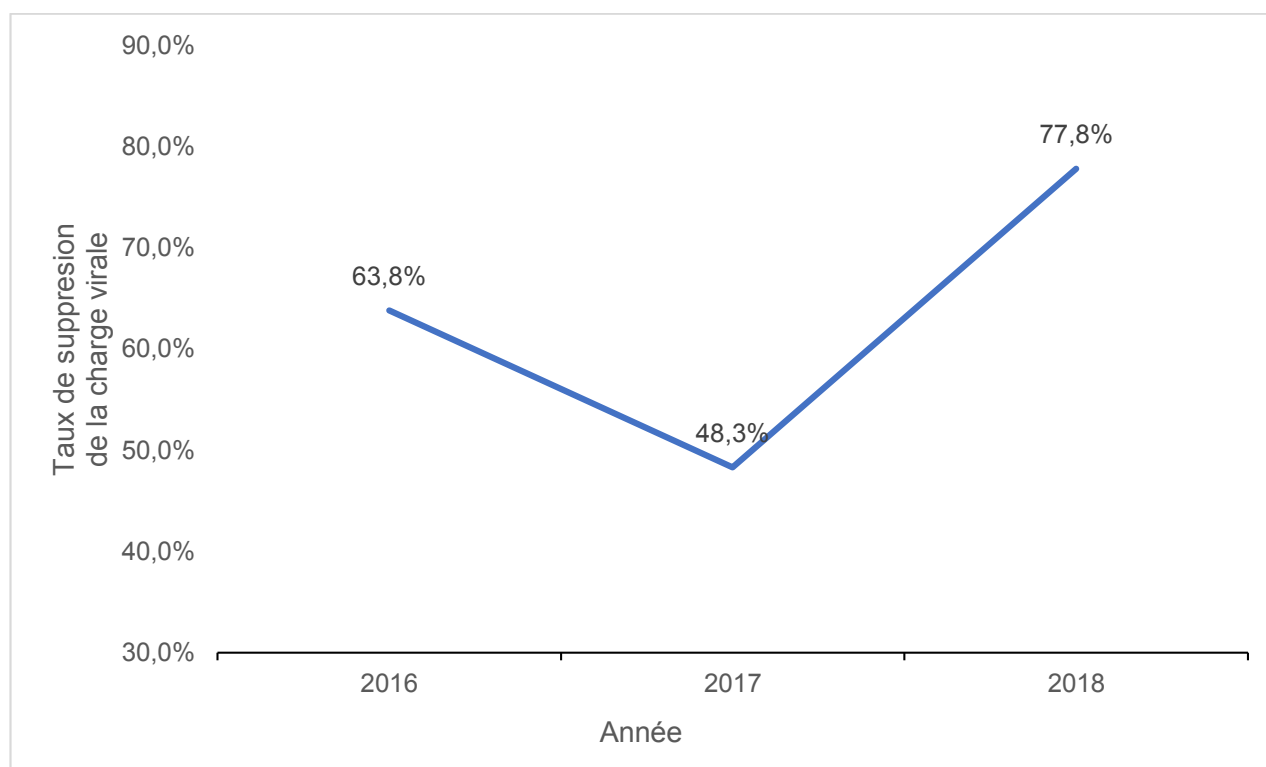


Figure 19 : Evolution du taux de suppression de la charge virale au Cameroun de 2016 à 2018



Source : Rapports annuels CNLS, 2016 -2018



© Droits réservés

M - SIDA / TUBERCULOSE

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

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

Pour les enfants de moins de cinq ans, l'activité se déroule dans certaines formations sanitaires, la collecte des données systématique a commencé en 2018. Sur un total de 14356 cas bactériologiquement confirmés, nouveaux cas et rechutes, 2 444 contact ont reçu un traitement préventif à l'INH (Données PNLT, 2018).

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

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

Le pourcentage de patients atteints de tuberculose pour lesquels les résultats d'un test VIH figurent dans le registre des cas de tuberculose est passé de 87% en 2014 à 95% en 2018 (Rapports annuels PNLT).

Figure 20 : Evolution du pourcentage des patients tuberculeux dépistés au VIH de 2007 à 2018 au Cameroun

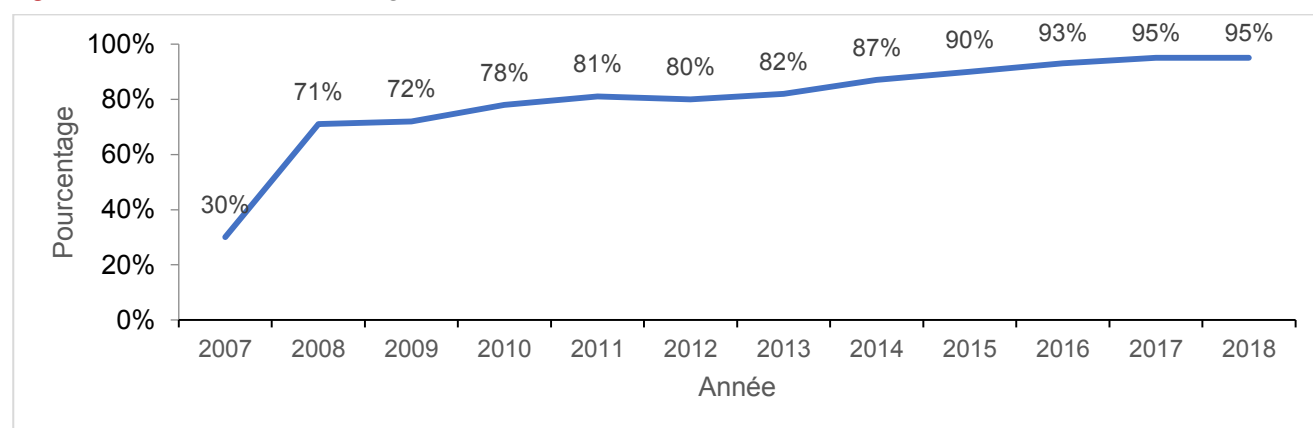


Tableau 62 : Pourcentage des patients tuberculeux dépistés au VIH en 2018 par région au Cameroun

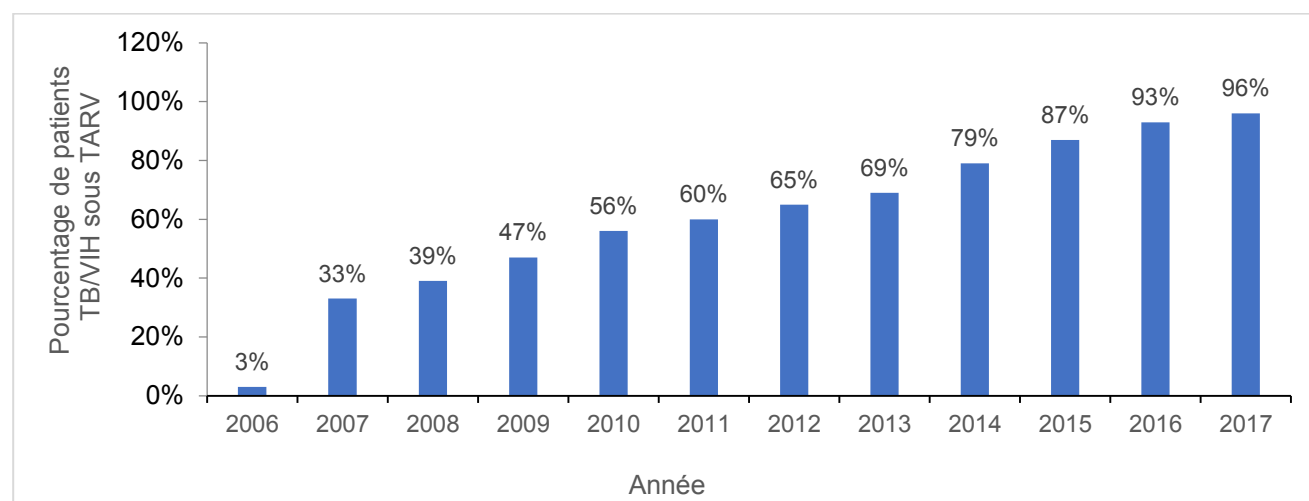
Region d'étude	Cas de TB notifié	Test VIH Fait	VIH positif	% Test	% Positif
Adamaoua	1652	1528	425	92%	28%
Centre (sans Ydé)	1519	1450	463	95%	32%
Yaoundé	3812	3615	1353	95%	37%
Est	1934	1678	507	87%	30%
Extrême-Nord	3257	2978	360	91%	12%
Littoral (sans Dla)	649	643	174	99%	27%
Douala	4506	4358	1321	97%	30%
Nord	2107	2037	319	97%	16%
Nord Ouest	1043	1044	515	100%	49%
Ouest	1049	1035	291	99%	28%
Sud	942	915	277	97%	30%
Sud-Ouest	1287	1285	452	100%	35%
Total	23757	22566	6457	95%	29%

Source : MINSANTE/PNLT, Rapports annuel 2018

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

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

On observe une augmentation annuelle du pourcentage des patients tuberculeux et séropositifs sous TARV pendant le traitement antituberculeux allant de 79% en 2014 à 96% en 2017.

Figure 21 : Evolution du pourcentage de patients TB/VIH mis sous TARV de 2006 à 2017

Source : MINSANTE, Rapport d'activités PNLT 2006 à 2017

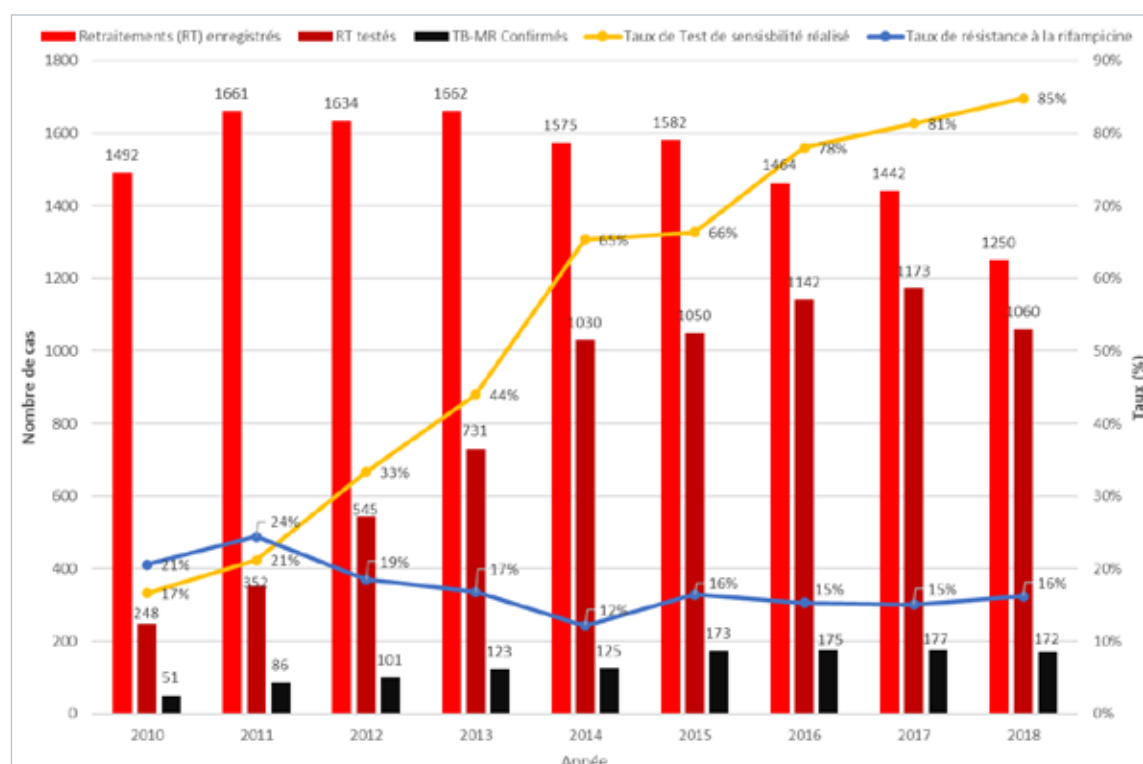
N - TUBERCULOSE

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

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

Au Cameroun, les tests de sensibilité à la rifampicine sont faits pour le groupe des retraits (reprises + rechutes + échecs). Le pourcentage des cas testés a évolué passant de 65% en 2014 à 84% en 2018.

Figure 22 : Evolution du pourcentage des patients TB avec test de sensibilité et résistance pour la rifampicine de 2010 à 2018 au Cameroun



Source : MINSANTE/PNLT, Rapports annuels 2010-2018

Tableau 63 : Répartition de pourcentage de test de sensibilité des patients TB en retraitement en 2018 par régions

Regions	RT enregistrés	XPERT fait	%
Adamaoua	42	39	93%
Centre	268	199	74%
Est	77	44	57%
Extrême-Nord	83	85	102%
Littoral	444	387	87%
Nord	106	91	86%
Nord-Ouest	58	61	105%
Ouest	44	40	91%
Sud	79	78	99%
Sud-Ouest	71	45	63%
Total	1272	1069	84%

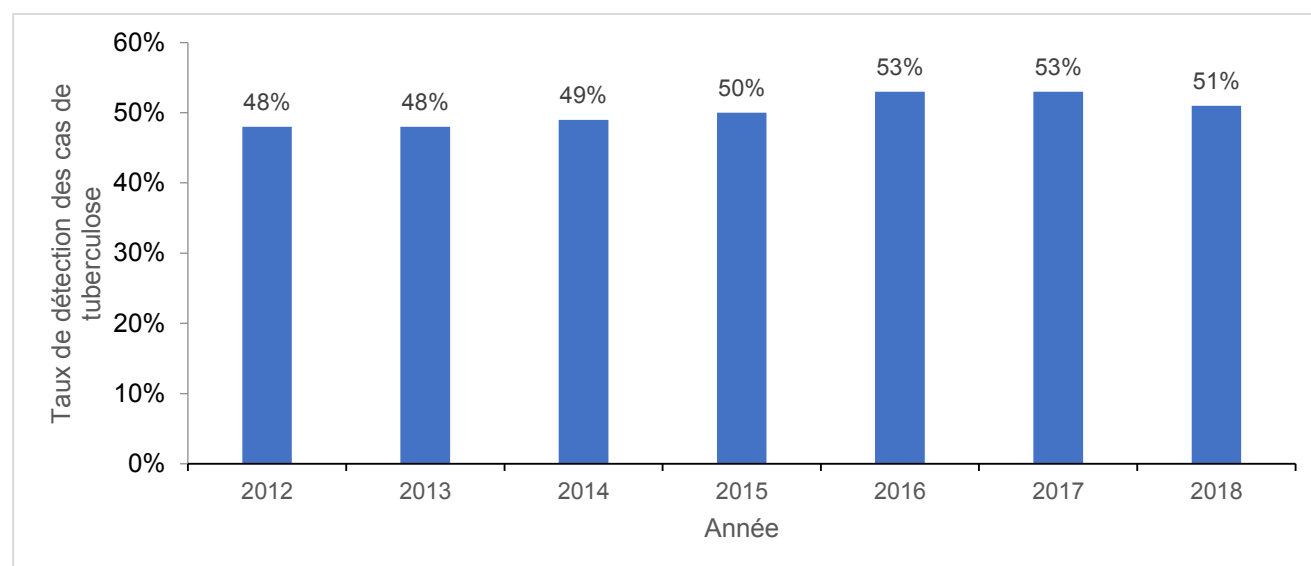
Source : MINSANTE/PNLT, Rapport annuel 2018

79. Couverture par le traitement de la tuberculose

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

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

Figure 23 : Evolution du taux de détection des cas de tuberculose au Cameroun de 2012 à 2018

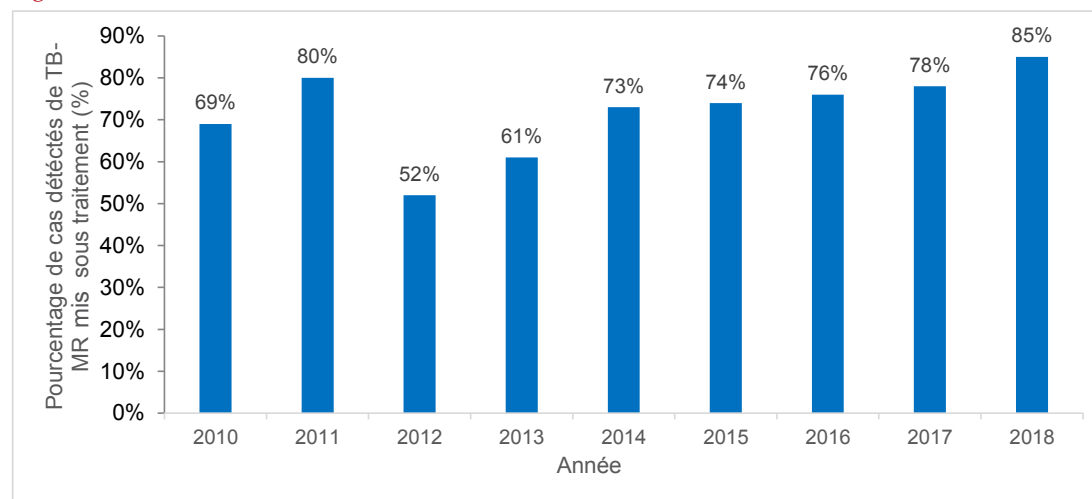


80. Couverture par le traitement des patients TB résistants au traitement

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

Au Cameroun, L'OMS estime à 1500 le nombre cas de tuberculose multi-résistante en 2017 (Rapport Global Tuberculose 2018). Le pays a détecté et mis sous traitement 151 cas de TB-MR (Rapport Annuel PNLT 2018), soit 10% du nombre estimé par l'OMS. La figure ci-dessous montre l'évolution des cas de TB-MR détecté, et mis sous traitement et le pourcentage des cas mis sous traitement.

Figure 24 : Couverture de mise sous traitement de TB-MR au Cameroun de 2010 à 2018



Source : MINSANTE/PNLT, Rapports annuels 2010-2018

O - PALUDISME

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

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

Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu au moins la TPI 3 est passé de 26% en 2014 à 31,9% en 2018. Le pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de TPI est supérieur de 8 points en milieu urbain (40,4%), par rapport au milieu rural (25,3%). Cependant, quel que soit le lieu de résidence, le taux de TPI3 est bas par rapport à l'objectif du PNLP 2014-2018 qui est de 80%.

Tableau 64 : Pourcentage des femmes vues en CPN ayant reçu au moins 3 doses de TPI en 2014 et 2018

Milieu de vie	2014	2018
Douala / Yaoundé	26,5	44,2
Autres villes	27,2	38,3
Ensemble Urbain	26,9	40,4
Rural	25,2	25,3
Ensemble Pays	26,0	31,9
Source	MICS 5 2014	EDSC 2018 Résultats Clés

82. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides

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

De 2011 à 2014, l'utilisation des MII dans la population générale a augmenté et est passé de 14,8% en 2011 (EDS-MICS 2011) à 47,5% en 2014 (MICS 5, 2014). Sur cette même période, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente est passé de 21% à 54,8% et chez les femmes enceintes de 19,8% à 52,3%. De 2014 à 2018, on observe une baisse de l'utilisation des MII dans les groupes cibles (enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes). Les régions ayant les taux d'utilisation des MII les plus bas chez les femmes enceintes sont l'Adamaoua (21,2%), L'Extrême-Nord (27,4%), le Nord (35,5%) et l'Est (37,9%).

Tableau 65 : Pourcentage des enfants de moins de 5 moins ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête en 2011, 2014 et 2018

	2011	2014	2018
Milieu de vie			
Douala / Yaoundé	29,2	64,3	55,5
Autres villes	21,3	53,4	43,4
Ensemble Urbain	24,1	57,2	47,7
Rural	18,7	53,2	36,1
Régions d'étude			
Adamaoua	27,6	48	21,2
Centre (sans Ydé)	23,9	62,2	56,4
Douala	37	64,9	55
Est	22,5	47,1	37,9
Extrême -Nord	5,4	50,3	27,4
Littoral (sans Dla)	31,9	58,7	61,1
Nord	16,9	61,6	35,5
Nord - Ouest	38,6	59,6	40,2
Ouest	18,5	42,7	44,3
Sud	19,5	68,2	55
Sud - Ouest	26	47,1	48,1
Yaoundé	21	63,4	56
Ensemble	21	54,8	41,2

Tableau 66 : Pourcentage des femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête en 2011, 2014 et 2018

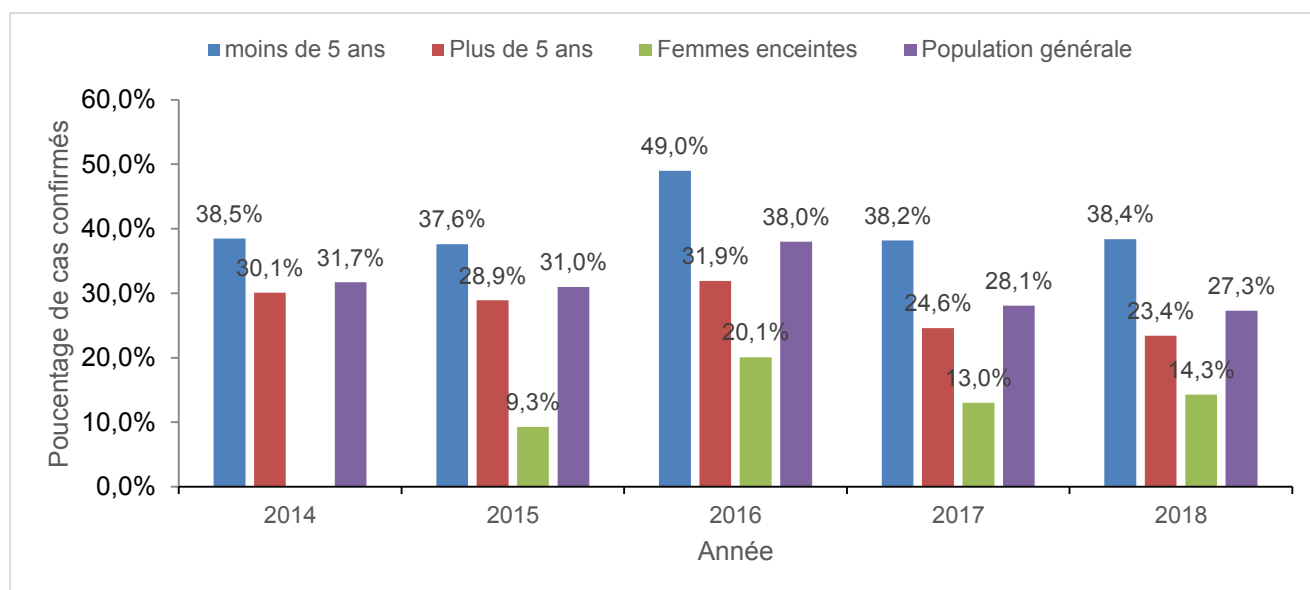
	2011	2014	2018
Milieu de vie			
Douala / Yaoundé	30,8	53,8	52,3
Autres villes	14,9	54,1	46,1
Ensemble Urbain	21,2	54	48,3
Rural	8,6	51,1	42,6
Régions d'étude			
Adamaoua	19,4	46	26,3
Centre (sans Ydé)	23,5	57,1	64,6
Douala	34,6	49,9	51,2
Est	27,2	46,2	35,7
Extrême -Nord	10,3	43,3	41,9
Littoral (sans Dla)	19,3	50,4	82,1
Nord	12,9	72	37,5
Nord - Ouest	40	57,8	42,8
Ouest	14	42,4	40
Sud	29,2	82,1	44,2
Sud - Ouest	13	41,5	47
Yaoundé	24	56,6	53,2
Ensemble	19,8	52,3	45,3

83. Traitement des cas de paludisme confirmés

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

Des directives de prise en charge des cas confirmés de paludisme recommandent l'utilisation de l'ASAQ en première intention pour le traitement du paludisme simple et l'artesunate /quinine injectable pour le traitement des cas de paludisme grave. De 2014 à 2018, le pourcentage de cas de paludisme confirmés (données administratives) qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention est passé de 31,7% en 2014 à 27,3% en 2018.

Figure 25 : Evolution des cas confirmés de paludisme qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention par groupe de population cible de 2014 à 2018



Source : MINSANTE, Rapports annuels PNLP 2014 - 2018



© Droits réservés

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

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

En 2011, 2,3% de domiciles avaient été pulvérisés d'insecticide à effet rémanent. La couverture étant supérieure en milieu urbain (3,8%) qu'en milieu rural (0,7%). Elle varie de 0.0% dans l'Adamaoua et le Nord-Ouest, à 8,1 % dans la ville de Yaoundé. De manière globale, la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent était encore faible au Cameroun en 2011.

Tableau 67 : Couverture de la pulvérisation intra domiciliaire par milieu de résidence et par région au Cameroun, de 2011

2011	
Milieu de vie	
Douala / Yaoundé	5,9
Autres villes	2,2%
Ensemble Urbain	3,8%
Rural	0,7%
Ensemble	2,7%
Régions d'étude	
Adamaoua	0,0%
Centre sans Ydé	1,0%
Douala	3,8%
Est	2,4%
Extrême -Nord	0,5%
Littoral sans Dla	4,9%
Nord	3,0%
Nord - Ouest	0,0%
Ouest	0,1%
Sud	4,5%
Sud - Ouest	1,0%
Yaoundé	8,1%
Source	EDSC-MICS 2011



© Droits réservés

P - MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES

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

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

Les besoins en intervention contre les MTN ne sont que partiellement couverts, que ce soit pour les interventions visant l'ensemble de la population (Filariose lymphatique et onchocercose) ou les interventions visant spécifiquement les enfants d'âge scolaire (Schistosomiase, Géo-helminthiases et le trachome). Selon les estimations de l'OMS,⁴ les besoins en intervention sont importants pour toutes les MTN à savoir : 17 millions pour la filariose lymphatique, 10,9 millions pour l'onchocercose, 2,1 millions pour la schistosomiase, 9,02 millions pour les géo-helminthiases et 1,64 million pour le trachome (voir tableau 68).

Tableau 68 : Besoins en intervention des populations (millions) en 2016

Maladies tropicales négligées	Besoins	Particularités
Filariose Lymphatique	17 M.	Populations
Onchocercose	10,9 M.	Populations
Schistosomiases	2,1 M.	Enfants d'âge scolaire
Géo helminthiases	9,02 M.	Enfants d'âge scolaire
Trachome	1,64 M.	Enfants d'âge pré- et scolaire

Source : Uniting to Combat Neglected Tropical diseases, Le Cameroun et les maladies tropicales négligées/ Taux de couverture des traitements de masse pour les MTN en 2016

86. Couverture par la chimiothérapie préventive des MTN sélectionnées

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

Selon les rapports d'activités MTN (voir Tableau 69), la couverture thérapeutique des MTN à chimiothérapie préventive a connu une évolution dépendant du type de MTN. De 2015 à 2016, on observe une diminution de la couverture thérapeutique pour les Helminthiases (baisse de 5 points) et la schistosomiase (baisse de 20 points). Dans la même période, la couverture thérapeutique pour l'onchocercose et la filariose lymphatique est restée stable.

Par ailleurs, les estimations de Uniting to Combat Neglected Tropical diseases (voir Tableau N°71) confirment la tendance à la hausse de la couverture thérapeutique pour la filariose lymphatique et l'onchocercose, et la tendance à la baisse pour la schistosomiase et les géo-helminthiases.

⁴ Uniting est une coalition d'organisations privées et publiques agissant ensemble pour vaincre les maladies tropicales négligées et améliorer les conditions de vie de milliards de personnes. Cette coalition collabore avec l'OMS

Tableau 69 : Couverture thérapeutique des MTN à chimiothérapie préventive en 2015 et 2016 au Cameroun

Maladies tropicales négligées	Taux de couverture		
	Objectif spécifique pour chaque maladie/ OMS	2015	2016
Filariose Lymphatique	≥ 65%	78,60%	79,33%
Onchocercose	≥ 65%	82,02%	81,80%
Schistosomiasis	≥ 75%	85,43%	64,63%
Géo helminthiasis	≥ 75%	88,43%	83,60%
Trachome	≥ 80%		
Indice de couverture national des MTN			

Source : MINSANTE, Rapports d'activités MTN, 2015-2016

Tableau 70 : Couverture des traitements de masse pour les Maladies Tropicales Négligées en 2016 au Cameroun / Estimations

Maladies tropicales négligées	Objectif spécifique pour chaque maladie/ OMS	Taux de couverture		Particularités
		2015	2016	
Filariose Lymphatique	≥ 65%	65%	71%	Populations
Onchocercose	≥ 65%	70%	75%	Populations
Shistosomiase	≥ 75%	100%	77%	Enfants d'âge scolaire
Géohelminthiasis	≥ 75%	67%	61%	Enfants d'âge scolaire
Trachome	≥ 80%	26%	26%	Enfants d'âge pré- et scolaire
Indice de couverture national des MTN		20%	58%	

Source : Uniting to Combat Neglected Tropical diseases, le Cameroun et les maladies tropicales négligées/ Taux de couverture des traitements de masse pour les MTN en 2016



© Droits réservés

L - DEPISTAGE ET SOINS PREVENTIFS

87. Dépistage du cancer du col de l'utérus

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

Il n'existe pas un programme systématique de dépistage dans le pays. Le Comité National de Lutte Contre le Cancer (CNLCA) a mis en place un programme de dépistage sporadique par des méthodes visuelles. L'équipe du CNLCA et ses partenaires ont menés des campagnes gratuites de cancers du col de l'utérus et le sein dans plusieurs localités dans le pays. Toutefois, ces différentes campagnes sont peu ou mal documentées. Selon l'étude « *Human Papillomavirus and related diseases in Cameroon* » le pourcentage de dépistage du cancer du col de l'utérus est estimé à 19,7% chez les femmes âgées de plus de 18 ans.

M - SANTE MENTALE

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

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

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

N - ADDICTION AUX DROGUES

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

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

Selon le *Rapport 2017 sur l'épidémie de l'abus des substances psycho actives et dépendantogènes au Cameroun* près de 2100 patients usagers de drogues ont formulé des demandes de traitement dans les formations sanitaires dans la période allant de Janvier 2016 à décembre 2017; le nombre de patients usagers de drogues demandeurs de soins auprès des unités spécialisées d'accueil et de soins en addictologie fonctionnelles, est en effet passé de 1264 en 2016 à 836 en 2017, soit une diminution de l'ordre 20,38%. Par ailleurs, Selon les statistiques de 2018 du Comité national de lutte contre la drogue (CNLD, rapport annuel 2018) du Cameroun, 21% de la population camerounaise a fait l'expérience de la consommation de drogues. La cible de l'ODD est de *Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool*.

Tableau 71 : Proportion des nouveaux cas (Patients usagers de drogues et demandeurs de traitement régulièrement enregistrés en 2017)

Nouveaux patients usagers de drogues et demandeurs de traitement au cours de l'année 2017	Période : Janvier 2016 - Décembre 2017	
	N	%
Anciens patients enregistrés en 2016 encore suivis ou non suivis par les Unités spécialisées	1264	60,19%
Nouveaux patients demandeurs de traitement enregistrés 2017	836	39,81%
Total Patients demandeurs de traitement ou d'information pour le traitement cumulativement en 2016 et à l'échéance de 2017	2100	100%

Source : MINSANTE/Union Africaine, Rapport sur l'épidémie de l'abus des substances psycho actives et dépendant-togènes au Cameroun, 2017

Tableau 72 : Proportion des épisodes de traitement (épisodes par centre de soin) en 2017

Noms des Unités spécialisées de Soins et des Structures d'accueil/ Orientation pour le traitement de l'abus des drogues et substances addictodépendogènes	Nombre de Nouveaux Patients demandeurs de soins suivi en ambulatoire, hospitalisés ou référés en 2017				
	Patients Nouveaux 2016	Nouveaux patients 2017	Soins en Ambulatoire 2017	Consultés et Référés 2017	Soins en Hospitalisation 2017
Service de psychiatrie " A" de l'Hôpital Jamot de Yaoundé	57	73	60	0	13
Service de psychiatrie " B" de l'Hôpital Jamot de Yaoundé	86	87	76	0	11
Unité de psychiatrie de l'Hôpital Catholique des sœurs d'Efoulam	17	45	37	0	8
Service de psychiatrie de l'Hôpital Laquintinie de Douala	225	59	42	0	17
Service de psychiatrie de l'Hôpital Régional de Garoua	62	41	27	0	14
Service de Santé Mentale de l'Hôpital Régional de Maroua	29	44	31	0	13
Unité d'accueil et de soins en addictologie "La Vie" de l'Hôpital Central de Yaoundé	41	65	9	56	0
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Bafoussam	26	48	33	4	11
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Bamenda	35	17	13	1	3
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Bertoua	19	33	21	3	9
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de N'gaoundéré	59	27	18	2	7

Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Buea	25	11	9	1	1
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe de Limbé	30	9	5	2	2
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe d'Edéa	18	13	7	3	3
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital de Référence de Sangmélima	06	7	5	1	1
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital régional de Ebolowa	26	12	7	1	4
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe de Nkongsamba	ND	17	11	4	2
Unité Régionale d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'Hôpital Régional Annexe d'Ayos	ND	18	10	5	3

Source : CNLD, rapport annuel 2018

O - SERVICES DE SANTE ESSENTIELS

90. Couverture par les services de santé essentiels

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

Selon le rapport conjoint 2017 OMS/Banque Mondiale sur la CSU, cette couverture est estimée à 44% en 2015. Cet indicateur est un de piliers de la couverture santé universelle (CSU). Les indicateurs traceurs concernés ici sont les interventions (i) de Santé de la reproduction, de la mère, néonatale et de l'enfant, (ii) de maladies infectieuses, (iii) de maladies non transmissibles, et (iv) l'accessibilité et les capacités opératoires des services (nombre de lits, ressources humaines en santé, accès aux médicaments essentiels, règlement sanitaire international).



Chapitre 4

INDICATEURS DU SYSTEME DE SANTE

P - QUALITE ET SECURITE DES SOINS

91. Taux de mortalité périopératoire

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

La mortalité périopératoire est peu ou pas assez documenté dans le pays, il existe plusieurs études parcellaires et sectorielles qui ne nous permettent pas d'avoir une estimation nationale. Toutefois, une étude (menée dans 247 hôpitaux de 25 pays d'Afrique dont le Cameroun) publiée en 2018 du Lancet indique « *près d'un patient sur cinq en Afrique a des complications après une opération* ». Les résultats de l'étude montrent que, à chiffres comparables, à savoir dans la chirurgie non urgente, la mortalité atteint 1% sur le continent, contre 0,5% dans le monde.

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

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

Les avortements sont une des causes de la mortalité maternelle, malheureusement cette cause est très peu documentée dans le pays. Ceci peut se justifier par le fait que ces avortements soient souvent réalisés clandestinement et par des personnels non compétents. Toutefois, une étude menée dans trois hôpitaux universitaires: Hôpital Central de Yaoundé (HCY), Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), Centre Hospitalier et Universitaire (CHU), du 1er juin 2011 au 31 mai 2016, soit sur cinq ans ; elle montre que sur les 524 décès maternels (sur les 34116 naissances vivantes), 414 dossiers étaient exploitables, parmi lesquels, 100 (soit 24,2%) concernaient les avortements et 24 (soit 5,8%) concernaient les grossesses extra-utérines (Tiako Kamga et al., 2017).

93. Ratio de mortalité maternelle hospitalière

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

Selon les résultats de l'enquête SONU 2015, le taux de létalité obstétricale directe (Il est calculé en rapportant le nombre total de décès maternels au nombre total des femmes présentant des complications obstétricales directes enregistrées dans les formations sanitaires) est de 1,5% ; la norme étant de moins de 1%. En ce qui concerne les causes indirectes, le taux de létalité intra hospitalière est de 1,6%.

Selon les données de la base MAPE, le ratio de mortalité maternelle hospitalière est 107 décès pour 100 000 accouchements en 2017. Les données de cet indicateur sont considérées comme sous rapportées dans les MAPE car plusieurs districts de santé sont silencieux et ne permettent pas d'avoir la situation réelle sur le terrain.

Tableau 73 : Nombre d'accouchements et de décès maternels en milieu hospitalier selon les régions du Cameroun de 2014 à 2017

	2014		2015		2016		2017	
	Accouchements	Décès	Accouchements	Décès	Accouchements	Décès	Accouchements	Décès
Régions								
Adamaoua	10 102	25	12 722	22	16 455	22	16 140	25
Centre	45 175	37	41 553	42	50 702	38	59 102	59
Est	6 488	0	8 067	8	10 621	7	13 512	14
Extrême -Nord	23 837	62	26 022	50	33 313	50	41 859	65
Littoral	28 077	25	35 690	23	37 211	39	36 421	21
Nord	14 411	49	15 642	24	18 550	35	27 558	51
Nord - Ouest	32 755	38	31 161	18	33 930	37	27 838	15
Ouest	33 797	22	44 691	26	42 992	27	40 709	21
Sud	4 662	14	4 027	3	6366	13	7 487	6
Sud - Ouest	12 753	16	16 436	38	19 465	42	21 331	36
Ensemble	212 057	288	236 011	254	269 605	310	291 957	313

Source : Rapports MAPE, 2014 à 2018

Tableau 74 : Taux de létalité par région d'enquête suivant les types de complications obstétricales directes en 2015

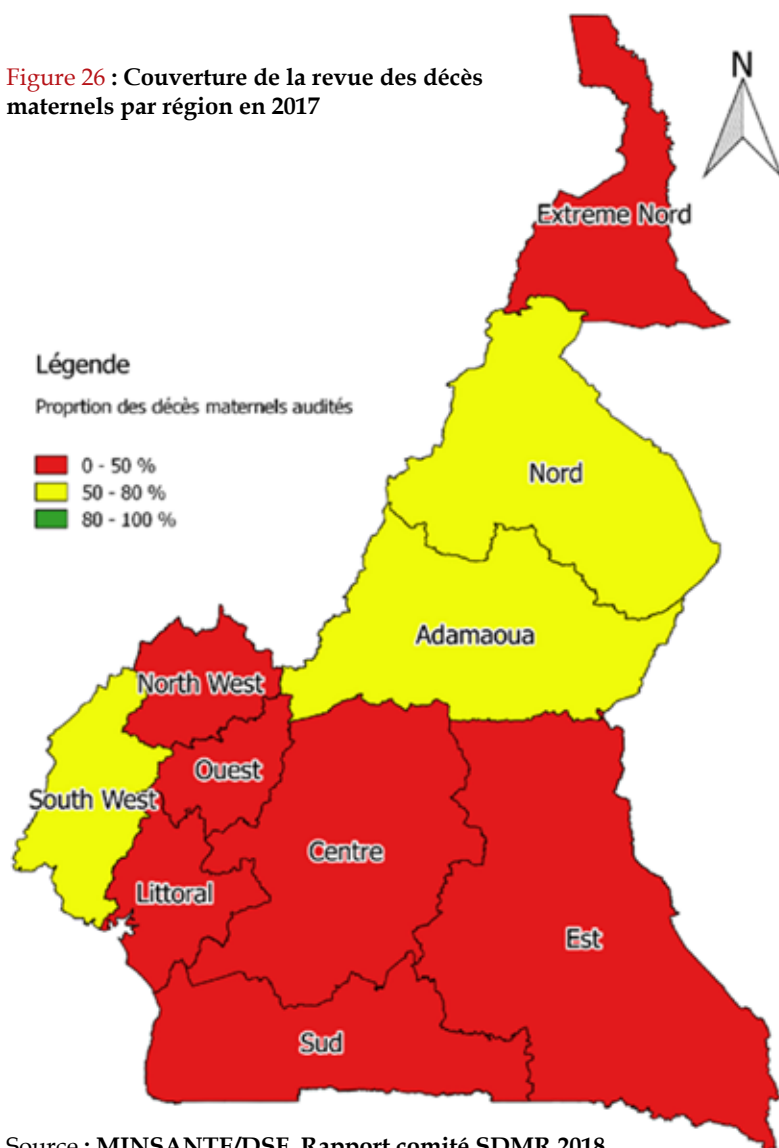
	Type de complication obstétricale										
	Hémorragie de l'antépartum	Hémorragie du post-partum	Retention du placenta	Travail prolongé/dystocie	Rupture utérine	Infection sévère du post-partum	Pré-éclampsie sévère/éclampsie	Complication de l'avortement	Grossesse extra-utérine	Autres causes directes	Taux de létalité obstétricale directe
Région d'enquête											
Adamaoua	4,8	1,8	2,3	0,0	10,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,1	0,6
Centre (Sans Yde)	0,0	1,6	0,0	0,0	3,1	0,0	1,8	1,8	0,0	1,9	1,0
Douala	3,9	2,9	0,0	0,4	11,3	0,0	0,9	2,1	1,1	0,2	1,2
Est	3,0	3,2	1,4	0,7	10,0	2,7	4,5	0,0	9,7	1,7	2,0
Extrême-Nord	31,5	1,3	0,0	0,0	0,0	6,9	2,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Littoral (sans Dla)	1,6	2,3	0,0	1,2	7,7	0,0	0,0	6,4	2,2	0,7	1,4
Nord	8,3	1,6	3,9	0,4	24,2	3,2	6,8	1,1	0,0	0,4	2,9
Nord-Ouest	2,3	2,1	1,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,7	2,0	1,6	1,3
Ouest	1,4	2,7	0,0	0,2	5,3	4,2	2,4	4,8	3,8	0,4	1,2
Sud	0,0	2,9	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,7
Sud-Ouest	2,1	12,2	0,0	2,0	10,3	0,0	13,0	33,3	0,0	4,2	5,4
Yaoundé	0,5	2,6	2,4	0,5	1,9	6,6	1,4	0,0	0,8	0,1	0,8
Ensemble	3,9	2,7	0,9	0,4	6,1	2,4	3,1	1,0	1,3	0,5	1,5

Source : MINSANTE-INS, Enquête Rapide d'Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun, 2015

94. Revue des décès maternels

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

Figure 26 : Couverture de la revue des décès maternels par région en 2017



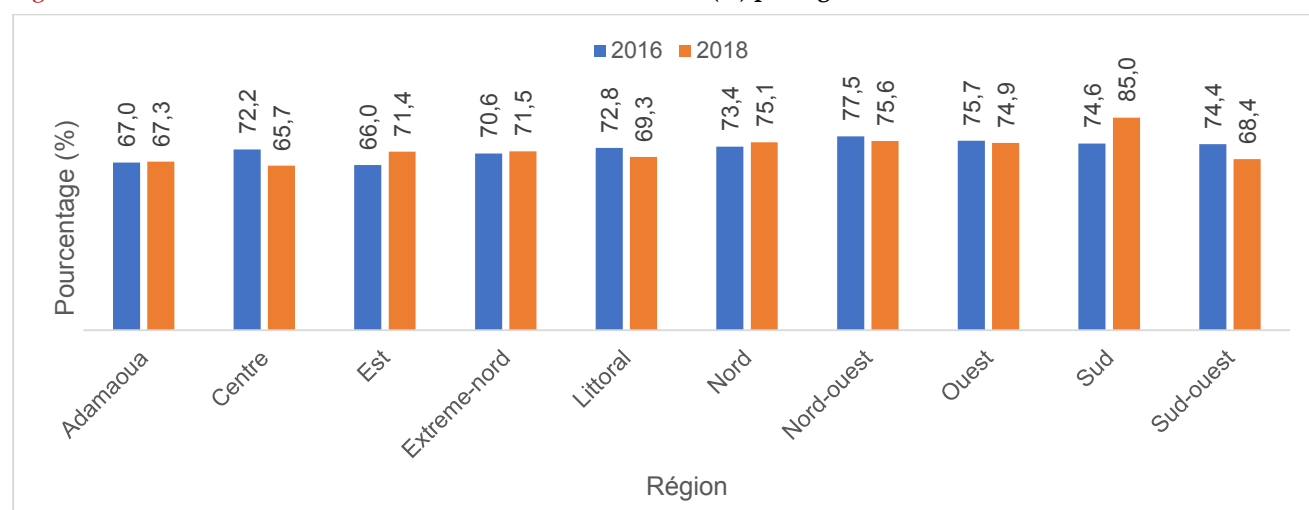
Source : MINSANTE/DSF, Rapport comité SDMR 2018

La revue des décès maternels a été officiellement instituée au Cameroun en 2014 par une décision du Ministre de la Santé Publique. Ce cadre réglementaire a été renforcé en 2017 par l'institutionnalisation des comités de revue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut tout de même préciser que tout ce dispositif se met progressivement en place. Les données 2017 montrent que la couverture de la revue des décès maternels reste encore faible, en effet 7 régions sur 10 ont une couverture des décès de moins de 50% et seules 3 régions sur 10 ont une couverture des décès de plus de 50%.

95. Taux de rétention sous traitement antirétroviral (TARV)

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

Le taux de rétention sous TARV à 12 mois des patients sous ARV est passé de 72,5% en 2016 à 71,34% en 2018 au niveau national avec des disparités régionales.

Figure 27 : Rétention à 12 mois des PvVIH sous traitement ARV (%) par région entre 2016 et 2018

Source : CNLS, Rapports annuels 2016 et 2018

96. Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose

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

Selon les rapports annuels PNLT sur la période 2006-2017, le taux de succès thérapeutique contre la tuberculose a progressé passant de 84% en 2014 à 86% en 2017.

Tableau 75 : Taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif selon le résultat du traitement et l'année au Cameroun, 2006-2017

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

Source : PNLT, Rapports Annuels 2006-2017

Tableau 76 : Répartition du taux de succès thérapeutique par région pour l'année 2017

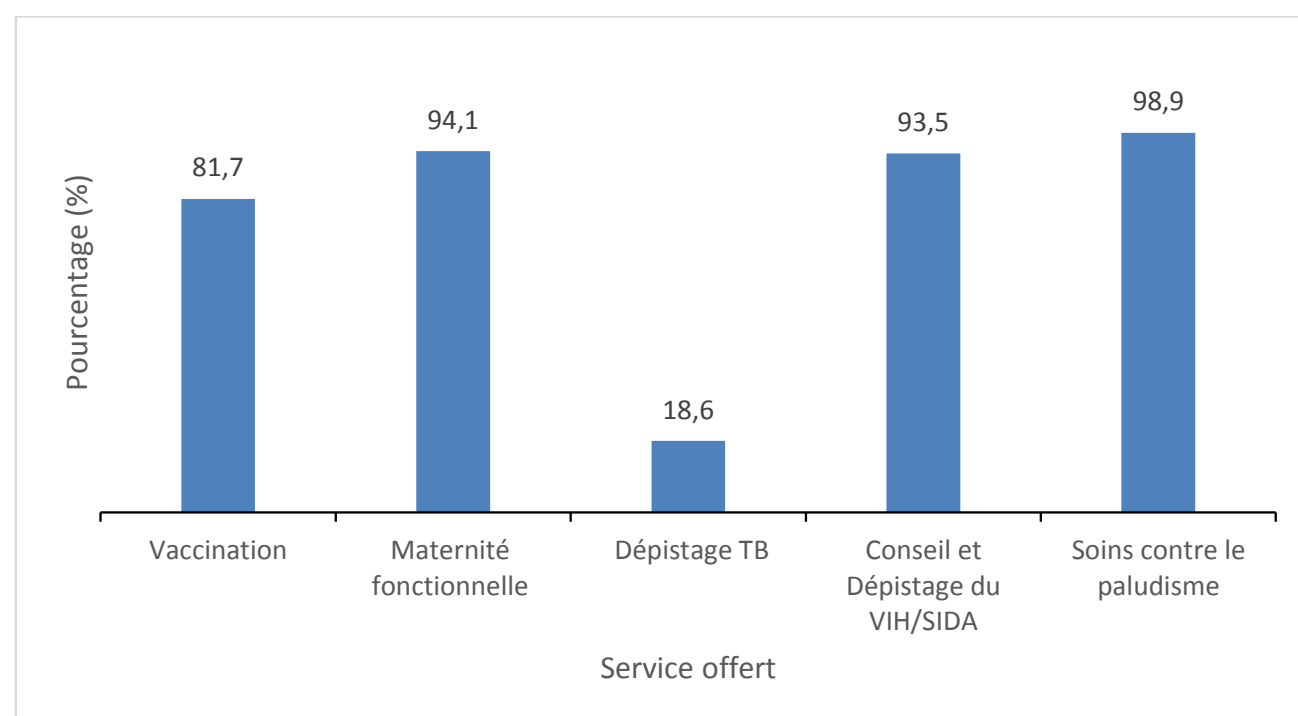
	Cas enregistrés	Taux de ST	Echec	DCD	PDV	Transféré
Cameroun	14 364	86%	1%	6%	6%	2%
Région d'étude						
Adamaoua	828	86%	1%	7%	4%	2%
Centre	1 083	83%	0%	8%	7%	1%
Yaoundé	1 966	81%	1%	4%	9%	5%
Est	1 128	81%	0%	6%	9%	4%
Extrême-Nord	1 985	87%	1%	6%	5%	1%
Littoral	398	86%	1%	6%	6%	1%
Douala	2 351	85%	1%	4%	7%	2%
Nord	1 454	89%	1%	4%	3%	3%
Nord-Ouest	922	92%	0%	6%	1%	1%
Ouest	581	87%	1%	9%	3%	1%
Sud	758	85%	1%	6%	7%	1%
Sud-Ouest	910	89%	2%	4%	4%	1%

Source : PNLT, Rapport annuel 2017

97. Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques (pour 10 000 habitants)

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

Tous les services spécifiques répertoriés sont disponibles au Cameroun avec de nombreuses disparités dans les régions et les districts de santé .

Figure 28 : Disponibilité rapportée des Services essentiels offerts dans les formations sanitaires au Cameroun en 2018

Source : MINSANTE-IFORD, Rapport Enquête SDI/HFA/DQR 2019

Tableau 77 : Disponibilité rapportée des Services essentiels offerts au Cameroun

Pourcentage des formations sanitaires offrant des services par région, et par type de formation sanitaire						
	Vaccination	Maternité fonctionnelle	Dépistage TB	Conseil et Dépistage du VIH/SIDA	Soins contre le paludisme	Effectif Total
Type de formation sanitaire						
CSI/Infirmierie	89,7	95,8	11,9	95,8	98,7	377
CMA	90,7	97,7	25,6	97,7	97,7	43
Hôpitaux de districts/ Hôpitaux militaires	84,5	98,3	79,3	100	100	58
Hôpital Régional	100	100	0	100	100	1
Cliniques/cabinet médicaux/ Autres	60,5	88	10,8	85	99,4	167
Statut de la formation sanitaire						
Public	89,6	95,8	22,7	96,4	98,9	357
Privé lucratif	83,7	90,4	26	94,2	98,1	104
Privé non lucratif	65,4	93	6,5	87,6	99,5	185
Régions d'étude						
Adamaoua	66,7	90	60	96,7	100	30
Centre sans Ydé	84,5	96,4	13,1	88,1	98,8	84
Douala	68,1	91,7	5,6	93,1	97,2	72
Est	94,1	94,1	20,6	100	97,1	34
Extrême-Nord	88	94	34	98	100	50
Littoral sans Dla	77,8	93,3	11,1	95,6	97,8	45
Nord	97,2	97,2	22,2	100	100	36
Nord-Ouest	78,3	93,5	45,7	97,8	100	46
Ouest	91,6	93,7	9,5	95,8	98,9	95
Sud	77,8	94,4	11,1	91,7	100	36
Sud-Ouest	94,9	100	30,8	100	100	39
Yaoundé	68,4	92,4	5,1	81	98,7	79

Source : MINSANTE-IFORD, Rapport Enquête SDI/HFA/DQR 2019

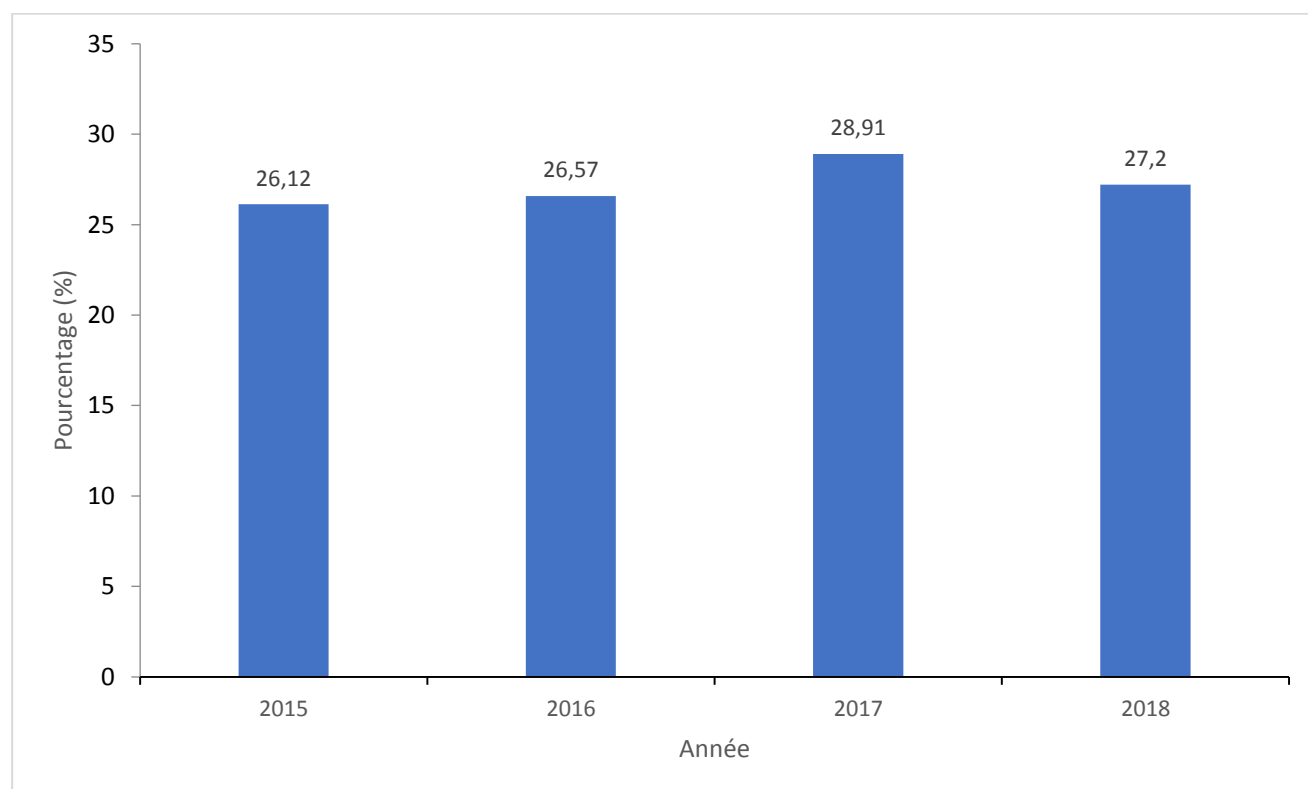
Q - ACCESSIBILITE

98. Utilisation des services de consultations externes

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

Selon les données administratives 2015-2018 du Programme National de Lutte contre le Paludisme, le nombre de consultations externe est passé de 26,1 en 2015 à 27,2 pour 100 habitants en 2018.

Figure 29 : Utilisation des services de consultations externe (pour 100 habitants) de 2015 à 2018



Source : MINSANTE/PNLP, Bases de données 2015-2018

Tableau 78 : Utilisation des services de consultations externe (pour 100 habitants) de 2015 à 2018

Régions	2015	2016	2017	2018
Adamaoua	33.38	28.98	29.79	25.12
Centre	17.12	25.79	29.91	28.90
Est	50.13	43.71	45.17	43.23
Extrême-Nord	21.03	17.84	24.26	24.66
Littoral	28.82	33.32	33.52	31.54
Nord	22.93	17.41	19.64	20.20
Nord-Ouest	38.53	35.59	35.18	32.45
Ouest	20.25	18.30	20.10	21.30
Sud	17.10	20.40	20.48	19.87
Sud-Ouest	39.81	38.36	37.70	25.97

Source : MINSANTE/PNLP, Bases de données 2015-2018

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

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

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

Tableau 79 : Nombre de structures sanitaires par 10 000 habitants en 2016 et 2018

Régions	2016	2018
Adamaoua	1,48	1,44
Centre	2,99	2,9
Est	2,55	2,34
Extrême-Nord	0,92	1,01
Littoral	2,58	3,23
Nord	1,09	1,09
Nord-Ouest	2,06	2,48
Ouest	3,68	3,8
Sud	3,71	3,84
Sud-Ouest	2,03	2,71
National	2,19	2,36

Source : MINSANTE, Carte Sanitaire 2016 ; Profil des Formations sanitaires 2018

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

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

La densité des lits d'hôpitaux était de 26,49 pour 10 000 habitants en 2016 (Carte sanitaire du Cameroun 2016) avec des disparités régionales allant de 72,90 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants au littoral contre 5,80 au Nord.

Selon le rapport 2019 de l'enquête SDI/HFA/DQR, la moyenne de lit par hôpital est de 17,6, dont en moyenne 12,5 pour l'hospitalisation, 3,8 pour la maternité et 2 pour l'observation.

Tableau 80 : Nombre moyen de lits disponibles par région et par type de formation sanitaire au Cameroun en 2018

Disponibilité moyenne de lits pour	Patients dans la formation sanitaire	Hospitalisation	Maternité	Observation
Région d'étude				
Adamaoua	24,2	17,4	4,4	2,4
Centre sans Ydé	11,8	7,3	2,8	2
Douala	11	7,7	2,5	0,7
Extrême-Nord	20,7	13,5	3,7	4,4
Littoral sans Dla	17,7	11,5	5,1	0,9
Nord	10,9	7,9	2,6	5,3
Nord-Ouest	24	18,4	6,6	1,1
Ouest	15,4	11,6	3,3	0,8
Sud	14,3	10,2	2,5	1,6
Sud-Ouest	43	31,2	9,2	2,6
Yaoundé	16,3	12,4	2,3	1,8
Ensemble	17,6	12,5	3,8	2

Source : MINSANTE-IFORD, Rapport SDI/HFA/DQR, 2019

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

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

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

Tableau 81 : Disponibilité observée des médicaments essentiels de l'OMS par région et par formation sanitaire au Cameroun

Régions d'étude	Pourcentage de FOSA	Nombre total de FOSA enquêtées
Adamaoua	86,7	100(30)
Centre (sans Ydé)	44	100(84)
Est	73,5	100(34)
Extrême-Nord	64	100(50)
Littoral (sans Dla)	60,5	100(43)
Nord	80,6	100(36)
Nord-Ouest	87	100(46)
Ouest	56,8	100(95)
Sud	55,6	100(36)
Sud-Ouest	90	100(40)
Douala	34,7	100(72)
Yaoundé	28,2	100(78)
Total	57,8	100(644)
Type de la formation sanitaire		
CSI/Infirmierie	61,2	100(376)
CMA	69,8	100(43)
Hôpitaux de districts/Hôpitaux militaires	80,7	100(57)
Hôpital Régional	100	100(1)
Cliniques/cabinet médicaux/ Autres	38,6	100(166)
Total	57,7	100(643)

Source : MINSANTE-IFORD, Rapport SDI/HFA/DQR, 2019

R - RESSOURCES HUMAINES DE SANTE

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

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

Selon les données 2017 de l'enquête régionale de l'OMS sur les ressources humaines, le nombre de personnel de santé au Cameroun est de 27 978 soit une densité calculée de 11,53 pour 10 000 habitants soit 1,5 médecin pour 10 000 habitants et 9,9 infirmiers pour 10 000 habitants. En 2011, il a été recensé 38 207 personnels de santé soit une densité de 19 pour 10000 habitants (MINSANTE, Rapport du recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun, 2011). Par ailleurs, le rapport 2019 de l'enquête SDI/HFA/DQR sur les indicateurs de prestations des services de santé nous donne le nombre moyen de personnel employé par région.

En effet, selon les régions, les FOSA disposant du plus grand nombre moyen de personnel soignant employé sont celles du Sud-Ouest (FOSA privées lucratives avec 98 personnes en moyenne), de l'Adamaoua (FOSA privées lucratives avec 79 personnes en moyenne), de Yaoundé (FOSA publiques avec 66 personnes en moyenne) et Douala (FOSA publiques avec 64 personnes en moyenne). En revanche, celles où les FOSA sont les moins fournies en personnel soignant employé sont celles du Centre avec FOSA privées lucratives (5,2 personnes en moyenne) ou privées non lucratives (6,7 personnes en moyenne), du Sud.

Tableau 82 : Nombre moyen de personnel employé par région et par type de formation sanitaire en 2018 au Cameroun

	Statut de la formation sanitaire			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Total
Régions d'étude				
Adamaoua	14	79	8,3	33,2
Centre	27,1	5,2	6,7	23
Est	19,1	10,6	7,5	15,8
Extrême-Nord	20,1	20,3	9	20
Littoral	19,5	16,2	9,5	16,1
Nord	20,1	8,7	8,3	18,8
Nord-Ouest	26,3	15,6	12,8	22,9
Ouest	23,9	14,3	6,9	19,1
Sud	27,3	5,7	39,8	28,1
Sud-Ouest	31,9	98,2	10,8	47
Douala	64	11,7	11,1	29,5
Yaoundé	65,9	29	8,5	29,9
Ensemble	29,2	35,3	10,7	26,4

Source : MINSANTE-IFORD, Rapport SDI/HFA/DQR, 2019

Tableau 83 : Distribution des ressources humaines en santé en 2018 par région, statut et type de FOSA

	Médecins / Médecins spécialistes	Personnel offrant des soins de santé généraux	Personnel de laboratoire et pharmacie	Personnel offrant des soins de santé obstétricaux	Etudiants et autres	Ensemble
Statut de la formation sanitaire						
Public	47,5	27,1	26,5	29	13,4	29,2
Privé lucratif	59,9	33,7	28,8	52,7	28,3	36,2
Privé non lucratif	13,6	10,6	10,5	9,1	11,4	10,8
Ensemble	43	24,8	23,1	32,7	15,7	26,6
Régions d'étude						
Adamaoua	41,4	33,4	13,9	25	77	32,9
Centre	33,2	21,5	20,3	30	9,1	23
Est	19,9	16,5	14,6	16,2	9,2	16,3
Extrême-Nord	28	18,4	25,6	19,8	8,5	19,8
Littoral	19,3	15,2	14,7	13,2	5	15,3
Nord	30,8	17,4	20,2	31,5	5	18,9
Nord-Ouest	26,8	23,8	19,6	21,5	31	22,8
Ouest	30,2	18	22,1	20,1	9	19,3
Sud	35,8	26,9	31,4	8	2	28,4
Sud-Ouest	62,1	44,9	36,8	68,2	21	47,2
Douala	57,7	25,4	18,8	23,8	43,7	29,4
Yaoundé	74,3	32,6	24,8	43,5	35,7	37,2
Ensemble	46,3	25,4	23,5	35,1	15,7	27,6

Source : MINSANTE-IFORD, Rapport SDI/HFA/DQR, 2019

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

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

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

Tableau 84 : Récapitulatif des Personnels de santé paramédicaux formés au Cameroun en 2018

Filières	Nombre de personnes formés
Infirmier Diplômé d'Etat	1793
Infirmier Diplômé d'Etat Anesthésie et Réanimation	63
Technicien en Genie Sanitaire	19
Technicien Médico Sanitaire en Pharmacie	17
Technicien Médico Sanitaire en Odontostomatologie	19
Technicien Médico Sanitaire en Ophtalmologie	32
Technicien Médico Sanitaire en Optique	15
Technicien Médico Sanitaire en Radiologie	36
Technicien Médico Sanitaire en Kinésithérapie	26
Technicien Médico Sanitaire en Analyse Médicale	440
Technicien Médico Sanitaire GERONTO	1
Technicien Médico Sanitaire en Psychomotricité et Relaxation	3
Infirmier Diplômé d'Etat en Santé mentale	19
Agent Technicien Médico Sanitaire	694
Agent Technicien Médico Sanitaire / Préposé de Morgue	39
Aide Soignant Généraliste	1641
Aide de Santé Communautaire	80
Total	4937

Source : MINSANTE/DRH, Sous-Direction de la Formation, 2019

Tableau 85 : Nombre de diplômés en Médecine, Odontostomatologie et Pharmacie au Cameroun de 2014 à 2019

Filière	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Medecine Générale	427	466	739	843	615	622	3712
Odontostomatologie	57	67	89	71	86	133	503
Pharmacie	102	158	180	193	131	118	882
Total	586	691	1008	1107	832	873	5097

Source : MINESUP, Direction de la coordination des activités académiques, 2019

Tableau 86 : Nombre de diplômés en Spécialités médicales au Cameroun de 2014 à 2019

Filière	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Anatomie/Pathologique	1	1	0	0	6	3	11
Anesthésie/Reanimation	1	6	4	4	3	8	26
Biologie Clinique	2	3	4	6	10	10	35
Chirurgie et Specialites	6	15	16	15	20	20	92
Gynecologie/Obstetrique	7	14	11	8	15	19	74
Medecine Interne et Spécialites	14	16	23	20	25	29	127
Ophtalmologie	6	5	4	6	6	10	37
Orl	1	3	2	5	6	8	25
Pédiatrie	4	7	19	8	12	15	65
Psychiatrie	0	1	3	2	2	1	9
Radiologie	8	15	9	8	10	8	58
Santé Publique	4	2	4	5	5	3	23
Total	54	88	99	87	120	134	582

Source : MINESUP, Direction de la coordination des activités académiques, 2019

S - INFORMATION SANITAIRE

104. Enregistrement des naissances - ODD 16.9.1

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

Les données du système de collecte de routine sont très parcellaires car non encore systématisés pour obtenir des résultats fiables. Toutefois, des données d'enquête existent sur le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été portée sur des registres, qui est estimé à 66,6% en 2014 (MICS 2014). La cible de l'ODD est de *garantir à tous une identité juridique*, notamment grâce à l'enregistrement des naissances d'ici à 2030.

105. Enregistrement des décès - ODD 17.19.2

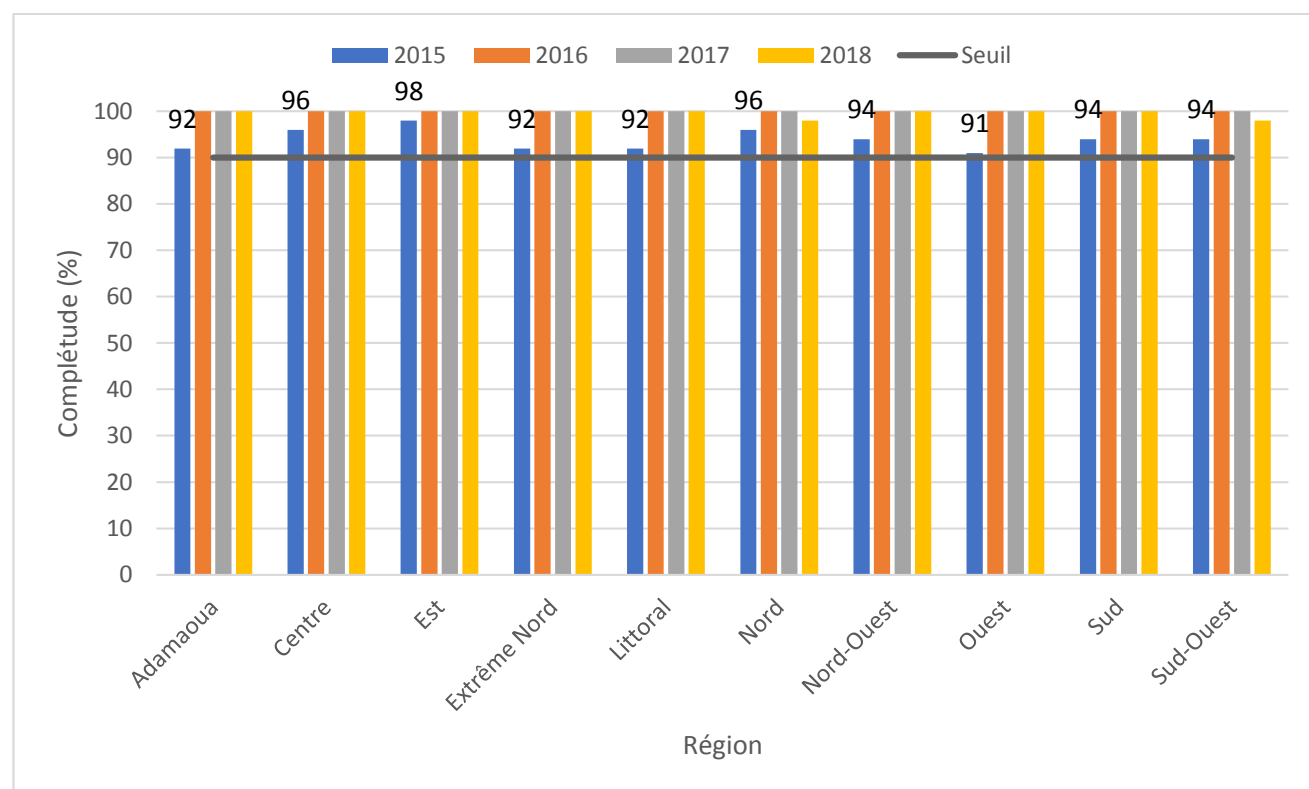
C'est le pourcentage de décès enregistrés par une autorité compétente, avec toutes les caractéristiques, et notamment l'âge et le sexe.

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

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

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

Selon le rapport 2015-2018 de surveillance des maladies à potentiel épidémique au Cameroun (ONSP), les formations sanitaires de huit régions sur dix ont atteint les 100% en 2018 pour une cible de 90%, en termes de complétude, des régions vers le niveau central. Toutefois, la promptitude reste un défi pour plusieurs régions qui sont toujours en dessous du seuil de 90% en 2018.

Figure 30 : Complétude des données de surveillance hebdomadaire des MAPE au niveau des régions de 2015 à 2018**Tableau 87 : Complétude des données des MAPE de 2015 à 2018**

Région/Année	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
	Complétude				Promptitude			
Adamaoua	92	100	100	100	92	88	90	98
Centre	96	100	100	100	96	98	96	81
Est	98	100	100	100	94	90	94	98
Extrême Nord	92	100	100	100	74	71	94	92
Littoral	92	100	100	100	89	73	96	92
Nord	96	100	100	98	89	94	88	87
Nord-Ouest	94	100	100	100	51	71	43	67
Ouest	91	100	100	100	81	63	81	87
Sud	94	100	100	100	57	65	48	69
Sud-Ouest	94	100	100	98	66	73	56	50
National	94	100	100	100	79	79	79	82

Source : MINSANTE/DLMEP, Bases de données MAPE 2015-2018

T - FINANCEMENT DE LA SANTE

Selon la revue des dépenses publiques 2018 (BM/Cameroun), il est constaté que, bien que «les dépenses publiques consacrées à la santé soient progressives, elles ne sont cependant pas favorables aux pauvres ; cela vaut pour les dépenses de santé dans toutes les régions du Cameroun (selon indice de Kakwani).

Le Cameroun a pris un engagement politique fort envers le programme de CSU dont l'un des piliers est la protection financière ; pour y parvenir l'OMS et la Banque mondiale conseillent de suivre, à minima, les indicateurs sur les dépenses catastrophiques de santé, les dépenses de santé qui appauvrissent, la protection contre les dépenses catastrophiques et celles qui appauvrissent, et les contributions des parties prenantes, afin de réduire au mieux les paiements directs des ménages.

Au Cameroun, il existe des dispositifs et mécanismes de protection sociale : (i) programmes de sécurité sociale avec la CNPS, des politiques de gratuité et de subvention ayant pour cibles la Mère et l'enfant, ainsi que les personnes économiquement vulnérables (MINSANTE/ONSP, Profil sanitaire analytique du Cameroun, 2016), (iii) des dispositifs privés autour des mutuelles de santé, des assurances commerciales, les services de santé offerts par l'employeur, la solidarité familiale, les tontines et autres (OASIS, 2016).

Cependant les entraves du côté de la demande persistent et concernent notamment (i) le paiement direct pour la santé par les ménages (60 à 70% des fonds qui constitue la première source de financement de système de santé selon les CNS, 2011, 2012), (ii) la prévalence des dépenses de santé catastrophique pour 4,7 à 21% des ménages et (iii) des difficultés d'accessibilité aux structures de santé en termes d'accès physique, de qualité des services et des soins peu fiables, et de paiements directs variables et élevés (BM/Cameroun, 2018).

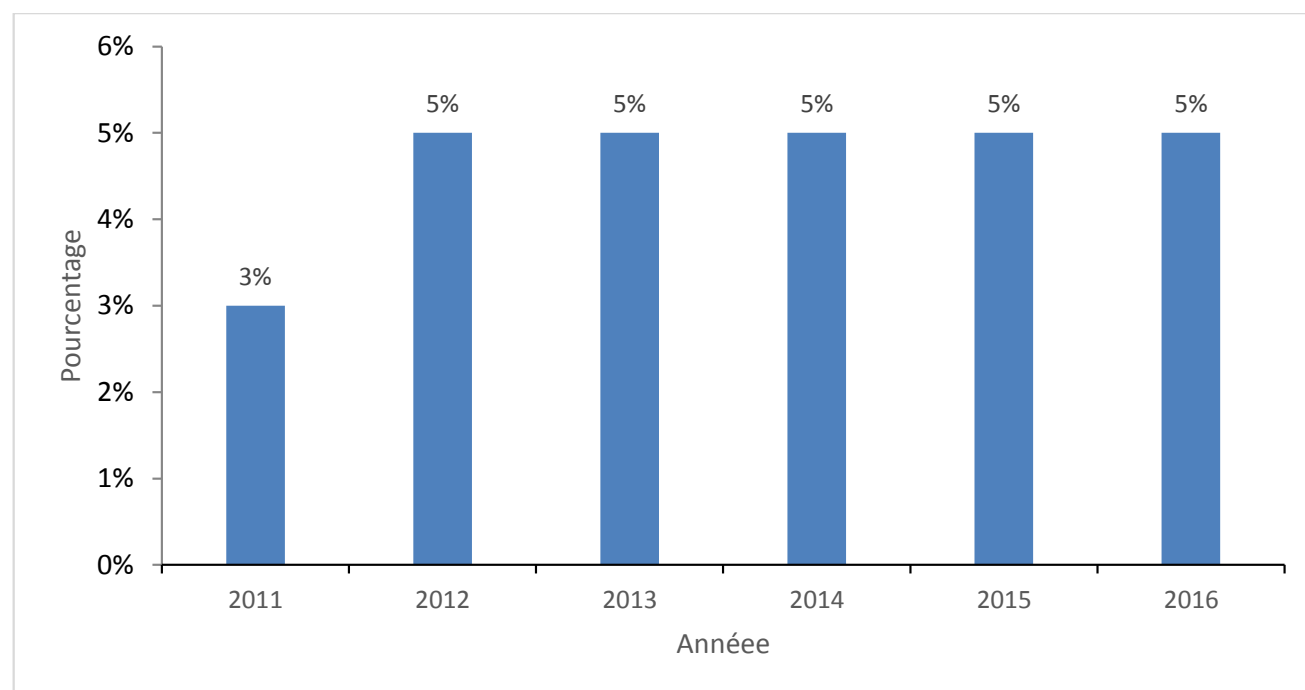
Le Cameroun vient d'élaborer sa stratégie de financement de la santé (SFS) 2019-2027, largement inspirée des directives de l'OMS, qui a quatre fonctions principales : la mobilisation des ressources, la mise en commun de ces ressources, l'achat des prestations et la gouvernance. La SFS 2019-2027 a pour but de contribuer à l'atteinte des objectifs de la Stratégie Sectorielle de la santé (SSS) 2016-2027 et de la CSU au Cameroun. La SFS 2019-2027, élaborée dans à travers un processus participatif, met entre autres l'accent sur le financement de la demande afin de réduire les paiements directs des ménages et les dépenses catastrophiques qu'engendre la maladie. Un dispositif de mise en œuvre, de communication et de suivi et évaluation est prévu.

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

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

D'après les comptes nationaux de la santé 2011 et 2012, on a observé une évolution du pourcentage des dépenses en santé courantes totales en en pourcentage des dépenses publiques, et non du produit intérieur brut (PIB), de 4% à 5,4%. La revue des dépenses publiques au Cameroun en 2018 (BM / Cameroun), il est indiqué que le Cameroun a consacré 1,2% de son PIB à la santé en 2015, soit presque deux fois moins que la moyenne en Afrique subsaharienne.

Figure 31 : Total des dépenses courantes en santé en % du PIB de 2011 à 2016



Source : OMS, GHED 2019

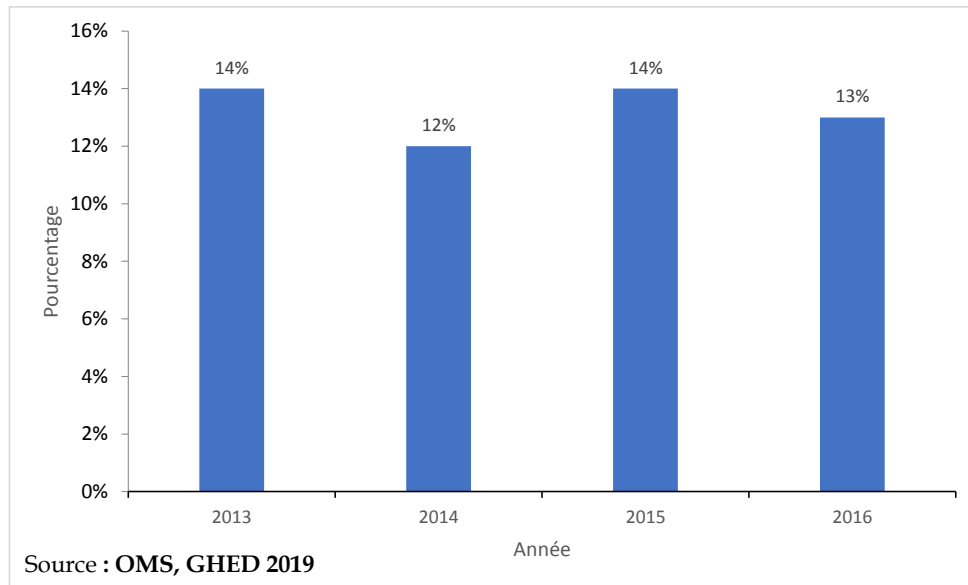
108. Sources de financement intérieures publiques et privées des dépenses courantes de santé, en pourcentage des dépenses courantes de santé

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

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

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

Figure 32 : Sources de financement intérieures publiques et privées des dépenses courantes de santé, en % des dépenses courantes de santé de 2013 à 2016



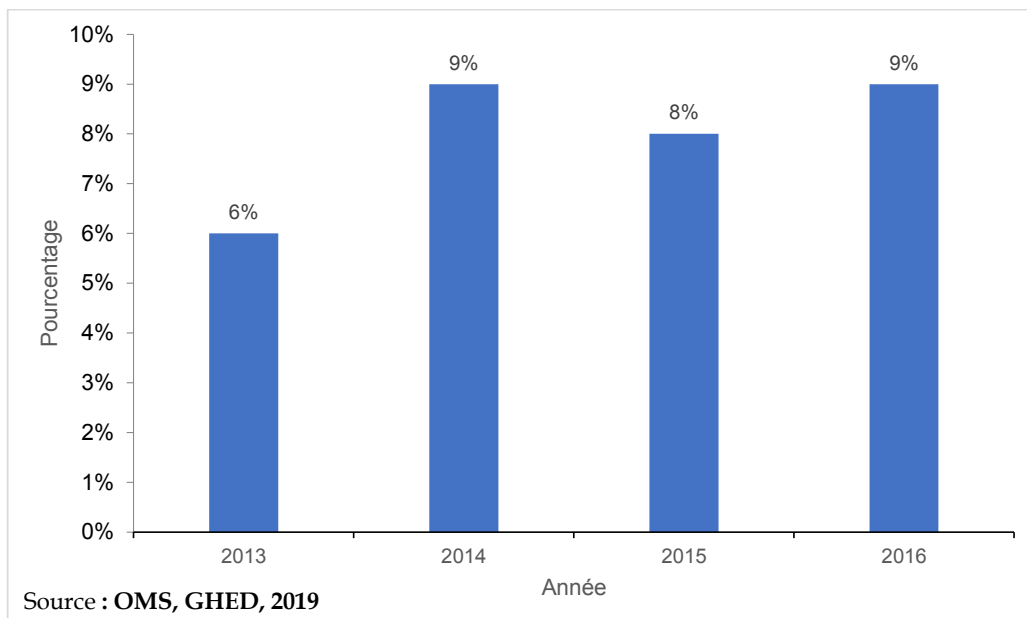
109. Sources actuelles de financement externes de la santé, en pourcentage des dépenses de santé courantes

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

Une part importante des ressources extérieures est inscrite dans le budget national du MINSANTE telle que les prêts, les contrats de désendettement, et les cofinancements. Cependant, il existe des mécanismes parallèles comme l'appui spécifique à un Programme, à une Région, à un District de santé ou à une structure de santé. Les dépenses couvertes par le financement extérieur ne sont donc pas faciles à maîtriser.

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

Figure 33 : Sources actuelles de financement externes de la santé, en % des dépenses de santé courantes 2013 à 2016



Par ailleurs, selon le rapport sur les dépenses publiques de santé au Cameroun de 2018, le Programme national de développement participatif (PNDP) a rapporté, qu'entre 2011 et 2015, que selon les estimations les partenaires extérieurs ont contribué à hauteur de 1,9 milliards de dollars US au secteur de la santé au Cameroun. La majorité de ce financement est concentré dans les programmes verticaux tels que le VIH-SIDA, le Paludisme et la Tuberculose notamment pour l'achat des médicaments (anti rétroviraux, anti paludiques, anti tuberculeux) et autres intrants dont les vaccins.

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

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

D'après les Comptes Nationaux de Santé (CNS) 2011 et 2012, les dépenses des ménages représentent, depuis le début des années 2000, 60% à 70% des dépenses pour le financement de la santé, ce qui expose la population à un risque élevé de catastrophe financière et surtout d'appauvrissement. En effet, les données des CNS montrent que 4,7% affectent annuellement plus de 40% des dépenses des ménages aux frais de santé. Selon BM/Cameroun (Dépenses Publiques de Santé 2015) les Dépenses Totales de Santé (DTS) par habitant au Cameroun sont relativement élevées, autour de 61 US dollars, mais stagnent depuis près d'une décennie. En effet, le poids excessif des paiements directs réduit l'accessibilité financière des ménages aux services et soins de santé.

111. Ratio des dépenses catastrophiques – ODD 3.8.2

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

Selon Wagstaff, cité par l'enquête BM/Cameroun sur les dépenses publiques de santé 2018, les dépenses de santé sont jugées catastrophiques lorsqu'elles dépassent 10% ou 25% de la consommation des ménages. La prévalence des dépenses de santé catastrophiques variait entre 10% et 40% des revenus des ménages, soit 4,7% à 21% des ménages qui sont touchés. Au Cameroun, les dépenses de santé augmentent le taux de pauvreté de presque 2 points de pourcentage, et aggravent l'intensité de la pauvreté par presque 12 points de pourcentage (Tableau N° 88).

Tableau 88 : Impact des coûts de santé sur les indicateurs de pauvreté au Cameroun, 2012

Dépenses publiques	Avant les dépenses de santé (brut)	Après les dépenses de santé	Différence en points de pourcentage	Différence en pourcentage
Taux de pauvreté	50,3	52,4	1,9	3,60%
Sévérité de la pauvreté	206	217,8	11,8	5,40%

Source : BM/Cameroun, Analyse avec le logiciel ADePT des données NHA 2012, chapitre concernant le diagnostic de la stratégie de financement de la santé, Revue des dépenses publiques au Cameroun 2018

Selon le rapport BM/Cameroun de 2018, les dépenses de santé des ménages aisés, en termes de pourcentage, sont susceptibles d'imposer un coût très lourd et les entraînant même parfois en dessous du seuil de pauvreté. En revanche, chez les ménages les plus pauvres, les dépenses de santé ont tendance à être modestes en termes de pourcentage ; cette dernière catégorie de ménage est la plus susceptible d'être confrontée à des dépenses de santé catastrophiques, ce qui contribue à maintenir ces ménages dans la pauvreté. La réduction des dépenses de santé payées par les ménages au Cameroun pourrait réduire directement à la fois l'incidence et la sévérité de la pauvreté, c'est l'un des intérêts majeurs que vise la CSU au Cameroun.

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

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

Selon la DROS du MINSANTE, 106 375 500 FCFA et 31 897 000 FCFA ont été mis à disposition, respectivement en 2018 et 2019 pour la recherche en santé par les partenaires au développement. Toutefois, ce chiffre est sous estimé car plusieurs études/recherches sont réalisées grâce au financement des partenaires au développement auprès d'autres entités comme la CIRCB, l'IMPM et les universités.



© Droits réservés

U - SECURITE SANITAIRE

113. Indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International (RSI, 2005)

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

Cet indicateur mesure les progrès dans la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005) dont les 13 principales capacités requises sont : (1) la législation, les politiques et financement au niveau national, (2) la coordination et les communications assurées par les points focaux nationaux, (3) la surveillance, (4) l'action, (5) la préparation, (6) la communication en matière de risque, (7) les ressources humaines, (8) les laboratoires, (9) les points d'entrée, (10) les événements d'origine zoonotique, (11) la sécurité sanitaire des aliments, (12) les événements d'origine chimique et (13) les situations d'urgence radiologique ou nucléaire. Cet indicateur est globalement évalué en 2017 à 40% des 13 principales capacités requises selon le RSI 2005. (MINSANTE-OMS, Rapport 2017 Evaluation Externe Conjointe des principales capacités du RSI).

Selon l'ONSP un progrès a été observé ; le pays est passé de 38% de capacités en 2018 à 41% en 2019. Ces progrès ont été perceptibles dans 3 domaines techniques : Coordination pour le RSI, Evénements liés à des zoonoses et interface homme-animal, surveillance. Les autres 10 domaines techniques sont en stagnation.

Tableau 89 : Pourcentage des principales capacités du RSI (2005) en 2018 et 2019

Capacités (RSI, 2005)	2018	2019
Législation et Financement	27	27
Coordination pour le RSI et Fonctions des Points Focaux Nationaux RSI	40	50
Événements Liés à des Zoonoses et Interface Homme-Animal	60	80
Sécurité Sanitaire des Aliments	40	40
Laboratoires	47	47
Surveillance	50	60
Ressources Humaines	60	60
Cadre National Pour les Situations d'Urgence Sanitaire	33	33
Prestation de Services de Santé	33	33
Communication sur les Risques	20	20
Points d'Entrée	20	20
Événements d'Origine Chimique	20	20
Situations d'Urgence Radionucléaire	40	40

Source : Rapport SPAR 2018 et 2019 (State Party Self-Assessment Annual Reporting)

V - GOUVERNANCE

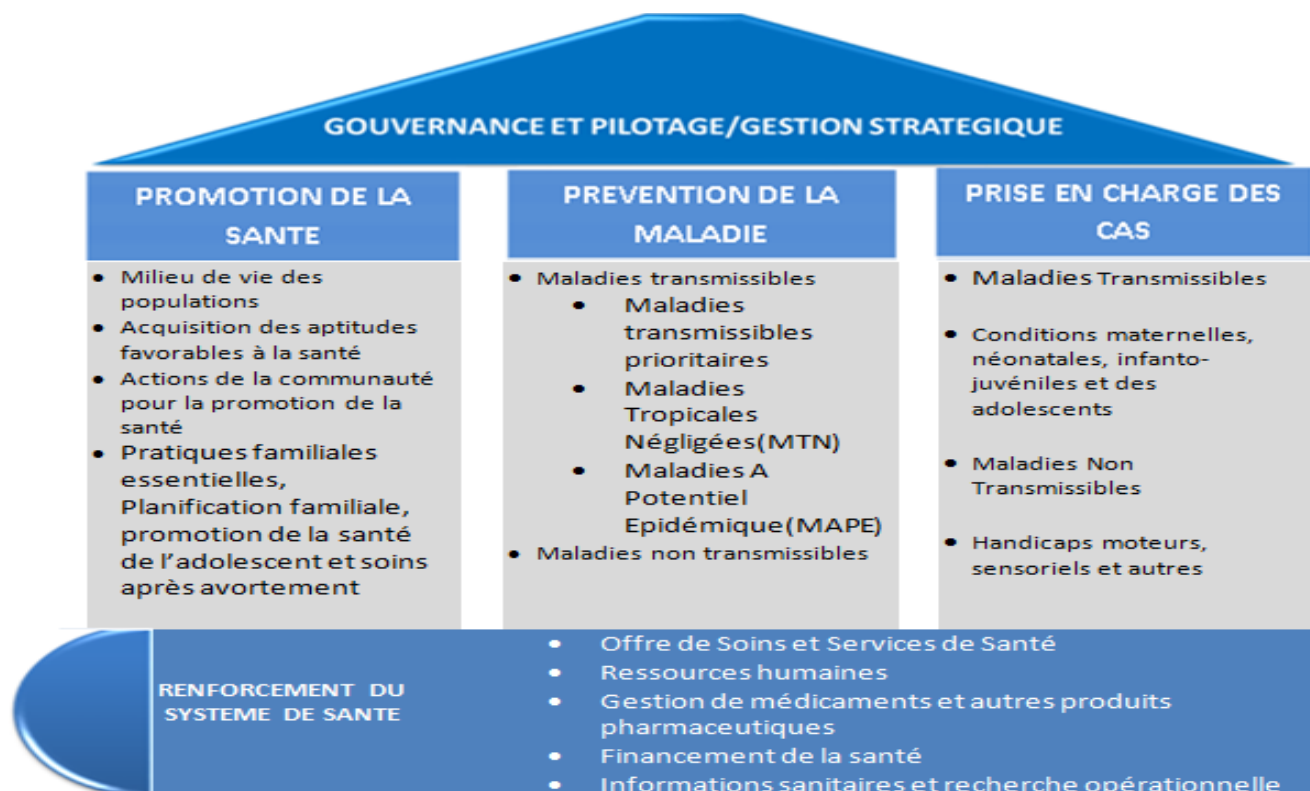
114. Existence d'une politique sectorielle nationale / stratégie / plan

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

Le Cameroun dispose d'une politique sectorielle santé 2016 -2027 en cours de mise en œuvre. Il dispose également du Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 et d'un Plan Intégré de Suivi-Evaluation (PISE 2016-2020). La Stratégie Sectorielle de Santé est ancrée sur les cadres nationaux et internationaux à savoir :

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

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







BIBLIOGRAPHIE

1. Assemblée générale des Nations Unies / Résolution 68/261, Global indicators framework after 2019 refinement / Cadre Mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de Développement Durable à l'horizon 2030
2. Banque Mondiale / Cameroun, Revue des dépenses publiques au Cameroun, 2018
3. Banque Mondiale, Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS), 2012
4. Biccard, Bruce & Madiba, T E & Kluyts et al. Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: A 7-day prospective observational cohort study. The Lancet. 391. 10.1016/S0140-6736(18)30001-1.
5. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gomez D, Munoz J, Bosch F X, de Sanjosé S, ICO/IARC Information Centre on HPV and cancer, Human Papillomavirus and related diseases in Cameroon, Summary report, 27 July 2017
6. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L et al. S.ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Cameroon. Summary Report 27 July 2017.
7. CAMPHIA/DROS, Cameroon Populated-based HIV impact assessment, 2017
8. Centre Pasteur du Cameroun, Rapport préliminaire de l'étude épidémiologique des hépatites virales B, C et delta au Cameroun. Analyse des échantillons de l'EDS IV, 2015
9. Comité National de lutte contre la drogue au Cameroun (CNLD), Rapport annuel 2018
10. Danielle Victoire Tiako Kamga et al. The Pan African Medical Journal, Contribution des avortements et des grossesses extra-utérines dans la mortalité maternelle dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé, 2017;27:248. doi:10.11604/pamj. 2017.27.248.12942
11. Ferlay J, Soerjomataram et al. GLOBOCAN2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
12. Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010, a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide, 3013
13. MINSANTE-IFORD, Enquête SDI/HFA/DQR sur les indicateurs de prestations des services de santé, Rapport final, Mai 2019
14. INS, Annuaire statistique 2015, Chapitre 13 - sécurité
15. INS, Deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun, Rapport principal Volet Santé (PETS2), 2010
16. INS, Enquête Démographique et de Santé / Résultats clés, 2018
17. INS, Enquête Démographique et de Santé 1991 (EDS1)

18. INS, Enquête Démographique et de Santé 1998 (EDS2)
19. INS, Enquête Démographique et de Santé 2004 (EDS3)
20. INS, Enquête démographique et de santé 2018 / indicateurs clés, document provisoire
21. INS, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011
22. INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5) 2014
23. INS, Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2013
24. INS, Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de santé, 2016
25. INS, Quatrième Enquête Camerounaise auprès des Ménages
26. INS, Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012, 2015
27. International Agency for research on Cancer / Globocan, Cameroon, May, 2019
28. Kingue, et al. Prevalence and risk factors of hypertension in urban areas of Cameroon: a nationwide population based cross-sectional study. The Journal of Clinical Hypertension, 2015, vol. 17, no 10, p. 819-824.
29. Kuate Defo et al., Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: a systematic review and meta-analysis of population-based studies, 2019
30. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa et al. Lancet ending preventable stillbirths series study group; Lancet stillbirth epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016 Feb 6;387(10018):587–603. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5) pmid: 26794078
31. Le 360afrique.com, Consommation de la drogue en milieu scolaire
32. MINEPAT, Voluntary National Review, 2019
33. Ministère des Finances du Cameroun, Loi des finances 2018
34. MINSANTE - ONSO, Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun, 2017
35. MINSANTE/ONSP, Rapport quadriennale de surveillance des maladies à potentiel épidémique au Cameroun, 2015, 2016, 2017, 2018
36. MINSANTE / Profil des formations sanitaires, complétude des RMA et recours aux soins à partir du DHIS2, 2018, www.DHIS-MINSANTE-CM.ORG
37. MINSANTE /Banque Mondiale, Stratégie de financement de la santé au Cameroun, Juin 2019
38. MINSANTE /OASIS, Evaluation organisationnelle pour l'amélioration et le renforcement du Financement de la santé vers la couverture universelle au Cameroun, 2016
39. MINSANTE, Bulletin épidémiologique annuel 2018 du Paludisme au Cameroun
40. MINSANTE, Bulletin épidémiologique annuel 2018 du VIH au Cameroun
41. MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2011, 2012
42. MINSANTE, Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) 2016-2020
43. MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020

44. MINSANTE, Projet de budget de l'exercice 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018
45. MINSANTE, Rapport annuel de performances, 2013
46. MINSANTE, Rapport d'évaluation finale de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015
47. MINSANTE, Rapport PROGRES PTME 2017
48. MINSANTE, Stratégie de financement de la santé (2018-2027, Draft Novembre 2018)
49. MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027
50. MINSANTE/ Groupe Technique CSU, Etat des lieux sur la couverture santé universelle au Cameroun, Présentation, 2017
51. MINSANTE/ Groupe Technique CSU, Instauration de la couverture santé universelle au Cameroun, Présentation atelier, 2017
52. MINSANTE/DRH, Rapport général du recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun, 2011
53. MINSANTE-CNLS, Bulletin Epidémiologique n°3 -Février 2018
54. MINSANTE-CNLS, Bulletin épidémiologique N°5, septembre 2018
55. MINSANTE-CNLS, Rapport GARP 2014, Juillet 2015
56. MINSANTE-CNLS, Rapport Spectrum 2015-2017 CNLS
57. MINSANTE-OMS Cameroun, Liste des indicateurs de santé au Cameroun
58. MINSANTE-OMS Cameroun, Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique, 2017
59. MINSANTE-ONSP Cameroun, Profil Sanitaire Analytique Cameroun 2016
60. MINSANTE-PNLP, Bulletin Epidémiologique Annuel 2017 du Paludisme au Cameroun
61. MINSANTE-PNLP, Plan de Suivi-Evaluation du Plan Stratégique National de Lutte Contre Le Paludisme au Cameroun (PSE-PSNLP) 2014-2018
62. MINSANTE-PNLP, Rapports annuels 2014, 2015, 2016 et 2017
63. MINSANTE-PNLT, Rapports annuels 2014, 2015 et 2016
64. Nations unies_ Commission économique pour l'Afrique, Rapport économique sur l'Afrique 2019
65. Noeske J., Nana Yakam A., Abena-Foe J-L, Epidémiologie de la tuberculose au Cameroun telle qu'elle est reflétée dans les données de notification, 2006-2014, The international journal of Tuberculosis and lung diseases 20(11) :1489-1494, 2016
66. OMS / BM, Rapport Mondial de suivi 2017 de la couverture santé universelle, Résumé analytique
67. OMS, Faire les justes choix pour une couverture santé universelle, Rapport final du groupe consultatif de l'OMS sur la couverture santé universelle et équitable, 2015
68. OMS, Global Health Expenditure Database (apps.who.int/nha)
69. OMS, Global status report on NCDs, 2014
70. OMS, Global tuberculosis report 2016-2017
71. OMS, La pratique de sage-femme dans le monde en 2011

72. OMS, Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2011-2014
73. OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011-2017
74. OMS, Stratégie de coopération 2017-2020, un aperçu
75. ONU, « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », Résolution N°
76. Say, L et al. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health 2(6): e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
77. Uniting to Combat Neglected Tropical diseases, le Cameroun et les maladies tropicales négligées/ Taux de couverture des traitements de masse pour les MTN en 2016
78. WHO / World Bank, Tracking universal health coverage, first global monitoring report
79. WHO, Global Reference list of 100 core indicators (Plus Health -related SDGs, 2018
80. WHO, Non-Communicable Diseases (NCD) Country Profiles, Cameroon, 2018WHO, Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: <http://who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/>, accessed 21 April 2017)
81. WHO, Tracking Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2017, décembre
82. World Bank High-performance Health Financing for Universal Health Coverage, 2019
83. World Bank Group, Cameroun, Revue des dépenses publiques, 2018, aligner les dépenses publiques aux objectifs de la vision 2035.
84. Centre Pasteur du Cameroun, Rapport préliminaire de l'étude épidémiologique des hépatites virales B, C et delta au Cameroun. Analyse des échantillons de l'EDS IV, 2015
85. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019



MINSANTE

Ministère de la Santé Publique

N°8, Rue 3038 quartier du Lac
(Yaoundé III).
Téléphone : + (237) 222 230 468



**Observatoire National
de la Santé Publique**

Tel : + (237) 222 204 185
Email : onsp_minsante2016@yahoo.com,
onsp2017cameroun@gmail.com
Site web : onsp.minsante.cm
www.minsante.org.cm



**Organisation
mondiale de la Santé**
Cameroun

Organisation mondiale de la Santé
Bureau de la Représentation du Cameroun
Bastos, BP 155 Yaoundé, République du Cameroun
Téléphone : + (237) 222 210 258 - 222 212 080
E-mail : afwcocm@who.int