



**RAPPORT
DE SUIVI DES**

1000

**INDICATEURS CLÉS
DE SANTÉ**

**AU CAMEROUN
EN
2017**



MINSANTE



Observatoire National
de la Santé Publique



Organisation
mondiale de la Santé

RAPPORT DE SUIVI DES 100 INDICATEURS CLÉS DE SANTÉ AU CAMEROUN EN 2017



MINSANTE



Observatoire National
de la Santé Publique



Organisation
mondiale de la Santé

© **Ministère de la Santé Publique du Cameroun - Organisation mondiale de la Santé 2018**

Citation suggérée. Rapport 2017 de suivi des 100 indicateurs clés de Santé de la République du Cameroun. Yaoundé :

Catalogage à la source. Disponible aux adresses <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>

LA SANTÉ À L'ÈRE DES ODD



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-------------|
| Table des matières | v |
| Préface du Ministre de la Santé Publique | ix |
| Mot du représentant de l'OMS | x |
| Sigles, abréviations et acronymes | xi |
| Résumé d'orientation | xiii |
| Méthodologie | xv |
| Profil général du pays | xvii |
| Chapitre I- INDICATEURS SUR L'ETAT DE SANTÉ | 3 |
| A- MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE | 4 |
| 1- Espérance de vie à la naissance (en années)..... | 4 |
| 2- Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans (pour 1000 habitants-années d'exposition) . | 4 |
| 3- Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) | 4 |
| 4- Taux de mortalité infantile (Pour 1000 naissances vivantes) | 5 |
| 5- Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)..... | 5 |
| 6- Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)..... | 5 |
| B- MORTALITÉ PAR CAUSE DE DÉCÈS | 5 |
| 7- Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)..... | 5 |
| 8- Taux de mortalité due à la tuberculose (pour 100 000 habitants)..... | 6 |
| 9- Taux de la mortalité liée au SIDA (pour 100 000 habitants)..... | 6 |
| 10- Taux de mortalité dûe au paludisme (pour 100 000 habitants)..... | 6 |
| 11- Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète | 7 |
| 12- Taux de suicide (pour 100.000 habitants) | 7 |
| 13- Taux de mortalité dûe aux accidents de la route (pour 100 000 habitants) | 7 |
| C- FÉCONDITÉ | 7 |
| 14 - Taux de fécondité des adolescentes (pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans) | 7 |
| 15 - Indice synthétique de fécondité | 8 |
| D- MORBIDITÉ | 8 |
| 16- Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale | 8 |
| 17- Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire | 8 |
| 18 - Taux d'incidence du VIH (pour 1000 habitants) | 9 |
| 19- Taux de prévalence du VIH..... | 9 |
| 20- Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B | 9 |
| 21- Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST) | 10 |
| 22- Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) | 10 |
| 23- Taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants) | 10 |
| 24- Taux de prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) | 10 |
| 25- Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois | 10 |

| | |
|--|----|
| 26- Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants) | 11 |
| 27- Incidence du cancer, par type de cancer (pour 100 000 habitants) | 11 |

Chapitre II – INDICATEURS SUR LES FACTEURS DE RISQUE 12

E- NUTRITION 13

| | |
|---|----|
| 28- Allaitement exclusif au sein des nourrissons âgés de 0 à 5 mois | 13 |
| 29- Initiation précoce de l'allaitement au sein | 13 |
| 30- Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés | 13 |
| 31- Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance (modéré ou grave) | 14 |
| 32- Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation (modérée ou grave) | 14 |
| 33- Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois | 15 |
| 34- Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer | 15 |

F- INFECTIONS 16

| | |
|--|----|
| 35- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque ... | 16 |
|--|----|

G- FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX 16

| | |
|--|----|
| 36- Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre | 16 |
| 37- Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre | 17 |
| 38- Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer (à l'intérieur des habitations) | 18 |
| 39- Niveau de pollution atmosphérique en ville ($[\mu\text{g}/\text{m}^3]$ de particules matières) | 18 |

H- MALADIES NON TRANSMISSIBLES 19

| | |
|--|----|
| 40- Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus) | 19 |
| 41- Consommation actuelle de tabac chez des personnes de 18 ans ou plus | 19 |
| 42- Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale | 20 |
| 43- Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge | 20 |
| 44- Prévalence de l'hypertension chez les personnes de 18 ans ou plus | 20 |
| 45- Élévation de la glycémie/du diabète chez l'adulte | 21 |
| 46- Apport en sel | 21 |
| 47- Activité physique insuffisante chez l'adulte | 21 |

I- TRAUMATISMES 21

| | |
|--|----|
| 48 - Prévalence de la violence infligée par le partenaire intime | 21 |
|--|----|

Chapitre III - INDICATEURS SUR LES COUVERTURES DES SERVICES 22

J- SANTÉ REPRODUCTIVE ET SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT 23

| | |
|---|----|
| 49- Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes | 23 |
| 50- Taux de prévalence de la contraception | 23 |
| 51- Couverture par les soins anténatals - au moins quatre consultations (%) | 23 |

| | |
|--|----|
| 52- Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%) | 23 |
| 53- Couverture par les soins postnatals..... | 24 |
| 54- Demande de soins pour des symptômes de pneumonie | 24 |
| 55- Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO) | 24 |
| 56- Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A | 25 |

K- VACCINATION 25

| | |
|---|----|
| 57- Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national | 25 |
|---|----|

L - VIH/TUBERCULOSE 26

| | |
|--|----|
| 58- Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé (%) | 26 |
| 59- Prévention de la transmission mère-enfant | 26 |
| 60- Couverture par les soins de l'infection à VIH | 27 |
| 61- Couverture par le traitement antirétroviral (TARV) (%)..... | 27 |
| 62- Suppression de la charge virale du VIH..... | 27 |
| 63- Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH | 28 |
| 64- Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute | 28 |
| 65- Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement anti-rétroviral (TARV) pendant le traitement antituberculeux | 28 |

M - TUBERCULOSE 29

| | |
|--|----|
| 66- Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme | 29 |
| 67- Taux de détection de cas de tuberculose | 29 |
| 68- Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multi résistante | 29 |

N- PALUDISME 30

| | |
|---|----|
| 69- Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes (TPI3) | 30 |
| 70- Utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide (%) | 30 |
| 71- Traitement des cas de paludisme confirmés (%) | 30 |
| 72- Couverture par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent | 31 |

O - MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES 31

| | |
|---|----|
| 73- Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées (MTN) .. | 31 |
|---|----|

P- DÉPISTAGE ET SOINS PRÉVENTIFS.....32

| | |
|--|----|
| 74- Dépistage du cancer du col de l'utérus | 32 |
|--|----|

Q- SANTÉ MENTALE 32

| | |
|--|----|
| 75- Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves | 32 |
|--|----|

Chapitre IV - INDICATEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ 33

R - QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS 34

| | |
|---|----|
| 76- Taux de mortalité péri opératoire..... | 34 |
| 77- Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 78- Ratio de mortalité maternelle hospitalière (pour 100 000 accouchements) | 34 |
| 79- Couverture de la revue des décès maternels (%)..... | 34 |
| 80- Taux de rétention sous TAR..... | 35 |
| 81- Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose..... | 35 |
| 82- Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques (pour 10 000 habitants) | 35 |
| S - ACCÈS | 35 |
| 83- Utilisation des services..... | 35 |
| 84- Accès aux services de santé..... | 36 |
| 85- Densité des lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants)..... | 36 |
| 86- Disponibilité des médicaments et des produits essentiels | 36 |
| 87- Taux de césariennes..... | 36 |
| T - PERSONNEL DE SANTÉ | 37 |
| 88- Densité et distribution du personnel de santé (pour 1000 habitants) | 37 |
| 89- Diplômés des établissements préparant aux professions de santé | 37 |
| U- INFORMATIONS SANITAIRES | 37 |
| 90- Couverture par l'enregistrement des naissances..... | 37 |
| 91- Couverture par l'enregistrement des décès | 37 |
| 92- Complétude des rapports des établissements de santé | 37 |
| V - FINANCEMENT DE LA SANTÉ | 38 |
| 93- Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (% PIB) | 38 |
| 94- Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courante | 38 |
| 95- Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes | 38 |
| 96- Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes | 39 |
| 97- Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement | 39 |
| 98- Ratio des dépenses catastrophiques en santé | 39 |
| 99- Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses directes en santé | 39 |
| W- SÉCURITÉ SANITAIRE..... | 39 |
| 100- Indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI) . | 39 |
| ANNEXES..... | 40 |
| Annexe 1 : Liste des indicateurs santé des Objectifs de Développement Durable N° 3 - Santé & Bien être | 41 |
| Annexe 2 : Liste des graphiques | 44 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 48 |
| Remerciements..... | 50 |

PRÉFACE

du Ministre de la Santé Publique



La Vision du développement du Cameroun à l'horizon 2035, dont la mise en oeuvre opérationnelle de la première phase se traduit dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), a dans l'un de ses quatre objectifs généraux, prescrit « la réduction de la pauvreté à un niveau socialement acceptable ». Cette réduction de la pauvreté monétaire devra s'accompagner de la mise en oeuvre du choix stratégique retenu dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, à savoir : « garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs apparentés ».

Pour assurer un suivi-évaluation optimal de ces objectifs, le MINSANTE avec l'appui technique de l'OMS a adopté en 2017 une liste de référence de 100 indicateurs de santé au Cameroun, en rapport avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) et les priorités nouvelles et émergentes comme les maladies non transmissibles, la Couverture Santé Universelle (CSU) et d'autres questions relatives au programme de développement pour l'après 2015.

Le document « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017 » que j'ai le plaisir de rendre public offre un cadre d'analyse de la situation sanitaire du pays avec des chiffres clés et un outil d'aide à la prise de décision. De plus pour certains indicateurs, ils donnent un aperçu du niveau de réalisation vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

A travers quatre (04) grands groupes d'indicateurs, ce document renseigne sur les valeurs récentes des 100 indicateurs clés de santé touchant aussi bien les problèmes de santé que les déterminants, ainsi que les analyses d'une grande pertinence. De ces analyses ressortent des grandes priorités qui doivent servir de repères sur lesquels chaque partie prenante devrait s'inspirer et se baser pour poursuivre des actions individuelles et collectives visant l'amélioration pérenne de la santé et du bien-être de la population du Cameroun.

Le Ministre de la Santé publique



André Mama Fouda

MOT D'INTRODUCTION

du Représentant de l'OMS



Le passage des OMD aux ODD, les récentes épidémies meurtrières comme celle de la maladie à virus Ebola ainsi que les attaques terroristes et les catastrophes nous imposent de bâtir des systèmes de santé fonctionnels, résilients et hautement réactifs pour favoriser un développement durable, anticiper et minimiser les risques et assurer une meilleure contribution à la protection des populations. Pour arriver à des résultats efficaces, il faut utiliser des informations probantes pour produire des connaissances nécessaires à la prise de décision. Mieux, le besoin s'exprime avec plus d'acuité dans un contexte de suivi des interventions liées aux Objectifs de Développement Durable (ODD), y compris la Couverture Santé Universelle.

Améliorer les systèmes d'informations sanitaires et accroître la portée des données fiables et précises sont des facteurs clés dans la réalisation du « programme de transformation du secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé dans la région africaine ». A cette fin, le document « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017 » est un outil majeur pour le suivi de la situation sanitaire du pays qui doit servir de référence pour le suivi des progrès des objectifs convenus au niveau international.

Ce document est le résultat d'un travail harmonieux entre l'OMS et l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) avec les contributions et la collaboration active de la plupart des Directions et Programmes du Ministère de la Santé Publique. Je tiens à remercier tous ceux et celles qui y ont contribué. Je souhaite que chacun y trouve une source de référence en santé utile pour le Cameroun.

Représentant de l'OMS

Phanuel Habimana

SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

| | |
|----------------|---|
| ANRP | Agence Nationale de Radioprotection |
| ARV | Anti Rétro Viraux |
| AVS | Activités de Vaccination Supplémentaires |
| BCG | Bacillus Calmette–Guérin |
| BM | Banque Mondiale |
| BUCREP | Bureau Central de Recensement et d’Etude de la population au Cameroun |
| BUNEC | Bureau National de l’Etat Civil |
| CAMPHIA | Cameroon Population-based HIV Impact Assessment |
| CDBPS | Centre Pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé |
| CIS | Cellule des Informations Sanitaires |
| CNLS | Comité National de Lutte contre le SIDA |
| CNS | Comptes Nationaux de Santé |
| CPC | Centre Pasteur du Cameroun |
| DLMEP | Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies |
| DOSTS | Direction de l’Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire |
| DPML | Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires |
| DPS | Direction de la Promotion de la Santé |
| DRFP | Direction des Ressources Financières et du Patrimoine |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DROS | Division de la Recherche Opérationnelle en Santé |
| DSF | Direction de la Santé Familiale |
| ECAM | Enquêtes Camerounaises auprès des ménages |
| EDS | Enquête Démographique de Santé |
| FMSB | Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales |
| HKI | Hellen Keller International |
| IFORD | Institut de Formation et de Recherche Démographiques |
| INS | Institut National de la Statistique |
| IRAD | Institut de Recherche Agricole et de Développement |
| MICS | Enquête par grappes à Indicateurs Multiples |
| MILDA | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action |
| MINADER | Ministère de l’Agriculture et du Développement Rural |
| MINAS | Ministère des Affaires Sociales |
| MINAT | Ministère de l’Administration Territoriale et de la Décentralisation |
| MINESUP | Ministère de l’Enseignement Supérieur |
| MINFI | Ministère des Finances |
| MINRESI | Ministère de la Recherche Scientifique et de l’Innovation |

| | |
|-----------------|--|
| MINSANTE | Ministère de la Santé Publique |
| MNT | Maladies Non Transmissibles |
| MPV | Maladies à Prévention Vaccinale |
| MTN | Maladies Tropicales Négligées |
| OCEAC | Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique centrale |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONSP | Observatoire National de la Santé Publique |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PN2LP | Programme National de Lutte contre la Leishmaniose 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 |
| PVVIH | Personnes vivant avec le Virus du VIH |
| RaSSS | Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| SIDA | Syndrome de l'Immunodéficience Acquise |
| SONU | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence |
| ST/SSS | Secrétariat technique / Stratégie Sectorielle de Santé |
| SYNPEMS | Syndicat des Personnels Médico sanitaires |
| TAR | Traitement Anti Rétroviral |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

RÉSUMÉ D'ORIENTATION



Le Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017 a été réalisé sur la base des rapports et documents officiels du secteur santé et des secteurs apparentés. Il fournit des informations sur l'évolution des valeurs des 100 indicateurs sanitaires de base retenus en 2016 par l'OMS et les partenaires internationaux et adoptés au Cameroun en 2017 pour le suivi de la santé des populations et l'évaluation de l'impact des stratégies et politiques de santé mis en oeuvre. A partir de la revue documentaire, les données analysées sont présentées par des graphiques à travers quatre (04) grands groupes d'indicateurs avec des déclinaisons (lorsque les données le permettent par sexe, milieu de résidence et région.)

Indicateurs sur l'état de santé

En une vingtaine d'années, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 144,1 en 1991 à 103 pour 1000 naissances vivantes en 2014. En 2015, il était estimé à 87,9 pour 1000 naissances vivantes. Dans le même temps, le taux de mortalité néonatale était estimé à 25,7 décès pour 1000 naissances vivantes, alors qu'il se situait à 33 pour 1000 en 1991. Bien que la mortalité maternelle ait nettement augmenté entre 1991 et 2011 allant de 511 à

782 décès pour 100 000 naissances vivantes, elle a été estimée en 2015 à 596 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète étaient responsables de 22,4% des décès au Cameroun en 2015. La mortalité proportionnelle (hospitalière) du paludisme a baissé entre 2013 et 2017 de 4351 à 3195 décès, soit une baisse de 27%. L'OMS a estimé le taux de suicide au Cameroun à 11,9 pour 100 000 habitants en 2015, le taux de mortalité dû aux accidents de la route à 27,6 pour 100 000 habitants en 2013. Par ailleurs, la prévalence de l'hépatite virale B était de 11,9% en 2011, le VIH-SIDA touche environ 660 000 personnes.



Indicateurs sur les facteurs de risque

La proportion des nourrissons de 0 à 5 mois qui sont alimentés exclusivement au lait maternel a connu une croissance passant de 8,4% à 28,2% entre 1991 et 2014. De même, entre 2004 et 2011 la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois est passée de 68,3% à 60,3%. Comme facteur de risque aux infections sexuellement transmissibles, notons que la proportion des personnes ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque était de 49,5% chez les hommes contre 43,1% chez les femmes en 2014. L'accès à l'eau potable croît considérablement depuis 1998 (43,6%) pour être estimé à 76,0% en 2015. En huit années (de 2008 à 2016) la quantité totale d'alcool consommée par habitant de 15 ans ou plus a augmentée de 7,9 à 9,9 litre d'éthanol. De même, on observe une augmentation de la prévalence de la violence infligée par le partenaire intime entre 2004 et 2014 allant de 26,1% à 32,7%.

Indicateurs sur les couvertures des services

On observe une évolution du pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant bénéficié d'au moins quatre (04) consultations prénatales de 49% en 1991 à 58,8% en 2014. Le pourcentage des naissances vivantes assistées par le personnel de santé qualifié au cours de la même période, est passé de 63,8% à 64,7%. Le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois est passé de 38% à 55,3% entre 2004 et 2011. D'une manière globale ou spécifique (par vaccin), la couverture vaccinale est en nette croissance au fil des années. En 2014, la couverture vaccinale globale (tous les vaccins) était de 75% soit 92% pour le BCG, 82% pour le Pentavalent, 87% pour la Polio 3 et 86% pour la rougeole. Pour ce qui est de la prise en charge des maladies, Le pourcentage des cas confirmés de paludisme qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention était en

baisse de 38% en 2016 à 28,1% en 2017. En 2016, la couverture par la chimiothérapie préventive était de 83,60%, 64,63%, 81,81%, et 79,33% respectivement pour les helminthiases, la schistosomiase, l'onchocercose et la filariose lymphatique.



Indicateurs du système de santé

L'accès aux services de santé au Cameroun en 2016 était de 2,19 établissements de santé pour 10.000 habitants. En 2011, suite au recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun, la densité du personnel de santé était de 1,90 pour 1000 habitants. Mais selon les estimations de l'OMS, cette densité a diminué à 0,6 pour 1000 habitants en 2016. Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été portée sur des registres est passé de 61,4% en 2011 à 66,1% en 2014. Pour ce qui est du financement de la santé, On observe entre 2011 et 2012 une évolution du pourcentage des dépenses en santé courantes totales en Produit Intérieur Brut (PIB) de 4% à 5,4%, par ailleurs en 2014 ce pourcentage a été estimé à 4,10% par l'OMS. En 2001, 21,5% des ménages ont été confrontés à des dépenses en santé catastrophiques, toutefois en 2007 ce ratio a considérablement baissé jusqu'à 8%.

MÉTHODOLOGIE

Le présent document renseigne les valeurs des indicateurs de santé au Cameroun à partir de 2017 suivant la « liste de référence des indicateurs de santé au Cameroun », en donnant pour chacun d'eux dans la mesure du possible au moins les trois dernières valeurs disponibles, en produisant lorsque cela est possible la déclinaison par région, par genre (Masculin, Féminin) et par type de milieu de résidence (urbain, rural). Ceci à travers des graphiques et une description permettant d'apprécier l'évolution de chaque indicateur sur une période.

Le document est organisé en quatre (04) grands groupes d'indicateurs sanitaires à savoir :

- I. Les indicateurs liés à l'état de santé :** mortalité selon l'âge et le sexe, morbidité, mortalité par cause de décès, fécondité ;
- II. Les indicateurs sur les facteurs de risques :** nutrition, infections, maladies non transmissibles, traumatismes, environnement ;
- III. Les indicateurs sur les couvertures des services :** santé reproductive et santé de la mère et de l'enfant, vaccination, VIH, tuberculose, paludisme, maladies tropicales négligées, dépistage et soins préventifs, santé mentale ;
- IV. Les indicateurs du système sanitaire :** qualité et sécurité des soins, accès, personnel de santé, financement de la santé.

La méthodologie utilisée est principalement basée sur le processus de (1) recherche documentaire et de (2) synthèse des données.

(1) Recherche documentaire : Les données ayant servi au renseignement des indicateurs proviennent des rapports annuels et des publications issus des Programmes et Directions du MIN-SANTE. Les autres documents utilisés sont issus des résultats d'enquêtes d'envergure nationale (ECAM, EDS, EDS-MICS).

Le recueil des données a consisté, pour chaque indicateur à considérer comme année de référence l'année 2017. Les informations collectées ont été complétées par les données des années précédentes selon leur disponibilité et leur crédibilité.

Afin de disposer de données récentes, les estimations des partenaires du Système des Nations Unies et/ou d'autres sources valides ont également été prises en compte. Le lien entre ces données et les données nationales dans les graphiques (courbes de progression) est fait en traits discontinus.

(2) Synthèse des données : les données recueillies grâce aux sources documentaires ont été exploitées dans les logiciels Microsoft Excel[®] pour la production des graphiques. Lorsque cela a été possible, l'indicateur était décliné par sexe, région ou milieu de résidence. De même, lors des réunions successives de validation du document, un résumé analytique a été élaboré pour chaque indicateur avec un rapprochement à l'estimation moyenne connue de l'indicateur dans la région africaine. Les principales étapes ci-dessous ont été suivies :

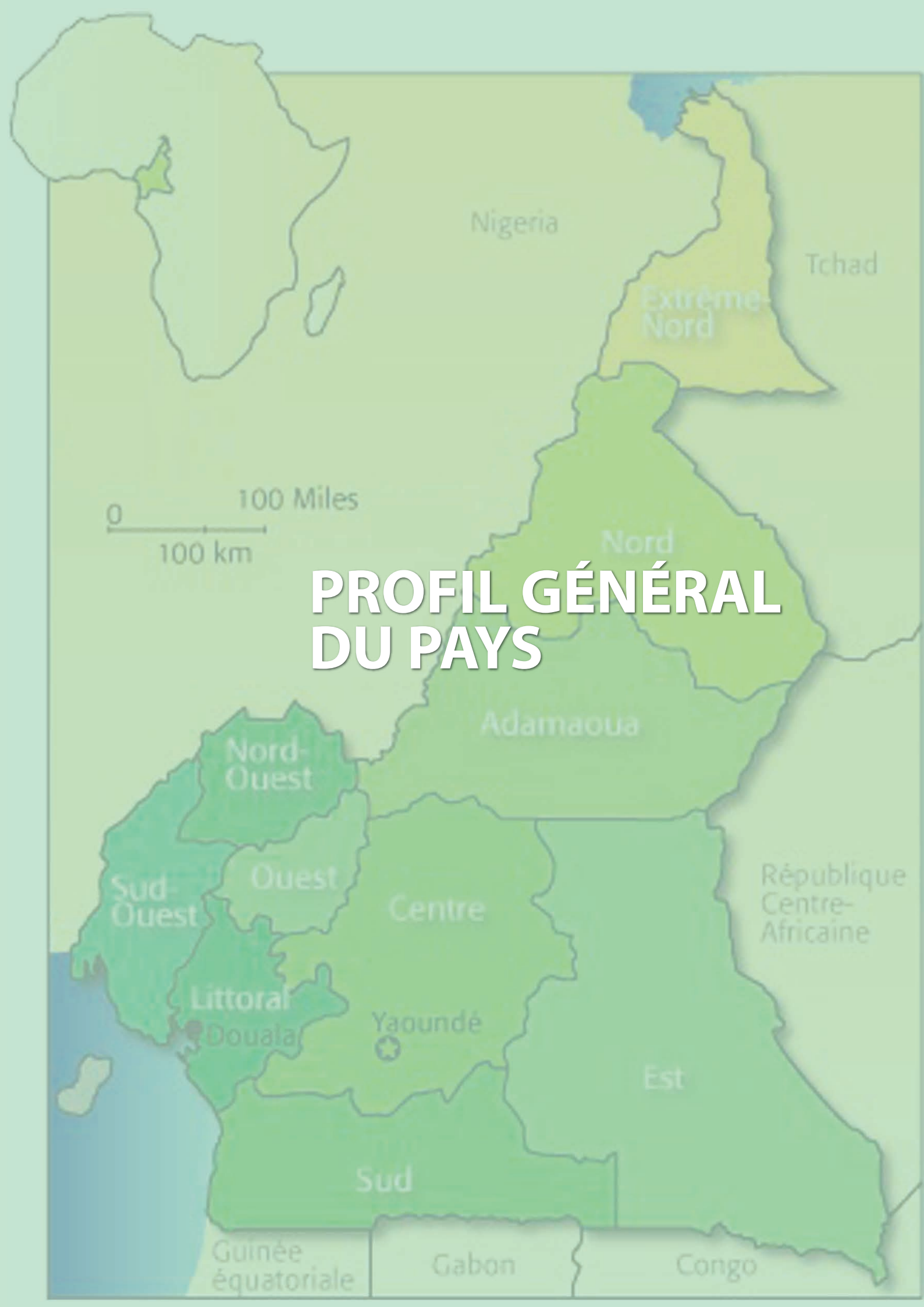
- (i)** les Séances de travail entre le Conseiller national du système d'information stratégique de l'OMS, le Coordonnateur du Secrétariat permanent de l'ONSP et l'équipe de recherche mise en place par le Consultant mis à disposition par l'OMS;

- (ii) l'identification des sources de données domestiques prises en compte selon l'ordre suivant: les enquêtes, les publications produites à partir des enquêtes et données administratives avec un risque de conflit d'intérêt minimisé et enfin celles qui ont un risque de conflit d'intérêt ;
- (iii) l'identification de sources de données internationales : les bases de données globales et spécialisées internationales et/ou du système des Nations Unies notamment ceux de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, de la Banque Mondiale, etc. ;
- (iv) l'élaboration de la structure du document « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017 », en s'appuyant sur le modèle de référence développé par l'OMS;
- (v) l'élaboration des matrices de collecte de données sur tableur Excel[®] et Tableau[®], pour la production des graphiques et tableaux ;
- (vi) l'extraction des données à partir des sources suscitées ;
- (vii) la production du rapport préliminaire ;
- (ix) la revue et finalisation du document lors d'un atelier participatif regroupant différents experts du MINSANTE ;
- (x) la production du document final pour validation par le Conseil scientifique et adoption par le Comité d'orientation de l'ONSP ;
- (xi) la dissémination du rapport final par l'ONSP.

Limites :

Pour l'élaboration de ce document, de nombreuses difficultés se sont posées notamment :

- La différence de libellés dans les noms des indicateurs dans les différents documents ;
- La différence d'unité de mesure de certains indicateurs qui devraient être exprimés en pour 1 000 ou pour 100 000, mais qui sont souvent évalués en pourcentage ;
- La plupart des données d'enquêtes nationales disponibles datent de plus de 3 ans; ce qui pourrait ne pas refléter complètement la situation actuelle du pays ;
- La non disponibilité des valeurs pour certains indicateurs:
 - Le taux de mortalité péri opératoire
 - Les admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse
 - La disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques (pour 10 000 hbts)
 - La disponibilité des médicaments et des produits essentiels
 - La couverture par l'enregistrement des décès
 - Le ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses directes en santé



PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS

Situation géographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale, situé au fond du Golfe de Guinée. Il s'étend sur une superficie de 475 650 Km², dont 466 050 Km² de superficie continentale et 9 600 Km² de superficie maritime. Il est limité au Nord par le Lac Tchad, et limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, et au Nord-Est par le Tchad. Le milieu naturel du Cameroun est diversifié et comprend trois grandes aires géographiques qui sont :

(i) Le Sud forestier, constitué par les Régions du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest, ces régions sont caractérisées par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes ;

(ii) Les Hauts Plateaux de l'Ouest avec les régions de l'Ouest et du Nord-Ouest dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une Région riche en terres volcaniques favorables à la culture du café, des maraîchers, etc. ;

(iii) Le Nord soudano-sahélien, représenté par les Régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord, est une zone de savanes et de steppes.



Source : Nation online project 2009.

Situation administrative

À la faveur du Décret N°2008/376 du 12 novembre 2008 portant sur l'organisation administrative de la République du Cameroun, le Cameroun est divisé en 10 régions, 58 départements et 360 arrondissements placés respectivement sous l'autorité des Gouverneurs, préfets et sous-préfets. Le français et l'anglais sont les langues officielles, elles sont parlées respectivement par 70% et 30% de la population.

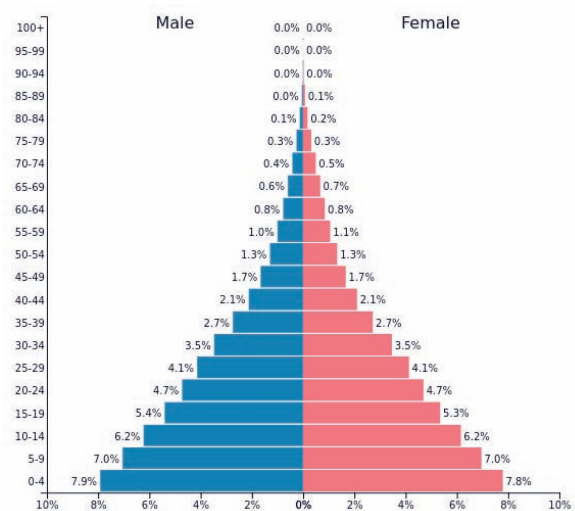
Découpage sanitaire

En 2016, la carte sanitaire du Cameroun comptait 10 régions, 189 districts de santé, 1 800 aires de santé et environ 5166 formations sanitaires publiques et privées réparties sur l'étendue du territoire national.

Situation démographique

Sur le plan humain, les estimations situent la population camerounaise à environ 24 253 757 habitants en 2017, répartis sur une superficie de 475 650 Km², soit une densité de 50 habitants au Km². Cette population est majoritairement jeune ; les moins de 15 ans représentent 43% de l'ensemble, et celle de 65 ans ou plus s'élève à 3,5%. Le taux de croissance de cette population est de 2,6% en moyenne par an et le taux de natalité est de 22,5 %. Près de la moitié de la population vit en milieu urbain, dont environ 20% dans les villes de Douala et Yaoundé. Le Cameroun compte 240 ethnies, réparties en trois grands groupes (Bantous, Semi-Bantous, Soudanais).

Figure 1 : Pyramide de la population du Cameroun en 2017



Source : PopulationPyramid.net

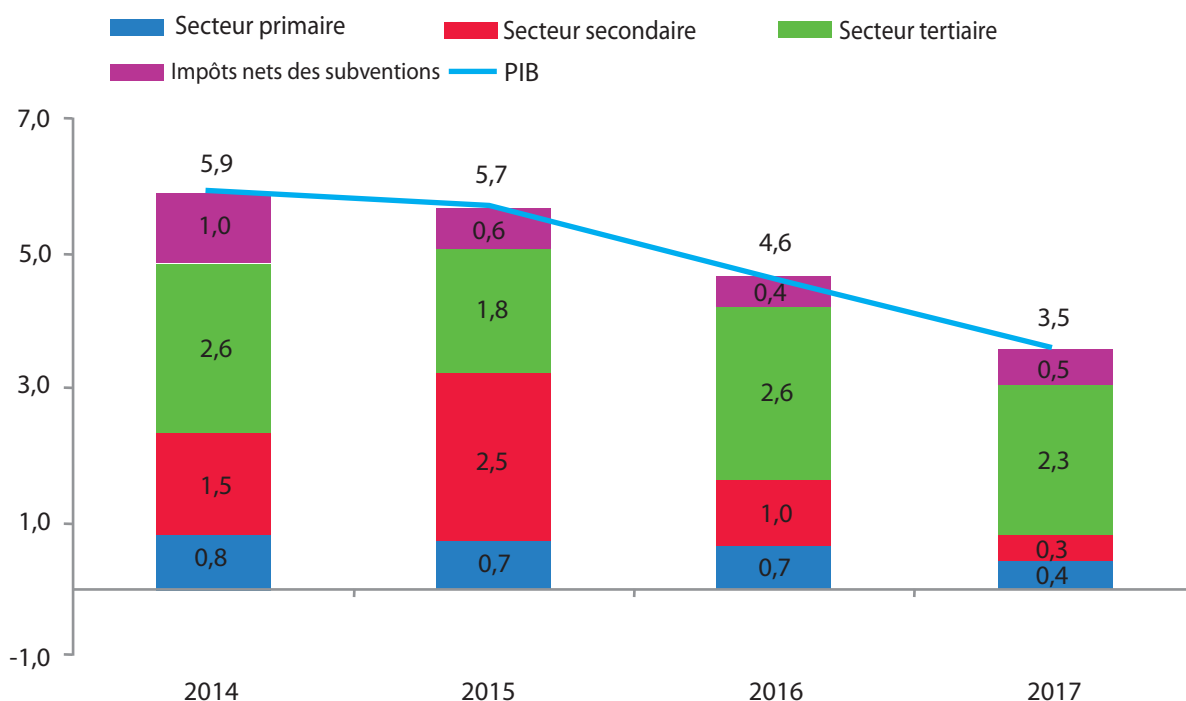
Situation socio-économique

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%. Cette baisse de la prévalence de la pauvreté résulte de la génération d'une croissance économique moyenne annuelle de 3,8% parallèlement à la vigueur de la croissance démographique, qui est autour de 2,6% en moyenne par an. En outre, les régions de l'Extrême-Nord et du Nord sont celles dont l'effectif des pauvres augmente de manière régulière depuis 2001.

Le Cameroun est souvent cité dans la région

comme le pays bénéficiant de l'économie la plus diversifiée de la CEMAC. Cependant d'après le FMI « La croissance ralentit, principalement à cause de la baisse de la production de pétrole. Pour 2016, la croissance a été révisée légèrement à la baisse, de 4,7% à 4,5% ... ». Selon le rapport 2016 sur l'Indice du Développement Humain (IDH) publié le 21 mars 2018 par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Cameroun se situe dans la catégorie des pays ayant un faible niveau de développement humain dans le monde. Le pays pointe en effet au 153^{ème} rang mondial, sur 188 pays étudiés, et se classe en 23^{ème} position en Afrique. De plus, le Cameroun est classé 153^e sur 180 pays dans l'indice de perception de la corruption 2017 établi par Transparency International, et 166^{ème} sur 190 économies dans le dernier rapport Doing Business 2017 sur la réglementation des affaires.

Figure 2 : Evolution du PIB de 2014 à 2017 et Contribution des secteurs d'activités à la croissance



Source : INS, Comptes nationaux 2017



CHAP. 1
**INDICATEURS
SUR L'ÉTAT DE
SANTÉ**

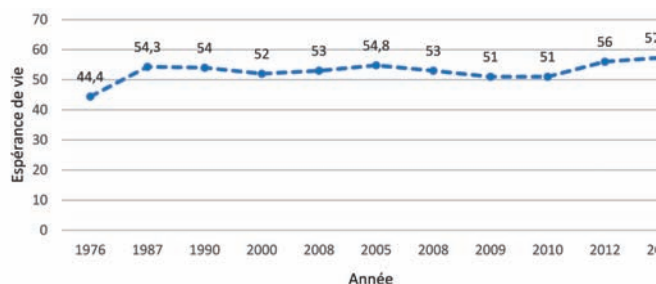
A- MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

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.

Estimée à 44,4 ans en 1976, elle est passée à 54,8 ans en 2005 et à 57,3 en 2015. Toutefois, depuis 2011, on observe un écart de 2 à 3 années de plus en faveur des femmes par rapport aux hommes (figure 3) (OMS, statistiques sanitaires mondiales 2016).

Figure 3 : Espérance de vie à la naissance par sexe au Cameroun de 1990 à 2015



Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiale 2016.

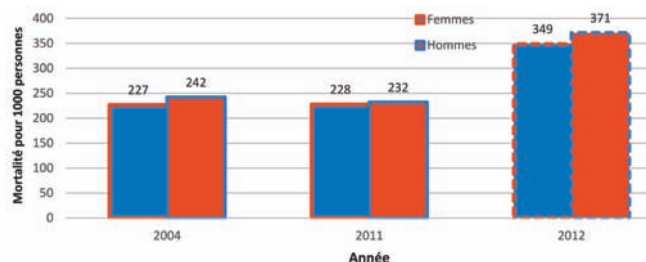
2- Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans (pour 1000 habitants-années d'exposition)

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

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Toutefois, les données d'enquête sur la mortalité adulte des femmes et des hommes entre 15 à 50 ans montrent une baisse de la mortalité, qui reste cependant toujours supérieure chez les hommes que chez les femmes.

Cette même différence entre les hommes et les femmes s'observe dans les estimations 2012 de l'OMS (figure 4). Par ailleurs, le taux de mortalité de à la population (15-60 ans) est passé de 321‰ en 1990 à 403‰ en 2008 (Banque Mondiale, Rapport sur la santé et le système de santé 2012).

Figure 4 : Evolution du taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans de 2004 et 2012.



Source : INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011 / OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2014.

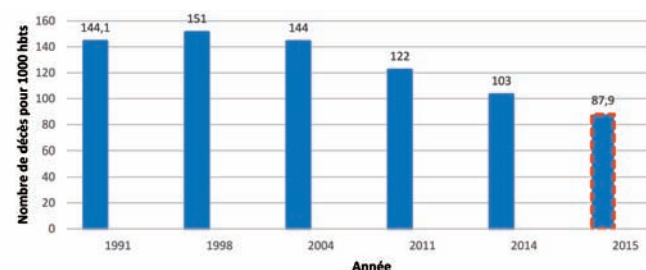
3- Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)

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

Le taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans a diminué cette dernière décennie, passant de 144,1 à 103 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2004 et 2014. En 2015, il était estimé par l'OMS à 87,9 décès pour 1000 naissances vivantes.

Néanmoins, le Cameroun n'atteint pas encore la cible de 76 décès pour 1000 naissances vivantes comme le recommande l'OMS.

Figure 5 : Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans de 1991 à 2015



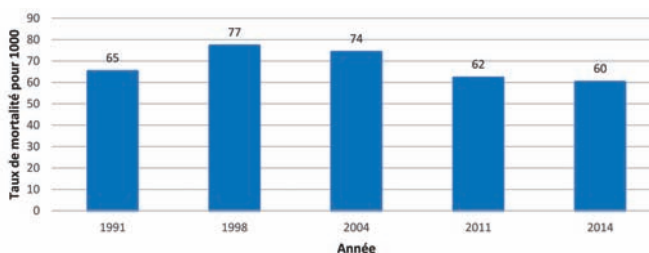
Source : INS, EDS 1991 – 1998 - 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017.

4- Taux de mortalité infantile (Pour 1000 naissances vivantes)

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

On note un recul de la mortalité infantile de près de 5 points entre 1991 et 2014, avec un pic à 77 décès pour 1000 naissances vivantes en 1998 (figure 6).

Figure 6 : Evolution du taux de mortalité infantile au Cameroun de 1991 à 2014



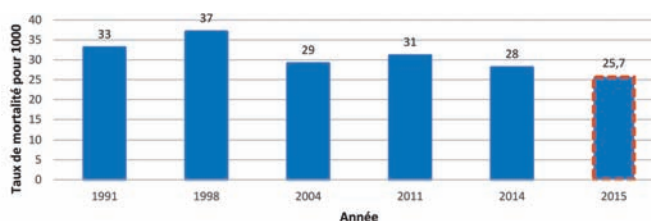
Sources : INS, EDS 1991 -1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

5- Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)

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.

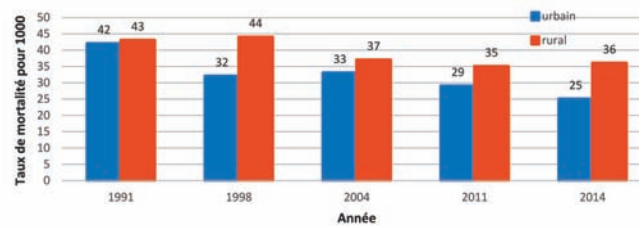
Le taux de mortalité néonatal est passé de 33 en 1991 à 28 en 2014. En 2015, il a été estimé par l'OMS à 25,7 décès pour 1000 naissances vivantes, contre 28 pour 1000 dans la région Afrique (figure 7). En zone rurale il est plus élevé qu'en zone urbaine au cours de la même période (Figure 8).

Figure 7 : Evolution du taux de mortalité néonatale de 1991 à 2015



Source: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, World statistics report 2017.

Figure 8 : Evolution du taux de mortalité néonatale par milieu de vie de 1991 à 2014



Source: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS5, 2014.

6- Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)

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

En 2009, le taux de mortinatalité était estimé à 26 pour 1000 naissances totales. (OMS, statistiques sanitaires mondiales 2011).

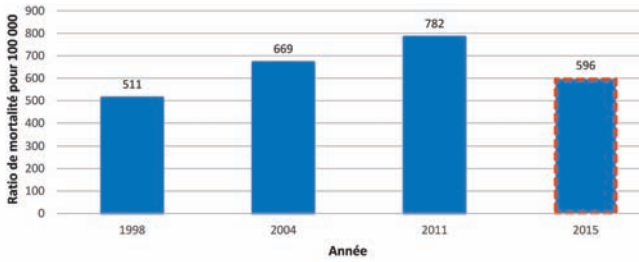
B- MORTALITÉ PAR CAUSE DE DÉCÈS

7- Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)

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.

Au Cameroun le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes a augmenté au cours de la période 2004-2011 de 511 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En 2015, il était estimé par l'OMS à 596 et à 542 décès pour 100 000 naissances vivantes respectivement au Cameroun et en Afrique.

Figure 9 : Evolution du ratio de mortalité maternelle en 1998, 2004 et 2011



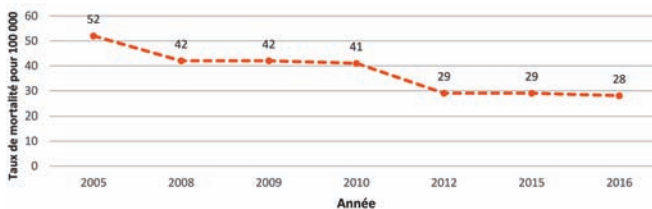
Source: INS, EDS 1998 – 2004, EDS-MICS 2011 / OMS, World Statistics report 2017.

8- Taux de mortalité due 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.

L'estimation du taux de mortalité due à la tuberculose est passée de 52 pour 100.000 en 2005 à 28 pour 100 000 habitants en 2016 (Figure 10).

Figure 10 : Evolution du taux de mortalité due à la tuberculose de 2005 à 2016



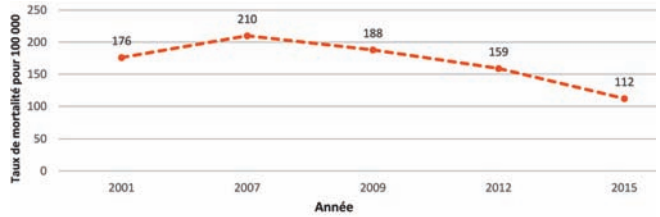
Source : OMS, Rapport global 2017 sur la tuberculose

9- Taux de la mortalité lié au 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.

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Cependant, selon les chiffres de l'OMS on observe une réduction du taux de mortalité dû au Sida ces dernières années, passant de 210 pour 100 000 habitants en 2007 à 112 pour 100 000 habitants en 2015.

Figure 11 : Evolution de la mortalité liée au sida de 2001 à 2015



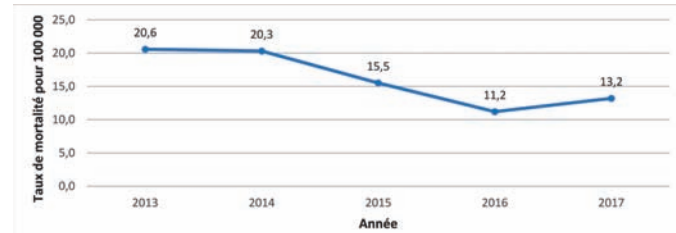
Source : MINSANTE, Rapports annuel PNLP 2013 – 2017.

10- Taux de mortalité due au paludisme (pour 100 000 habitants)

C'est le nombre de décès d'adultes et d'enfants dus au paludisme pour une année donnée, exprimé en taux pour 100.000 habitants.

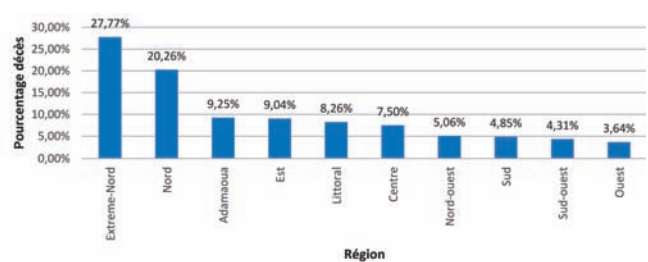
On observe une baisse du taux de mortalité hospitalière dû au paludisme entre 2014 et 2016 passant de 20,3 à 11,2 décès pour 100 000 habitants. Toutefois en 2017, l'on enregistre une augmentation par rapport à 2016. Cette situation serait en rapport avec la rupture généralisée des intrants antipaludiques au second semestre 2017 (figure 12). Par ailleurs, il existe une disparité régionale hospitalière pour le pourcentage de décès liés au paludisme (figure 13).

Figure 12 : Taux de mortalité hospitalière dû au paludisme entre 2013 et 2017



Source : MINSANTE, Rapports annuel PNLP 2013 – 2017.

Figure 13 : Pourcentage des décès liés au paludisme en milieu hospitalier par région en 2017



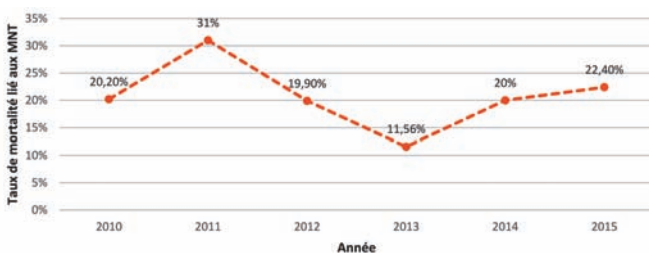
Source : MINSANTE, Rapport annuel PNLP 2017.

11- Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète

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.

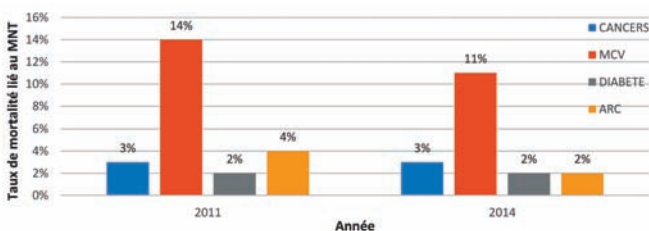
Selon l'OMS ce taux de mortalité est en hausse, de 11,56% en 2013 à 22,4% en 2015 (figure 14). D'après les statistiques de 2011 et 2014, les maladies cardiaques l'emportent sur les cancers, le diabète et les affections respiratoires chroniques (Figure 15).

Figure 14 : Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies non transmissibles (MNT) de 2011 à 2015



Source : OMS, Profil pays pour les MNT 2016

Figure 15 : Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies non transmissibles, par maladie en 2011 et 2014



Source : OMS, Profil pays pour les MNT 2014

12- Taux de suicide (pour 100 000 habitants)

C'est le nombre de suicides rapporté pour une population de 100.000 habitants sur une période donnée (standardisé selon l'âge).

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Cependant il était estimé en 2015 à 11,9 pour 100 000 habitants (OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017).

13- Taux de mortalité dû aux accidents de la route (pour 100 000 habitants)

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).

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Cependant, selon l'OMS le taux de mortalité dû aux accidents de la route au Cameroun était de 27,6 pour 100 000 habitants en 2013 (OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017).

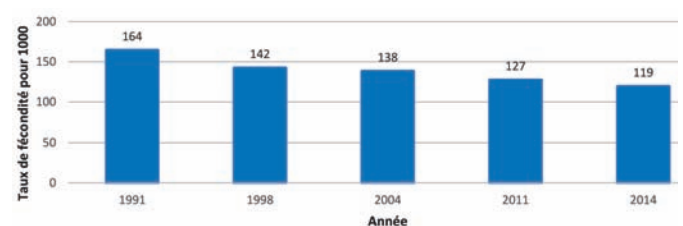
C- FÉCONDITÉ

14 – Taux de fécondité des adolescentes (pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans)

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

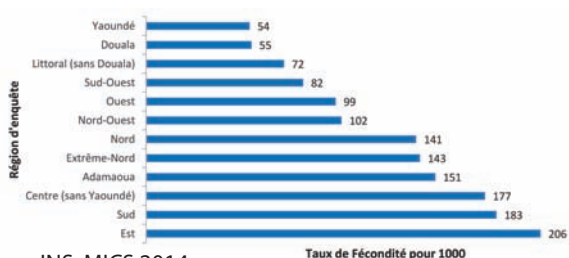
Le taux de fécondité des adolescentes a connu une baisse ces 20 dernières années, passant de 164 en 1991 à 119 en 2014 (figure 16). Toutefois des disparités régionales existent. En effet, en 2014 le taux de fécondité des adolescentes était de 206 et 183 pour 1000 respectivement à l'Est et au Sud. Contre 55 et 54 pour 1000 à Douala et à Yaoundé respectivement (Figure 17).

Figure 16 : Taux de fécondité des adolescentes au Cameroun entre 1991 et 2014



Source: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

Figure 17 : Taux de fécondité des adolescentes pour 1000 par région d'enquête INS en 2014



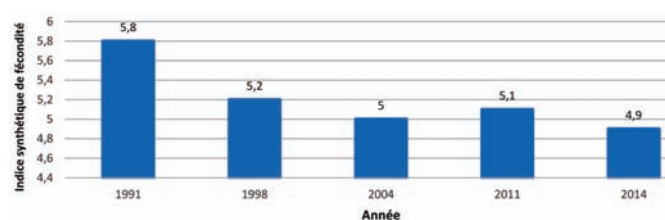
Source : INS, MICS 2014.

15- 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 la fin de leur période de procréation et si au cours de cette période, elles avaient eu des taux de fécondité conformes aux taux de fécondité par âge pour cette période.

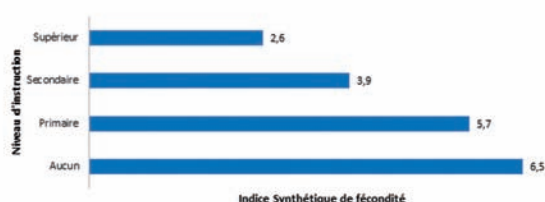
Le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 5,8 en 1991 à 4,9 en 2014 (Figure 18). Toutefois, cet indice est plus important chez les femmes en zone rural qu'en zone urbaine soit respectivement 6,4 et 4 en 2011. De plus, cet indicateur varie considérablement suivant le niveau académique ; il est de 6,5 chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction contre 2,6 chez celles ayant fait des études supérieures (Figure 19).

Figure 18 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité de 1991 à 2014



Sources : INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

Figure 19 : Indice synthétique de fécondité par niveau d'instruction en 2014



Source: INS, MICS 2014.

D- MORBIDITÉ

16 - Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale

C'est le nombre de nouveaux cas confirmés de maladies à prévention vaccinale (MPV) incluses dans les normes pour la surveillance de certaines MPV recommandées par l'OMS à des fins de surveillance, et nombre de cas de MPV notifiés sur le formulaire OMS-UNICEF sur une période donnée.

Les données du formulaire conjoint OMS/UNICEF des années 2014 à 2017 montre 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 1 : Nombre de Cas confirmés de certaines Maladies évitables par la vaccination de 2014 à 2017

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

17- Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées 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).

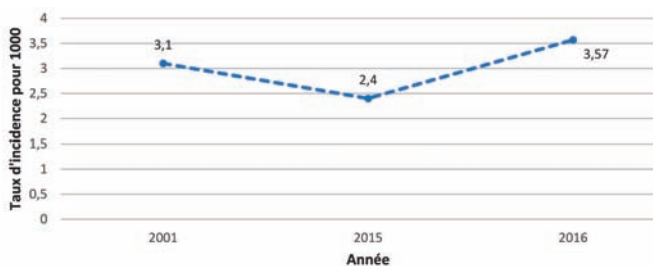
Suivant les données du point focal national RSI, au cours des deux dernières années, des cas de variole de singe ont été déclarés en 2016, de même que des cas de Méningite en 2017. Une base centralisée est en cours d'élaboration pour une meilleure exhaustivité de données.

18 Taux d'incidence du VIH (pour 1000 habitants)

C'est le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH pour 1000 habitants non infectés.

Cet indicateur n'est pas actuellement renseigné dans les données nationales. Cependant, des estimations de l'OMS permettent de dire que le taux d'incidence du VIH qui était de 3,1 en 2001, a chuté à 2,4 en 2015 et est remonté en 2016 pour atteindre 3,57 (Figure 20). En 2015, il était estimé en Afrique à 2,72 (OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017). Par ailleurs, les résultats publiés en 2018 de l'enquête CAMPHIA montre que l'incidence annuel est de 0,27% chez les 15-64 ans. Soit environ 40.000 nouvelles infections chaque année.

Figure 20 : Taux d'incidence du VIH de 2001 à 2016



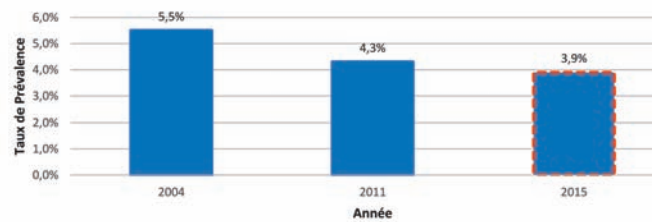
Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiale 2017.

19- Taux de prévalence du VIH

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

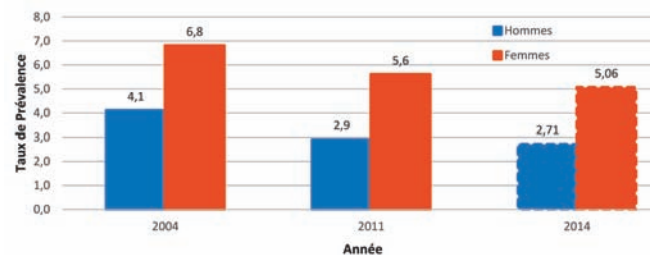
Le taux de prévalence du VIH a reculé cette dernière décennie, allant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011 (figure 21). Il a été estimé à 3,9% en 2015 (CNLS, Spectrum 2015). Entre 2004 et 2015 le taux de prévalence du VIH chez les femmes a toujours été supérieur à la prévalence chez les hommes (figure 22). Les résultats publiés en 2018 de l'enquête CAMPHIA situe la prévalence du VIH/SIDA à 3,4% chez les 15-49 ans et 3,7% chez les 15-64 ans. Par ailleurs, il est estimé à 0,2% chez les 0-14 ans.

Figure 21 : Taux de prévalence du VIH de 2004 à 2015



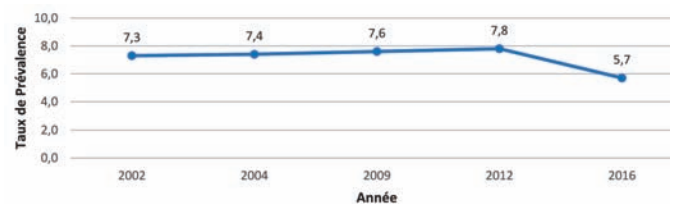
Sources : INS, EDS 2004 EDS-MICS 2011 / CNLS, Spectrum 2015.

Figure 22 : Taux de prévalence du VIH par sexe au Cameroun en 2004, 2011 et 2014



Sources : INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011 / CNLS, Spectrum 2015.

Figure 23 : Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 2002 à 2016



Sources : INS, EDS 2004 / MINSANTE, Enquête sentinelle du VIH chez les femmes enceintes 2002-2016.

20- Prévalence de l'antigène de surface du virus 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, Rapport préliminaire de l'étude épidémiologique des hépatites virales B, C et delta au Cameroun. Analyse des échantillons de l'EDS IV, 2015). Par ailleurs, le rapport CAMPHIA publié en 2018 nous montre que la prévalence de l'hépatite B chez les 15-64 ans est de 8,3% au plan national, soit 5,5% chez les femmes et 11,3% chez les hommes.

21- Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST)

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

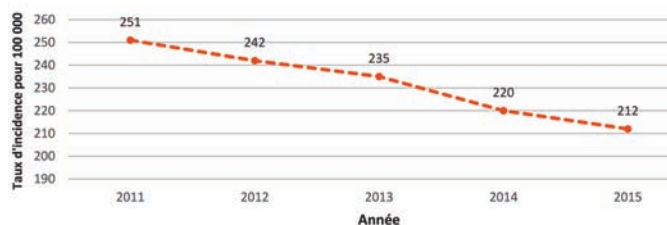
Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Toutefois selon l'EDS-MICS 4 la prévalence des IST était de 15,5% chez les femmes et de 8,5% chez les hommes en 2011.

22- Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)

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.

On observe que le taux d'incidence de la tuberculose baisse progressivement d'une année à une autre et il est parti de 251 cas pour 100 000 habitants en 2011 à 212 cas pour 100 000 habitants en 2015.

Figure 24 : Evolution du taux d'incidence de la tuberculose de 2011 à 2015



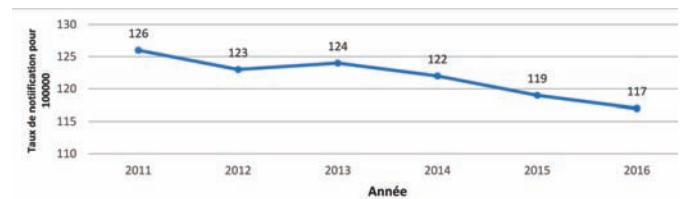
Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017

23- Taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants)

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

On observe que le taux de notification de la tuberculose baisse progressivement d'une année à une autre. Il est passé de 126 cas pour 100 000 habitants en 2011 à 117 cas pour 100 000 habitants en 2016.

Figure 25 : Evolution du taux de notification de la tuberculose de 2011 à 2016



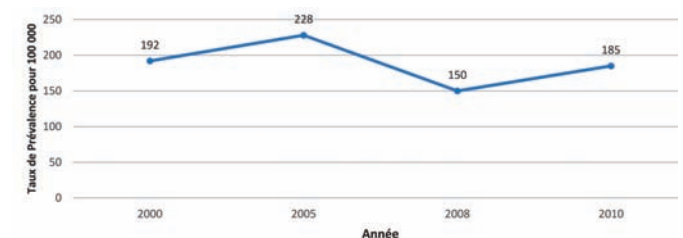
Source : MINSANTE, rapport d'activités PNL 2016

24- Taux de prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)

C'est le nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) dans une population à un moment donné (milieu de l'année civile), exprimé en taux pour 100 000 habitants.

La prévalence de la tuberculose a subi d'énormes variations depuis les années 2000. Elle était de 192 en l'an 2000 puis a culminé à 228 en 2005, a baissé à 150 en 2008 pour de nouveau remonter à 185 en 2010

Figure 26 : Evolution du taux de prévalence de la tuberculose en 2005, 2008 et 2010



Source : Banque Mondiale, RaSSS 2012.

25- 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.

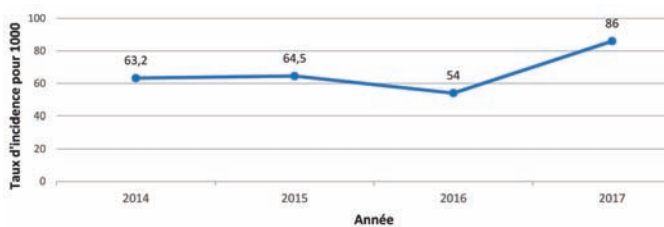
La prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois au Cameroun était de 30% en 2011 (INS, EDS-MICS 2011).

26- Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants)

C'est le nombre de cas de paludisme confirmés notifiés, pour 1000 personnes par an.

Le taux d'incidence hospitalière du paludisme après avoir augmenté de 63,2 à 64,5 pour 1000 habitants entre 2014 et 2015 a baissé à 54 pour 1000 habitants en 2016, pour passer en 2017 à 86 cas pour 1000 habitants (Figure 27).

Figure 27 : Evolution du taux d'incidence hospitalière (pour 1000 habitants) du paludisme entre 2014 et 2017



Source : MINSANTE, Rapports annuel PNLP 2014 -2017.

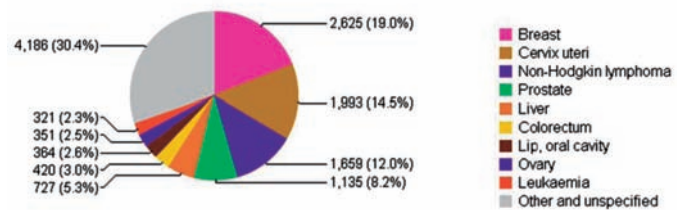
27- Incidence du cancer, par type de cancer (pour 100 000 habitants)

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

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Toutefois, selon l'étude GLOBOCAN 2012 (Estimation de l'incidence du Cancer, Mortalité et Prévalence dans le monde en 2012) le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté entre 2010 et 2012, passant de 12 000 à 14 000 cas. L'incidence des cancers les plus fréquents dans la population pour 100.000 habitants se présente ainsi : cancer du sein (35,3), cancer du col de l'utérus (30,0), lymphomes (8,1), cancer de la prostate (23,0), cancer du foie (4,8).

Dans le même temps, on observe en 2012 que c'est le cancer du sein qui est le cancer le plus fréquent dans notre contexte (19%), suivi par le cancer du col de l'utérus (14,5%), des lymphomes (12%) du cancer de la prostate (8,2%) et du cancer du foie (5,3%).

Figure 28 : Incidence du cancer au Cameroun en 2012



Source : OMS, GLOBOCAN 2012



CHAP.

2

**INDICATEURS
SUR LES
FACTEURS DE
RISQUE**

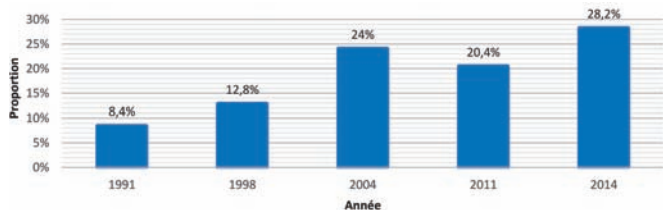
E- NUTRITION

28- Allaitement exclusif au sein des nourrissons âgés de 0 à 5 mois

C'est la proportion des nourrissons de 0 à 5 mois (<6 mois) qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel.

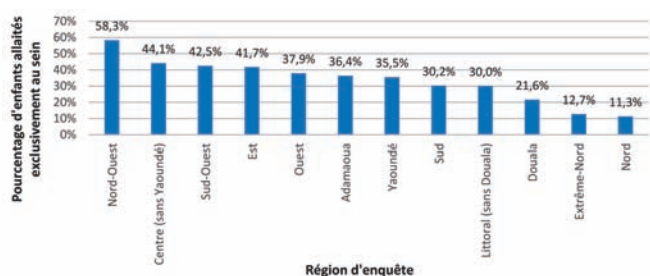
L'allaitement exclusif au sein des nourrissons de 0 à 5 mois a connu une augmentation passant de 8,4% à 24% entre 1991 et 2004, un fléchissement à 20,4% en 2011, puis une remontée à 28,2% en 2014 (figure 29). Toutefois, des disparités régionales existent. En 2014, on a enregistré une proportion de 58,3% au Nord-Ouest et 12,7% et 11,3% à l'Extrême-Nord et au Nord respectivement (Figure 30).

Figure 29 : Evolution de l'allaitement exclusif au sein des nourrissons de 1991 à 2014



Source: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

Figure 30 : Répartition par région de la proportion des nourrissons de moins de 6 mois allaités exclusivement au sein en 2014



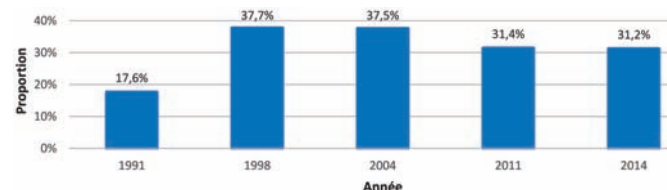
Source: INS, MICS 2014.

29- 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 17,6% en 1991 à 31,2% en 2014 avec un plateau autour de 37% entre 1998 et 2004. Toutefois, en 2014, on a noté une proportion de 33,4% et 29,7% en milieu urbain et en milieu rural respectivement.

Figure 31 : Evolution de l'initiation précoce de l'allaitement au sein de 1991 à 2014



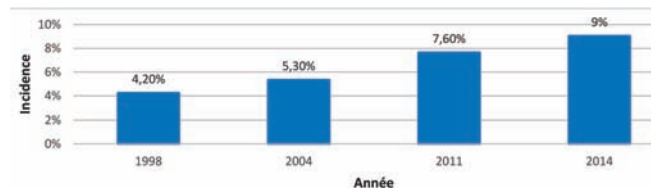
Source: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

30- 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 2500 g.

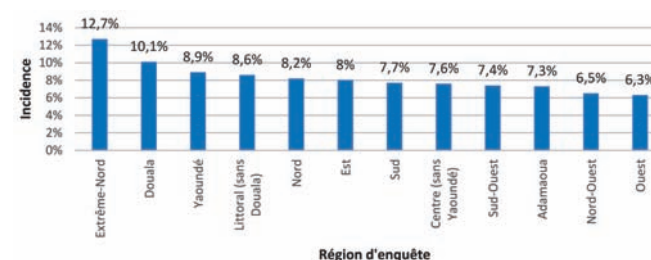
On observe une augmentation de l'incidence du faible poids de naissance chez les nouveau-nés partant de 4,2% en 1998 à 9% en 2014 (figure 32). Toutefois, des disparités régionales existent. En 2014, on a enregistré une incidence de 12,7 et de 6,3 à l'Extrême-Nord et à l'Ouest respectivement (figure 33).

Figure 32 : Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés (%) de 1998 à 2014



Source: INS, EDS 1991 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014

Figure 33 : Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés (%) par région en 2014



Source: INS, EDS 1991 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014

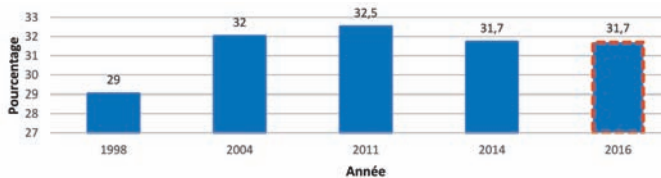
31- Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance (modéré ou grave)

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

On observe une augmentation du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance partant de 29% en 1998 à 31,7% en 2014 avec un pic à 32,5% en 2011 selon les enquête nationales (figure 34). En 2016, l'OMS a estimé ce pourcentage à 31,7% au Cameroun contre 33,5% en Afrique (OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017).

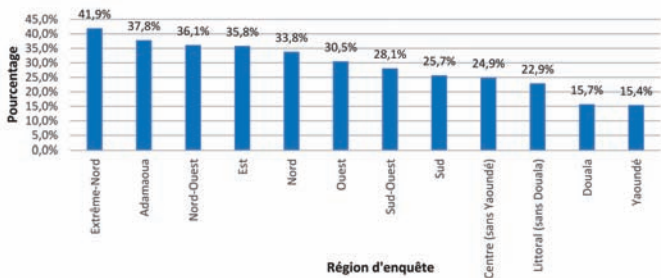
Toutefois, des disparités régionales existent, en 2014 on a enregistré une proportion de 41,9% à l'Extrême-Nord et 37,8% à l'Adamaoua (figure 35).

Figure 34 : Evolution des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance de 1998 à 2016



Source : INS, EDS 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017.

Figure 35 : Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance par région en 2014



Source : INS, MICS 2014.

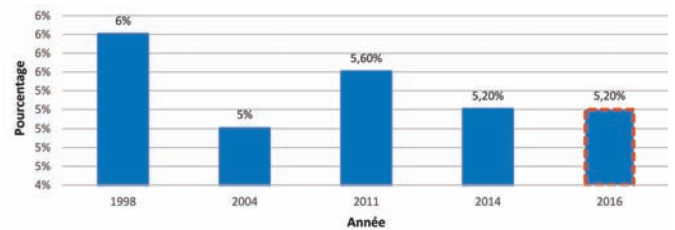
32- Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation (modérée ou grave)

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

L'état nutritionnel des enfants s'est légèrement amélioré au Cameroun. En effet, entre 1998 et 2004 on a connu une chute de la proportion des cas d'émaciation de 6% à 5%. Cependant, ce taux est reparti à la hausse dès 2011 soit 5,6% puis 5,2% en 2014 (figure 36). En 2016, l'OMS a estimé ce pourcentage à 5,2% au Cameroun contre 7,4% en Afrique (OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017).

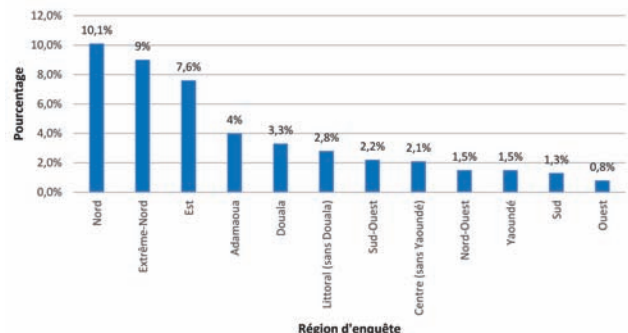
Toutefois, des disparités régionales existent, en 2014 on a enregistré une proportion de 10,1% au Nord et 9% à l'Extrême-Nord, au Nord-Ouest et 1,3% au Sud.

Figure 36 : Evolution du pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation de 1998 à 2016



Sources : INS, EDS 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, Statistiques Sanitaires mondiales 2017

Figure 37 : Pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation par région en 2014



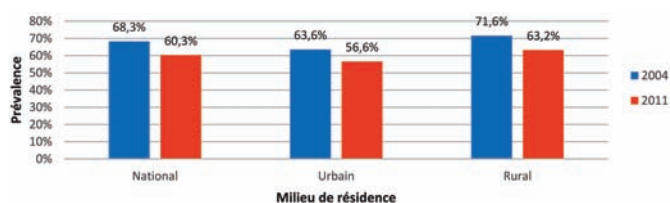
Source : INS, MICS 2014

33- 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.

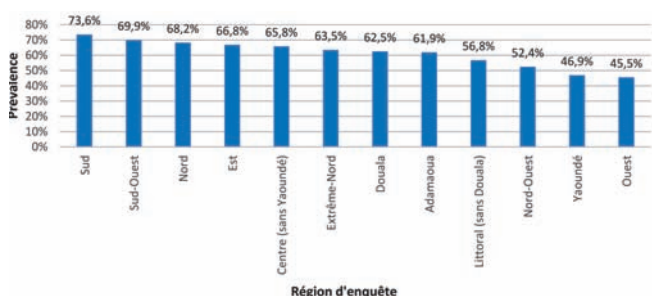
La prévalence de l’anémie chez les enfants de 6 à 59 mois est passée de 68,3% en 2004 à 60,3% en 2011. On note qu’elle est toujours supérieure en milieu rural qu’en milieu urbain avec respectivement 63,2% et 56,6% en 2011 (figure 38). Toutefois, des disparités régionales existent, en 2011 on a enregistré une proportion de 73,6% au Sud, 69,9% au Sud-Ouest et 45,5% à l’Ouest (figure 39).

Figure 38 : Prévalence (en %) de l’anémie chez les enfants de 6 à 59 mois en 2004 et 2011



Source: INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011

Figure 39 : Prévalence (en %) de l’anémie chez les enfants de 6 à 59 mois par région en 2011



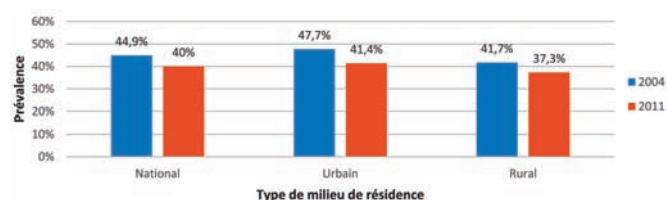
Source : INS, EDS-MICS 2011

34- 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 100 g/l pour les femmes enceintes, ajusté en fonction de l’altitude et du tabagisme.

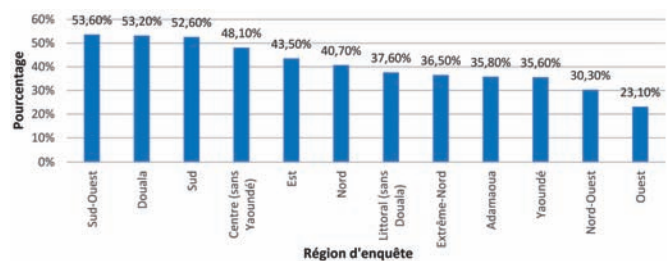
La prévalence de l’anémie chez les femmes en âge de procréer a diminué allant de 68,3% en 2004 à 60,3% en 2011. On note qu’elle est toujours supérieure en milieu urbain qu’en milieu rural avec respectivement 41,4% et 37,3% en 2011 (figure 40). Toutefois, des disparités régionales existent, en 2011 on a enregistré une proportion de 53,6% au Sud-Ouest contre 23,1% à l’Ouest et 30,3% au Nord-Ouest (figure 41).

Figure 40 : Evolution de la prévalence de l’anémie chez les femmes en âge de procréer en 2004 et 2011



Source: INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011.

Figure 41 : Prévalence de l’anémie chez les femmes en âge de procréer par région en 2011



Source: INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011.

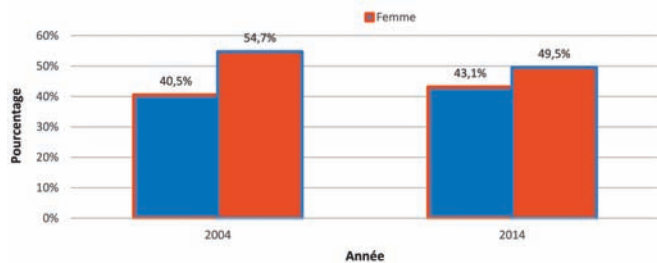
F- INFECTIONS

35- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque

C'est le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque. Pour les consommateurs de drogue par injection, on mesure également le nombre d'aiguilles utilisées par consommateur par an.

En 2004, 54,7% d'hommes et 40,5% de femmes ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque. En 2014, ce taux était en baisse chez les hommes soit 49,5% et à la hausse chez les femmes soit 43,1% (figure 42).

Figure 42 : Evolution par sexe du pourcentage des personnes ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque en 2004 et 2014



Source : INS, MICS5 2014

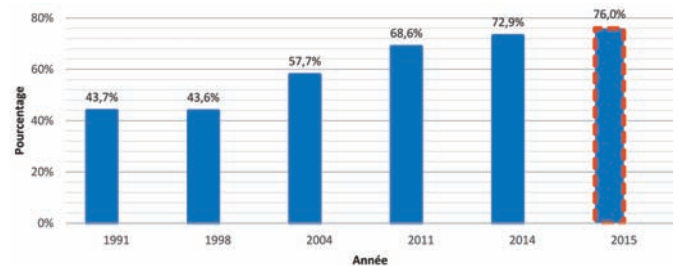
G- FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

36- Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre (améliorée)

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.

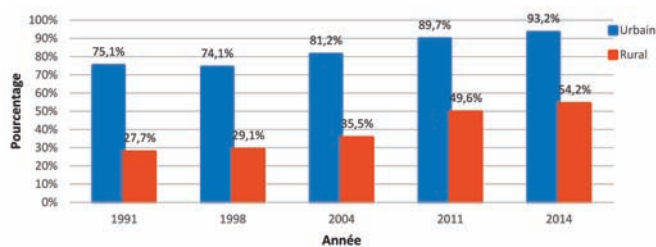
On observe entre 1991 et 2014 une nette amélioration du pourcentage de la population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre, partant de 43,7% à 72,9%. Estimée à 76% en 2015 par l'OMS, cette proportion est supérieure à la proportion moyenne de l'Afrique estimée à 68% en 2015 (OMS, Statistiques Sanitaires mondiales 2017). Toutefois, il existe une grande différence selon le milieu de résidence. En effet, en milieu urbain cette proportion était de 93,2% contrairement au milieu rural où elle est de 54,2% (figure 44).

Figure 43 : Evolution du pourcentage de la population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre de 1991 à 2015



Sources : INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, Statistiques Sanitaires mondiales 2017.

Figure 44 : Evolution par type de milieu de résidence du pourcentage de la population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre entre 1991 et 2014



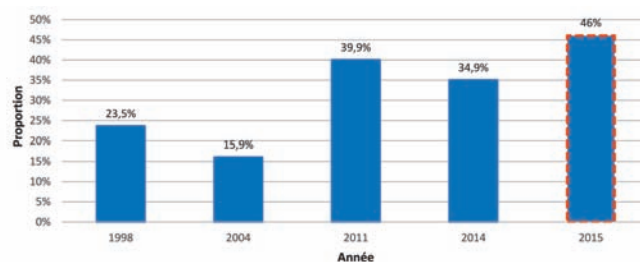
Source: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

37- Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre (améliorée)

C'est la population 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.

La proportion des populations utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre évolue en dents de scie depuis 1998. On a connu une décroissance entre 1998 (23,5 %) et 2004 (15,9%), puis une hausse en 2011 (39,9%) puis de nouveau une décroissance en 2014 (34,9%). L'OMS l'a estimée à 46% en 2015 (figure 45) contre 32% en Afrique. Toutefois, des disparités régionales existent. En 2014, on a enregistré une proportion de 25% au Sud et 12,2% à l'Extrême-Nord. De même, en milieu rural cette proportion a toujours été inférieure à la moitié de la proportion en milieu urbain (Figure 46).

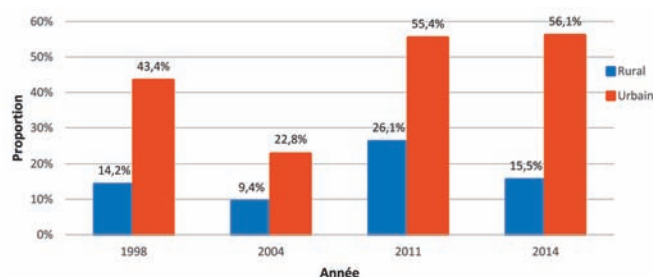
Figure 45 : Evolution de la proportion de la population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre entre 1991 et 2015



Source : INS, EDS 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, Statistiques Sanitaires mondiales 2017.

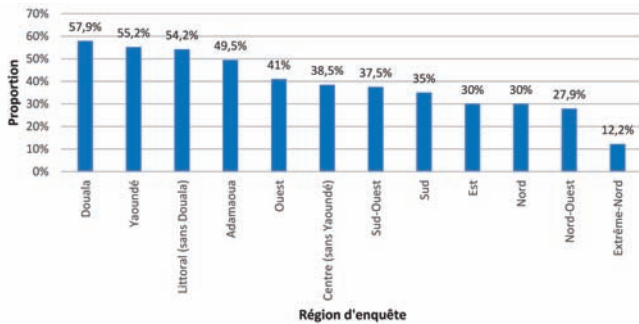
Le milieu de résidence semble jouer un rôle. Force est de constater qu'il n'a jamais dépassé les 35% en milieu rural. Bien qu'étant en chute libre depuis 1990 (65% en 1990 contre 57,6% en 2014), le taux de personnes vivant en milieu urbain et ayant accès à un service d'assainissement sûr est toujours au-dessus de 50%.

Figure 46 : Evolution de la proportion de la population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre entre 1991 et 2014 par milieu de résidence



Source : INS, EDS 1991 – 2011, MICS 2014.

Figure 47 : Evolution de la proportion de la population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre par région en 2014



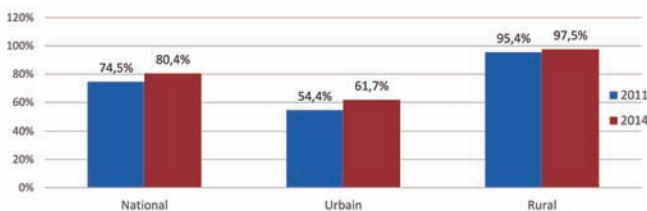
Source : MICS 2014.

38- Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer (à l'intérieur des habitations)

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.

La proportion des populations utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer à l'intérieur des habitations a évolué entre 2011 et 2014 passant de 74,5% à 80,4%.

Figure 48 : Population utilisant des combustibles modernes de 2011 à 2014

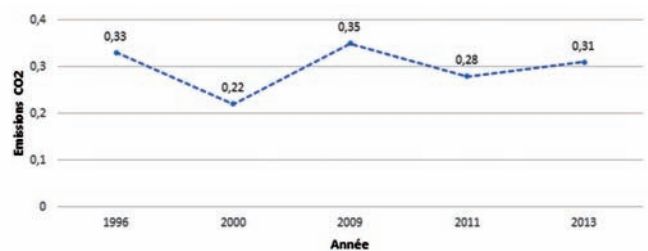


Source : EDS 2011, MICS5 2014.

39- Niveau de pollution atmosphérique en ville ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) de particules matières)

C'est la concentration moyenne annuelle de matières particulaires dont le diamètre n'excède pas 2,5 microns ($\text{PM}_{2,5}$) [$\mu\text{g}/\text{m}^3$] (ou n'excède pas 10 microns [PM_{10}] si $\text{PM}_{2,5}$ n'est pas disponible) en ville. Cet indicateur n'est actuellement pas disponible avec les données nationales. Cependant, en 2014 le niveau de pollution atmosphérique en ville au Cameroun était estimé par l'OMS à $64\mu\text{g}/\text{m}^3$ pour les particules de matière inférieure à $2,5\mu\text{m}$ de diamètre ($\text{PM}_{2,5}$) pour une moyenne de $37,4\mu\text{g}/\text{m}^3$ en Afrique (WHO, Ambient air pollution : a global assessment of exposure and burden of disease 2016). De plus, le niveau d'émissions du CO_2 par habitant en ville a évolué en dents de scie depuis 1996. En effet, On a connu une baisse du taux de pollution atmosphérique entre 1996 ($0,33$ [$\mu\text{g}/\text{m}^3$]) et 2000 ($0,22$ [$\mu\text{g}/\text{m}^3$]) puis une augmentation en 2009 ($0,35$ [$\mu\text{g}/\text{m}^3$]), une nouvelle baisse en 2011 ($0,28$ [$\mu\text{g}/\text{m}^3$]) pour atteindre $0,31$ [$\mu\text{g}/\text{m}^3$] en 2013

Figure 49 : Evolution Émissions de CO_2 (tonnes métriques par habitant) de 1996 à 2013



Source : Banque mondiale, Emissions de CO_2 par habitant 2016

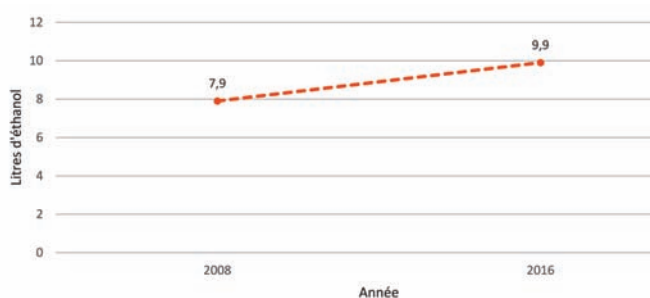
H- MALADIES NON TRANSMISSIBLES

40 - Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)

C'est la quantité totale d'alcool consommée par personne (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.

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par les données nationales. Cependant, selon les estimations de l'OMS, la consommation totale d'alcool par habitant au Cameroun est passée de 7,9 litres à 9,9 litres d'éthanol/habitant entre 2008 et 2016 (Figure 50). Tandis qu'en 2016, la moyenne en Afrique était de 6 litres d'éthanol/habitant (OMS, World statistics report 2017).

Figure 50 : Evolution de la quantité totale d'alcool consommée (en litre d'éthanol) par habitant en 2008 et 2015



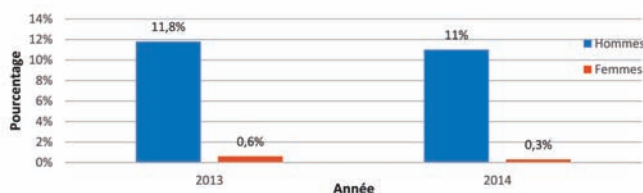
Source: OMS, World statistics report 2017

41- Consommation actuelle de tabac chez des personnes de 18 ans ou plus

C'est la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 18 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.

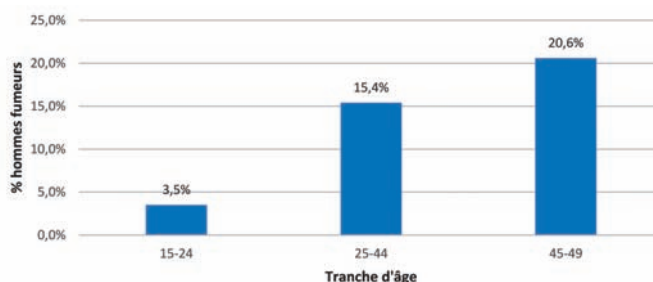
Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays pour la tranche d'âge 18 ans ou plus. Cependant, pour la tranche d'âge 15 – 49 ans, la prévalence de la consommation actuelle de tabac était de 6% en 2013 soit 11,8% pour les hommes et 0,6% pour les femmes (GATS Cameroun, 2013). En 2014, cette prévalence a connu une légère baisse tant bien chez les hommes que chez les femmes (figure 51).

Figure 51 : Evolution de la consommation actuelle de tabac par sexe chez les personnes de 15 à 49 ans entre 2013 et 2014



Source : INS, GATS 2013, MICS 2014

Figure 52 : Pourcentage d'hommes qui sont des fumeurs actuels par tranche d'âge en 2014



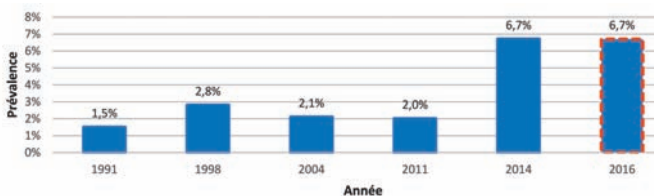
Source : INS, MICS 2014

42- Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale

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 de +2 écarts-types.

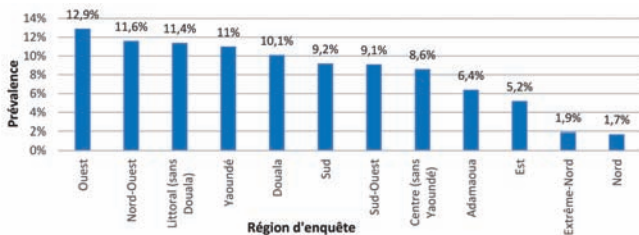
La proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une surcharge pondérale a beaucoup évolué depuis 1991. Si entre 1991 et 1998 on a connu une augmentation de ce taux (1,5% à 2,8%) on a enregistré une diminution entre 1998 et 2011 allant de 2,8% à 2%, pour avoir une croissance considérable en 2014 (6,7%) (figure 53). Toutefois en 2014 des disparités régionales existaient. Les régions de l'Ouest (12,9%) et du Nord-Ouest (11,6%), avaient les taux les plus élevés par rapport aux régions de l'Extrême-Nord (1,9%) et du Nord (1,7%) qui présentaient les taux les moins élevés. En 2016, la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 0 à 59 mois était estimée à 6,7% au Cameroun contre 4,1% en Afrique (figure 54).

Figure 53 : Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de 1991 en 2016



Source: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, World Health Statistics 2017.

Figure 54 : Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5ans par région en 2014



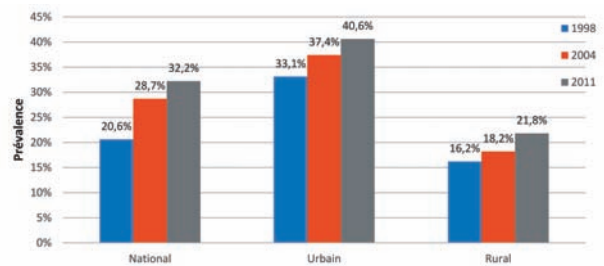
Source: INS, MICS 2014.

43- Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée 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).

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays pour la population générale et n'est disponible que chez les femmes de 15 à 49 ans. En effet, selon les enquêtes nationales, la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les femmes de 15 à 49 ans est passé de 20,6% en 1998 à 32,2% en 2011. Cette prévalence est près de deux fois plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Figure 55 : Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les femmes de 15 à 49 ans entre 1998 et 2011



Sources: INS, EDS 1998 – 2004, EDS-MICS 2011

44- Prévalence de l'hypertension chez les personnes de 18 ans ou plus

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 la pression artérielle systolique moyenne.

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par les données nationales. Toutefois cette prévalence était estimée par l'OMS à 22% en 2010 (OMS, Global status report on NCDs, 2014). Notons aussi que des études récentes sur un échantillon sélectif ont estimé la prévalence urbaine de l'hypertension à 29,7% en 2015 (Kingue et al. 2015). Le stress du monde professionnel et des foyers peut en être la cause. Les hommes sont plus atteints que les femmes avec un taux de 39,6% contre 34,2%

45- Élévation de la glycémie/du diabète chez l'adulte

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.

Cet indicateur ne dispose pas de données nationales. Toutefois cette prévalence était estimée par l'OMS à 5,8% en 2010 (OMS, Global status report on NCDs, 2014). Notons aussi que des études récentes sur un échantillon sélectif ont estimé la prévalence urbaine du diabète à 6,6% en 2015 (Kingue et al. 2015)

46- Apport en sel

C'est la quantité de sodium excrétée dans les échantillons d'urine de tous les répondants de 18 ans ou plus. La méthode de référence pour estimer l'apport de sel est le recueil des urines de 24 heures. Toutefois, d'autres méthodes telles que le prélèvement d'urine ponctuel ou les enquêtes sur la fréquence de consommation des aliments peuvent être plus faciles à mettre en oeuvre au niveau de la population.

Le pays ne dispose pas de données nationales pour cet indicateur. Toutefois, selon une étude internationale publiée en 2013 (Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide), la quantité de sel en gramme par jour (g/j) pour les personnes âgées de 20 ans et plus était estimée à 5,25g/j en 1990 et à 5,30 g/j en 2010.

47- Activité physique insuffisante chez l'adulte

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.

Le pays ne dispose pas de données nationales pour cet indicateur. Toutefois, cette prévalence était estimée par l'OMS à 29,3% en 2010 (OMS, Global status report on NCDs, 2014).

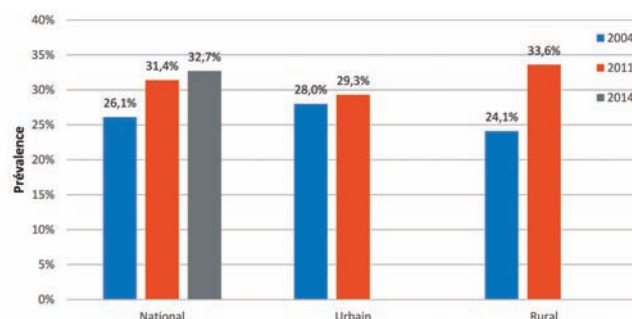
I- TRAUMATISMES

48 - Prévalence de la violence infligée par le partenaire intime

C'est le pourcentage des jeunes filles et des femmes de 15 à 49 ans actuellement en couple qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime actuel au cours des 12 derniers mois.

La prévalence de la violence infligée par le partenaire intime a augmenté entre 2004 et 2014 allant de 26,1% à 32,7% (figure 56). En 2011, cette prévalence était plus élevée en milieu rural qu'urbain, tandis que l'inverse était observé 7 ans plus tôt.

Figure 56 : Evolution de la prévalence de la violence infligée par le partenaire intime entre 2004 et 2014



Sources: INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014



CHAP.

3

**INDICATEURS
SUR LES
COUVERTURES
DES SERVICES**

J- SANTÉ REPRODUCTIVE ET SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

49- Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes

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.

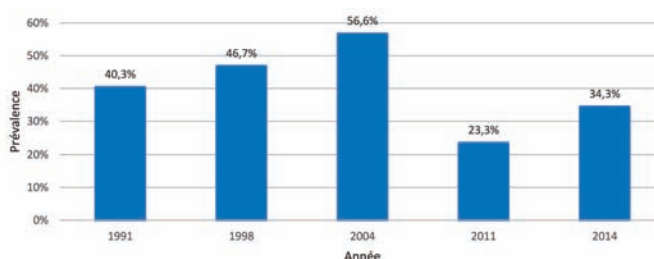
L'indicateur n'est disponible que pour l'année 2011 et était de 40,1% (EDS-MICS 2011). Cependant, en 2015 le pourcentage des besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes était estimé par l'OMS à 42,7% au Cameroun contre 49,6% en Afrique.

50- Taux de prévalence de la contraception

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

Pour les femmes mariées ou en couple, le taux de prévalence de la contraception a connu une hausse entre 1991 et 2004. Puis entre 2004 et 2011, il a diminué de moitié allant de 56,6% à 23,3%, avant de croître à nouveau jusqu'à 34,3% en 2014 (Figure 57).

Figure 57 : Evolution du taux de prévalence de la contraception de 1991 à 2014



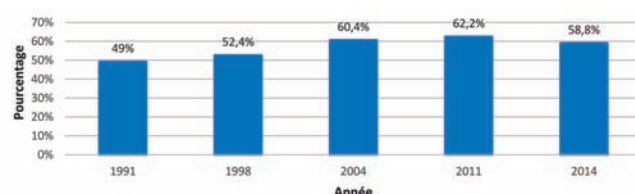
Sources : INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

51- Couverture par les soins anténatals - au moins quatre consultations (%)

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

On observe une évolution de la valeur de cet indicateur de 49% en 1991 à 58,8% en 2014.

Figure 58 : Evolution de la couverture par les soins anténatals de 2004 à 2014



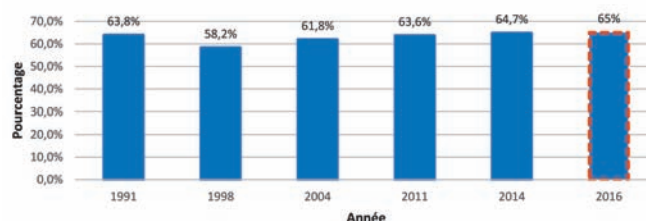
Sources : INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014

52- Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)

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

Après une baisse de 63,8% à 58,2% entre 1991 et 1998, le pourcentage des naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié a augmenté jusqu'à 64,7% en 2014 (figure 59). En 2016, il a été estimé à 65% pour le Cameroun contre 53% dans la région Afrique de l'OMS en 2016 (OMS, World Health Statistics 2017).

Figure 59 : Evolution du pourcentage des naissances assistées par du personnel de santé qualifié entre 1991 et 2016



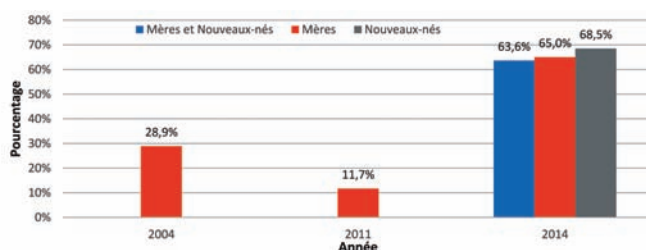
Sources : INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014 / OMS, World Health Statistics 2017.

53- Couverture par les soins postnatals

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

Les nouveau-nés n'ont été pris en compte dans le dénominateur qu'en 2014 dans le calcul de la couverture par les soins postnataux, couverture qui était de 63,6% cette même année avec 65% des mères ayant bénéficié des soins postnatals et 68,5% des enfants. Par ailleurs, en 2004 et 2011 le pourcentage des mères ayant bénéficié de soins postnatals est respectivement de 28,9% et 11,7%.

Figure 60: Evolution de la couverture par les soins postnatals entre 2004 et 2014



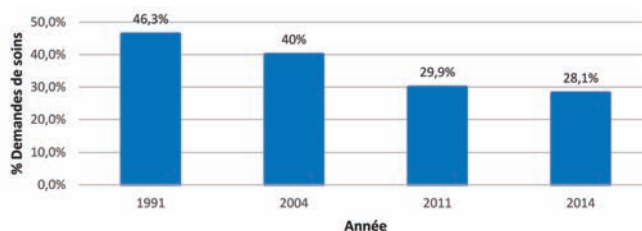
Sources : INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

54- Demande de soins pour des 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 pour des soins lors d'une suspicion des symptômes de pneumonie connaît une tendance baissière. Entre 1991 et 2014 on a connu une baisse de la demande de soins allant de 46,3% à 28,1%.

Figure 61 : Evolution de la demande de soins pour les symptômes de pneumonie entre 1991 et 2014



Sources : INS, EDS 1991 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

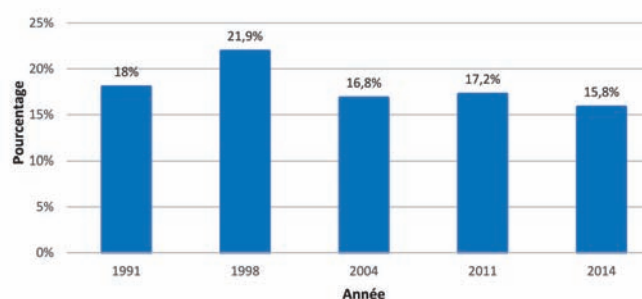
55- Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)

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 Solution de Réhydratation Orale(SRO) (fluides préparés à partir de sachets de SRO ou boisson SRO pré conditionnée).

Après une augmentation de 18% à 21,9% entre 1991 et 1998, le pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée ayant reçu une SRO a baissé jusqu'à 15,8% en 2014 (figure 62).

Toutefois, des disparités régionales existent. En 2014, il était de 43,6% au Nord-Ouest, 33,5% au Littoral sans Douala de 12,1% à l'Ouest et 7,2% à l'Extrême-Nord.

Figure 62 : Evolution du pourcentage d'enfants souffrant de diarrhée ayant reçu le SRO de 1991 en 2014



Sources : INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014

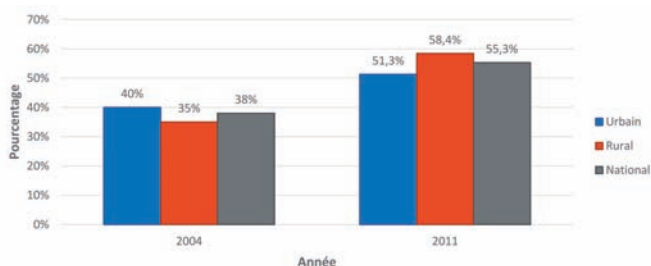
56- Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A

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.

Cet indicateur n'est renseigné que pour les enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête et non au cours des 12 derniers mois comme défini par l'indicateur.

Ceci étant, la proportion d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête était de 38% en 2004 et de 55,3% en 2011 avec des disparités entre la zone urbaine et rurale. En 2004, les enfants habitants la zone urbaine étaient plus couverts que ceux en zone rurale, tendance qui s'est inversée en 2011.

Figure 63 : Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois précédents l'enquête entre 2004 et 2011



Sources: INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011.

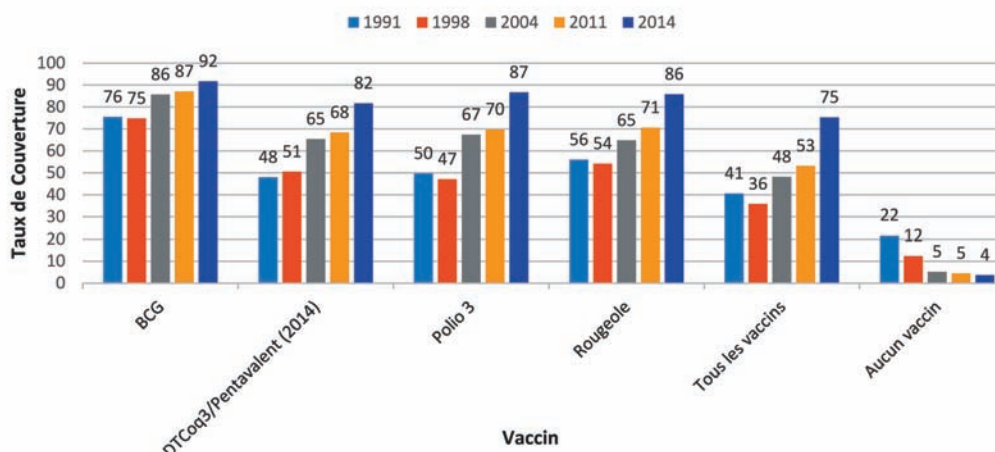
K- VACCINATION

57- Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national

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 d'un pays (par exemple Bacille de Calmette–Guerin (BCG) ; poliomyélite ; vaccin anti-pneumococcique conjugué (VPC) ; rotavirus ; vaccin contre diphtérie, tétanos, coqueluche-hépatite B-Haemophilus influenzae type B (DTC-HepB- Hib) ; rougeole (MCV) ; rubéole ; papillomavirus humain (VPH) ; anatoxine tétanique (TT) ; grippe ; et autres tels que déterminés par le programme national).

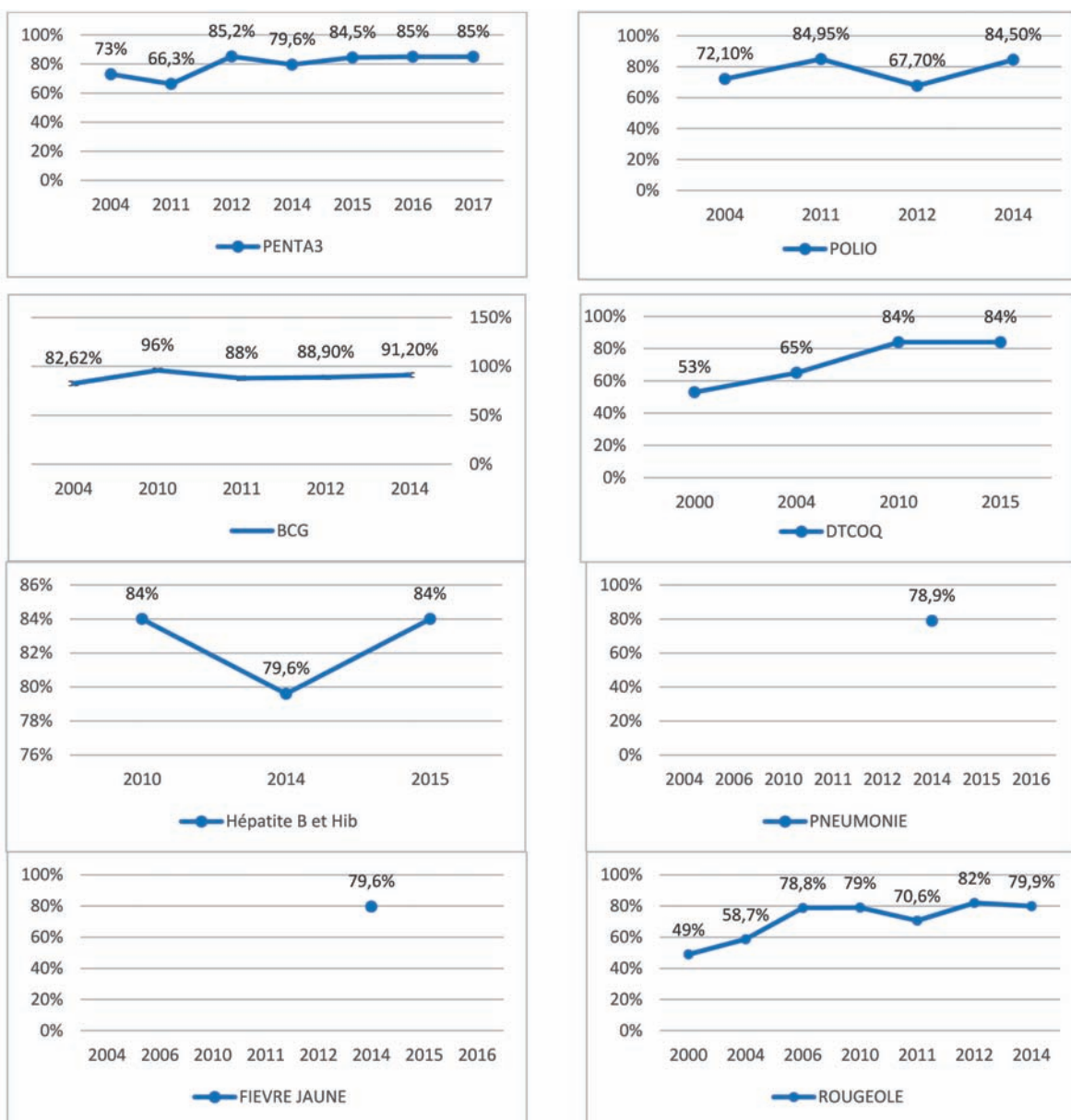
D'une manière générale, le taux de couverture vaccinale a augmenté de 41% en 1991 à 75% en 2014 après une baisse à 36% en 1998 (Figure 64).

Figure 64 : Couvertures vaccinales des vaccins prévus dans le Programme Elargi de Vaccination entre 1991 et 2014



Sources: INS, EDS 1991 – 1998 – 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

Figure 65 : Courbes évolutives des couvertures vaccinales par vaccin



Source : MINSANTE, rapport d'activités PEV 2000 – 2017.

L- VIH/TUBERCULOSE

58- Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé (%)

C'est le pourcentage des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé.

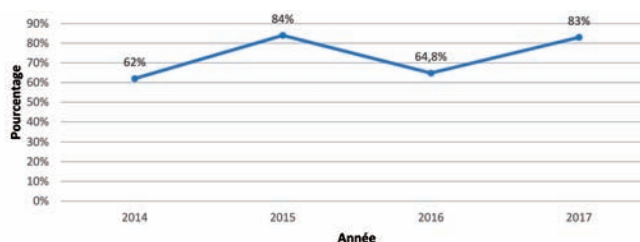
Sur les 561 107 personnes vivant avec le VIH estimées en 2017 (Estimations SPECTRUM 2017), 333 772 ont été dépistées séropositives soit 66,09% (Bulletin Epidémiologique de l'Infection à VIH au Cameroun, quatrième trimestre 2017).

59- 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.

La proportion des femmes enceintes mises sous traitement ARV évolue en dents de scie depuis 2014. On a observé une hausse entre 2014 (62%) et 2015 (84%) puis une baisse à 64,8 % en 2016 pour augmenter de nouveau en 2017

Figure 66 : Pourcentage des femmes enceintes séropositives mises sous ARV de la prévention de la transmission mère-enfant de 2014 à 2017



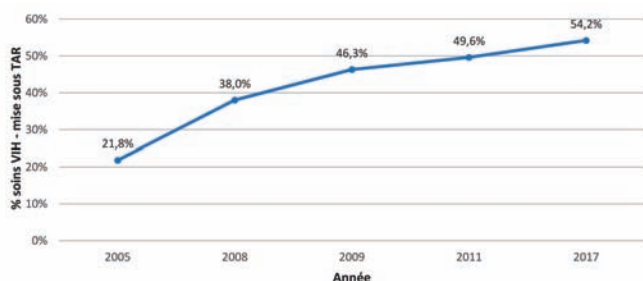
Source : MINSANTE, Rapport de progrès PTME 2014 – 2017.

60- Couverture par les soins de l'infection à VIH

C'est le nombre et le pourcentage de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) recevant actuellement un traitement contre le VIH, représenté par le fait d'avoir été pris en charge par au moins une des méthodes suivantes durant la période étudiée : évaluation clinique de l'infection à VIH selon les stades cliniques de l'OMS ou test de numération des CD4 ou test de charge virale ou mise sous TARV.

Cet indicateur n'est actuellement calculé qu'à partir des données de mise sous TARV au niveau national, car les données concernant les autres aspects de la prise en charge ne sont pas renseignées. Le pourcentage des PVVIH ayant reçu des soins contre l'infection à VIH est passé de 21,8% à 54,2% entre 2005 et 2017.

Figure 67 : Evolution de la Couverture par les soins de l'infection à VIH (mise sous TAR) de 2005 à 2017



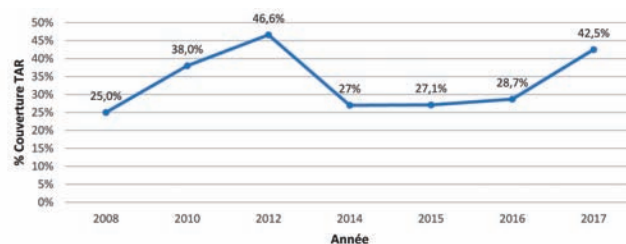
Source : MINSANTE, Rapports annuels CNLS 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017.

61- Couverture par le traitement anti-rétroviral (TARV) (%)

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

La couverture par le traitement antirétroviral a évolué en 3 phases entre 2008 et 2017. On a connu une hausse de 2008 à 2012 passant de 25% à 46,6% puis une baisse de 2012 à 2014 où l'on atteint 27% suivie d'une nouvelle hausse entre 2014 et 2017 où l'on a atteint 42,5% de couverture par le traitement antirétroviral.

Figure 68 : Evolution de la couverture par le traitement antirétroviral de 2008 à 2017



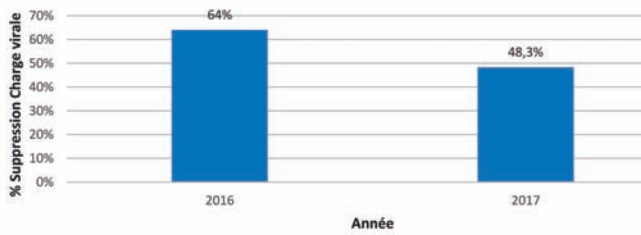
Source : MINSANTE, Rapports annuels CNLS 2008-2017

62- Suppression de la charge virale du VIH

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

Chez les 64% de personnes en 2016 sous TARV ayant un niveau de charge virale ≤ 1000 copies/ml de 64% en 2016 contre 48,3% en 2017. Le rapport préliminaire en 2018 de l'enquête CAMPHIA situe cet indicateur à 40,9% chez les 15-49 ans et 44,7% chez les 15-64 ans.

Figure 69 : Evolution de la suppression de la charge virale du VIH entre 2016 et 2017



Source : MINSANTE, Rapport annuel CNLS 2016 – 2017.

63- Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH

C'est le nombre de patients ayant commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total des personnes nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH pendant une période donnée.

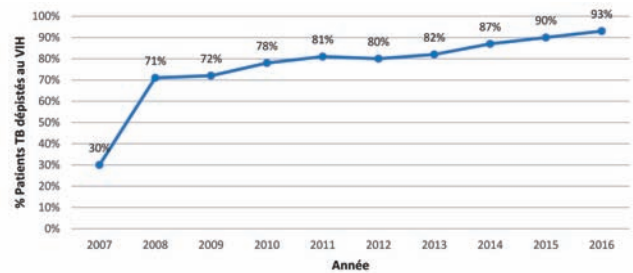
Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Toutefois, sont disponibles les données sur les patients séropositifs ayant reçu une thérapie (pas forcément nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH) préventive à tuberculose et varie de 38% à 34% entre 2013 et 2016.

64- Résultats du test de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux enregistrés, nouveaux et en rechute

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

On observe une évolution progressive de la connaissance des résultats de VIH chez les patients tuberculeux de 2007 à 2016 où l'on est passé de 30% à 93%.

Figure 70 : Evolution du pourcentage des patients tuberculeux dépistés au VIH de 2007 à 2016



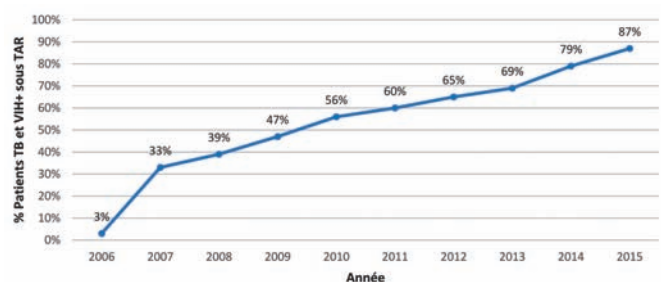
Source : MINSANTE, Rapport d'activités PNLT 2007 à 2016

65- Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TARV) pendant le traitement antituberculeux

C'est le nombre de patients tuberculeux nouvellement infectés et en rechute séropositifs pour le VIH placés sous TAR pendant leur traitement antituberculeux, exprimé en pourcentage du nombre de patients enregistrés pendant une période donnée.

On observe une augmentation annuelle du pourcentage des patients tuberculeux et séropositifs sous TAR pendant le traitement antituberculeux allant de 3% de 2006 à 87% en 2015.

Figure 71 : Evolution du pourcentage des Patients tuberculeux et séropositifs sous TAR pendant le traitement antituberculeux de 2006 à 2015



Source : MINSANTE, Rapport d'activités PNLT 2006 à 2016

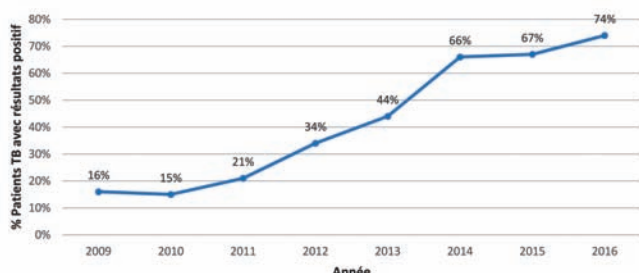
M- TUBERCULOSE

66- Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme

C'est le nombre de patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, séropositifs pour le VIH, places sous TARV pendant leur traitement antituberculeux, exprimé en pourcentage du nombre de patients enregistrés pendant une période donnée.

Le pourcentage des patients tuberculeux ayant un résultat d'antibiogramme positif est passé de 16% en 2009 à 74% en 2016.

Figure 72 : Evolution du pourcentage des patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme disponibles de 2009 à 2016



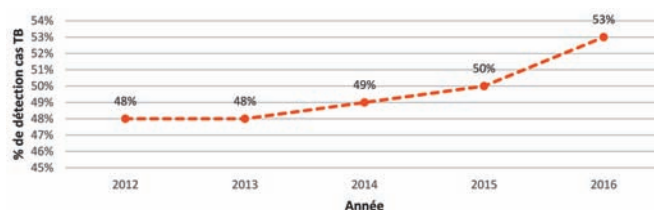
Source : MINSANTE, Rapport PNLT 2009 à 2016.

67- Taux de détection des cas de tuberculose

C'est le pourcentage des cas de tuberculose avec résultats d'antibiogramme pour la résistance à l'isoniazide et à la rifampicine pendant une période donnée.

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. D'après les chiffres de l'OMS, l'on observe une augmentation progressive du taux de détection des cas de tuberculose. Il est parti de 48% en 2012 à 53% en 2016 (figure 73).

Figure 73 : Evolution du taux de détection des cas de tuberculose entre 2012 et 2016



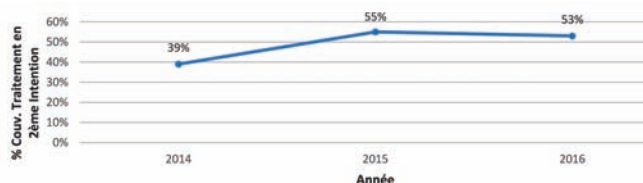
Source : OMS, Profil pays 2012 à 2016

68- Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multi résistante

C'est le pourcentage des patients tuberculeux dont le cas a été notifiés, chez lesquels on a suspecté puis détecté une tuberculose multi résistante et qui suivent un traitement de deuxième intention contre la tuberculose pendant une période spécifiée.

La couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multi résistante a évolué entre 2014 et 2015 allant de 39% à 55% puis connu une légère baisse en 2016 atteignant ainsi 53%.

Figure 74 : Evolution de la couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multi résistante entre 2014 et 2016



Source : MINSANTE, Rapport d'activités PNLT 2014 – 2015 – 2016.

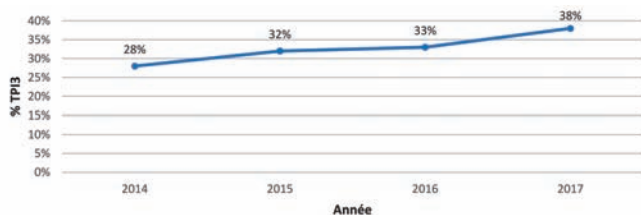
N- PALUDISME

69- Traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes (TPI3)

C'est le pourcentage des femmes ayant reçu au moins trois doses de Traitement Préventif Intermittent pendant les consultations prénatales durant leur dernière grossesse.

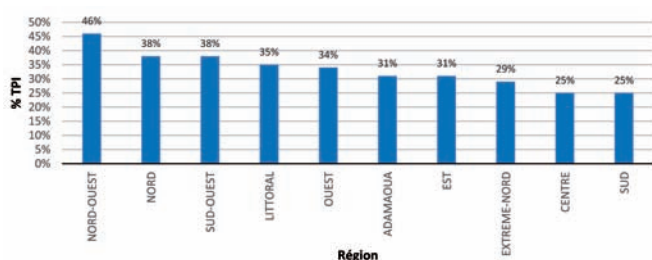
Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu au moins la TPI3 a connu une évolution progressive allant de 28% en 2014 à 38% en 2017 (figure 75). Toutefois, des disparités régionales existent. En 2017, il était de 50,8 au Nord-Ouest, 41,7% au Nord et de 30,6% au Centre et 28,6% au Sud (figure 76).

Figure 75 : Evolution du pourcentage des femmes enceintes ayant reçu la TPI3 entre 2014 et 2017



Source : MINSANTE, Rapports annuels PNLP 2014 à 2017.

Figure 76 : Situation du TPI pour les femmes enceintes par région en 2016



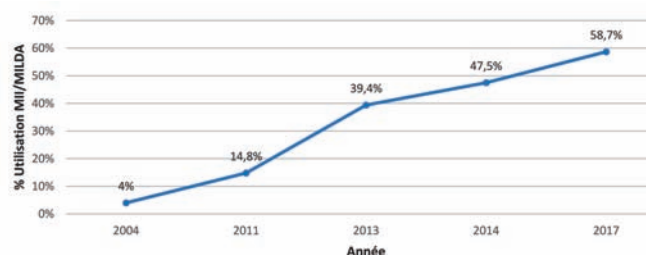
Source : MINSANTE, Rapport annuel PNLP 2017.

70- Utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide (%)

C'est le pourcentage de la population dans les régions d'endémie palustre ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide la nuit précédente.

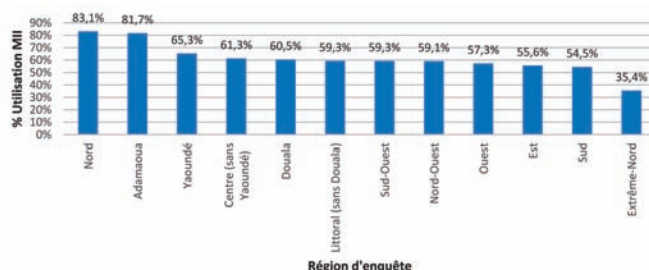
On observe une croissance du pourcentage d'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) allant de 4% en 2004 à 58,7% en 2017 (figure 77). Toutefois, des disparités régionales existent. En 2017, il était de 83,1% au Nord, 81,7% à l'Adamaoua et de 54,5% au Sud et 35,4% à l'Extrême-Nord (figure 78).

Figure 77 : Evolution du pourcentage d'utilisation des moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) entre 2004 à 2017



Source : INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014, EPC-MILDA 2013 – 2017.

Figure 78 : Pourcentage d'utilisation des moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par région en 2017



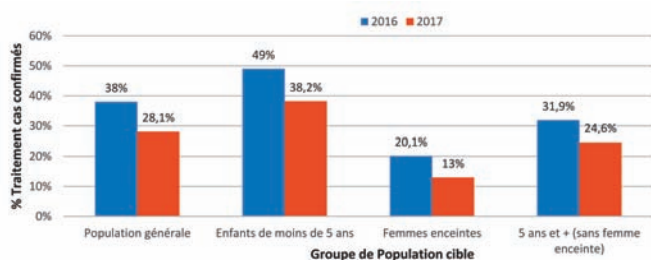
Source : INS, EPC-MILDA 2016/2017.

71- Traitement des cas de paludisme confirmés (%)

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

Ce pourcentage passé de 38% en 2016 à 28,1% en 2017. Il est le plus bas dans la population cible des femmes enceintes avec 13% en 2017 contre 38,2% chez les enfants de moins de 5 ans.

Figure 79 : Cas confirmés de paludisme qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention par groupe de population cible entre 2016 et 2017



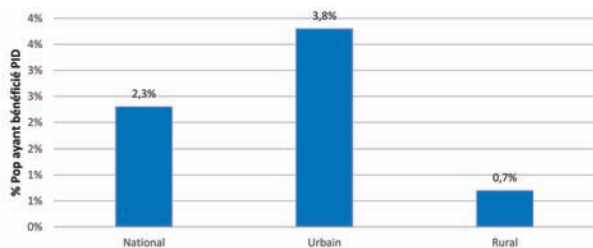
Source : MINSANTE, Rapports annuels PNLP 2016 – 2017

72- Couverture par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide 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.

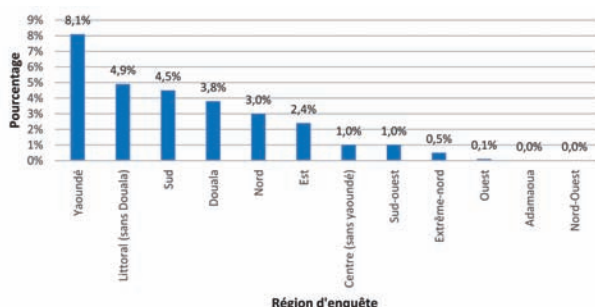
En 2011, 2,3% de domiciles avaient été pulvérisés d'insecticide à effet rémanent. La couverture étant supérieure en milieu urbain qu'en milieu rural. Elle était de 0.0% au Nord, 80,1% à l'Adamaoua, 54,3% au Sud et 35% à l'Extrême-Nord.

Figure 80 : Couverture en pulvérisation intra domiciliaire par milieu de résidence en 2011



Source : INS, EDS-MICS 2011

Figure 81 : Couverture de la pulvérisation intra domiciliaire par région en 2011



Source : INS, EDS-MICS 2011

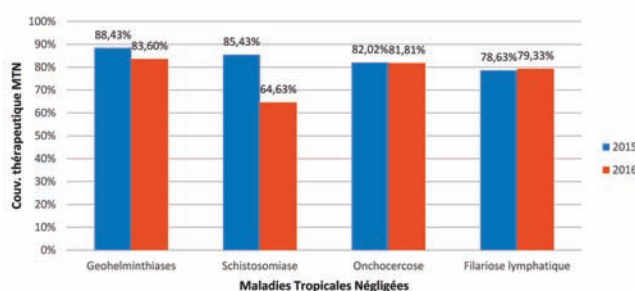
O- MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES

73- Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines Maladies Tropicales Négligées (MTN)

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, geohelminthiases, filariose lymphatique, onchocercose).

L'évolution de la couverture thérapeutique des MTN à chimiothérapie préventive a connu une évolution dépendant du type de MTN. La couverture thérapeutique pour les helminthiases et la schistosomiase a connu une régression de 2015 à 2016 passant de 88,43% à 83,60% pour les helminthiases et de 85,4% à 64,63% pour les schistosomias. Dans la même période, la couverture thérapeutique pour l'onchocercose et la filariose lymphatique a légèrement stagnée. Passant de 82% à 81,81% pour l'onchocercose et de 78,63 à 79,33% pour la filariose lymphatique.

Figure 82 : Couvertures thérapeutiques des MTN à chimiothérapie préventive de 2015 à 2016



Source : MINSANTE, Rapport d'activités MTN 2015 – 2016.

P- DÉPISTAGE ET SOINS PREVENTIFS**74- 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).

Très peu de données nationales sont disponibles pour cet indicateur. Toutefois, une étude récente (Human Papillomavirus and Related Diseases in Cameroon, 2017) estime ce pourcentage à 19,7% chez les femmes âgées de plus de 18 ans.

Q- SANTÉ MENTALE**75- Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves**

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

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Toutefois, les chiffres de l'OMS en 2011 indiquent que 0,1 pour 100.000 habitants (OMS, Atlas Santé mentale 2011) ont été admis en hospitalisation dans les hôpitaux généraux pour des problèmes psychiatriques dont 55% étaient des femmes et 10% des personnes âgées de moins de 18 ans.



CHAP.

4

**INDICATEURS
DU SYSTÈME
DE SANTÉ**

R- QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

76- Taux de mortalité péri opératoire

C'est le taux de décès (toutes causes confondues) avant sortie d'hôpital chez les patients ayant subi une ou plusieurs interventions en salle d'opération durant leur hospitalisation.

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays.

77- Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse

C'est le pourcentage d'admissions pour complications liées à une interruption de grossesse (spontanée ou provoquée) 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).

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays.

78- Ratio de mortalité maternelle hospitalière (pour 100 000 accouchements)

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 accouchements pratiqués en centre/établissement de santé.

Les données de cet indicateur sont considérées comme sous rapportées car plusieurs régions et districts sont silencieux et ne permettent pas d'avoir la situation réelle sur le terrain. Toutefois, les données disponibles(MAPE) montrent que ce ratio était de 135 et 107 décès pour 100000 accouchements respectivement en 2014 et 2017.

Tableau 2 : Nombre d'accouchements et décès hospitaliers de 2014 à 2017

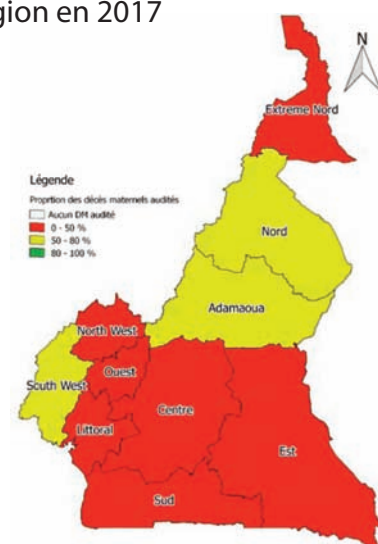
| REGION | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|--------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | Cas | Décès | Cas | Décès | Cas | Décès | Cas | Décès |
| ADAMAOUA | 10 102 | 25 | 12 722 | 22 | 16 455 | 22 | 16 140 | 25 |
| CENTRE | 45 175 | 37 | 41 553 | 42 | 50 702 | 38 | 59 102 | 59 |
| EST | 6 488 | 0 | 8 067 | 8 | 10 621 | 7 | 13 512 | 14 |
| EXTREME 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 | 6 366 | 13 | 7 487 | 6 |
| SUD OUEST | 12 753 | 16 | 16 436 | 38 | 19 465 | 42 | 21 331 | 36 |
| NATIONAL | 212 057 | 288 | 236 011 | 254 | 269 605 | 310 | 291 957 | 313 |

79- Couverture de la revue des décès maternels (%)

C'est le pourcentage de décès maternels survenus dans l'établissement qui ont été passés en revue dans le cadre d'un audit.

La revue des décès maternels a été officiellement instituée au Cameroun en 2013 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%.

Figure 83 : Couverture de la revue des décès maternels par région en 2017

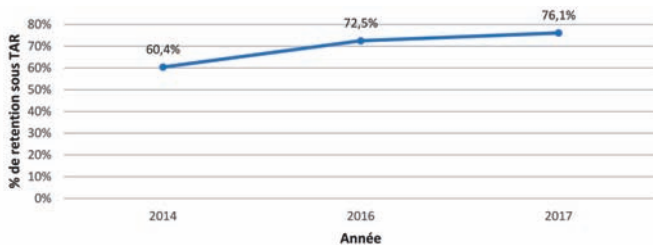


80- Taux de rétention sous TARV

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.

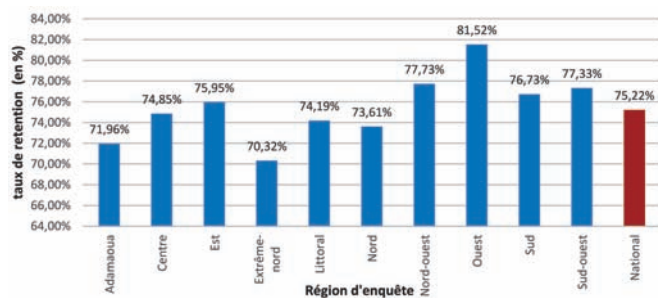
On observe une augmentation du pourcentage des PVVIH encore sous TARV 12, 24, 36 mois et plus après le début du traitement, allant de 60,4% en 2014 à 76,1% en 2017 (figure 84).

Figure 84 : Evolution du taux de rétention sous TAR de 2014 à 2017



Sources : ONUSIDA, Rapport GARP (Global AIDS Response Progress) ; MINSANTE, Rapports Annuel CNLS 2014 - 2016 – 2017.

Figure 85 : Taux de rétention par région au terme du 4ème trimestre 2017 pour les cohortes d'août, septembre et octobre 2016



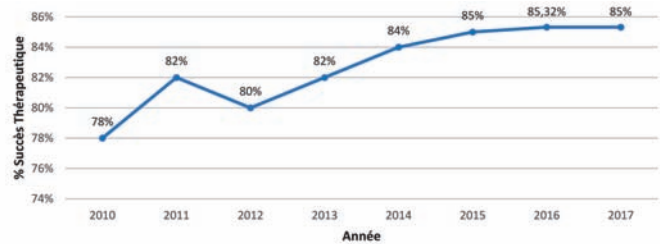
Source : MINSANTE, Bulletin épidémiologique VIH/SIDA 4ème Trimestre 2017.

81- 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.

On observe une augmentation progressive du taux de succès thérapeutique de la tuberculose. Il est passé de 79% en 2011 à 84% en 2015

Figure 86 : Evolution du Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose de 2010 à 2017



Source : MINSANTE, Rapport d'activités PNLT 2011 – 2017.

82- Disponibilité et capacité opérationnelle de 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.

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. Toutefois, l'enquête Service Delivery Indicator & Health Facility Assessment (SDI-HFA) permettra de les avoir dès la fin de l'année 2018.

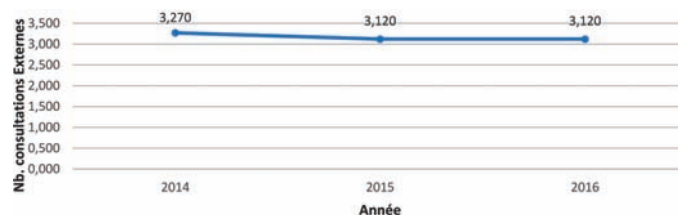
S- ACCÈS

83- Utilisation des services

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

On observe une diminution du nombre de consultations externes par personne par an, allant de 3,27 en 2014 à 3,12 en 2016.

Figure 87 : Evolution du nombre de consultations externes par personne et par an de 2014 à 2016



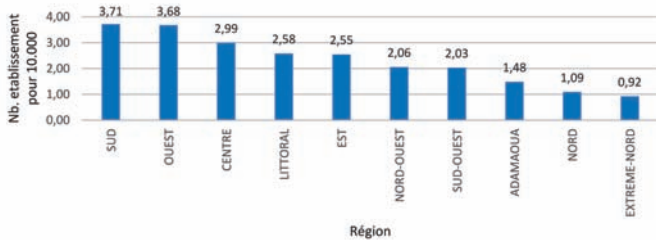
Source : MINSANTE, Rapports annuels PNLP 2014 – 2015 – 2016

84- Accès aux services de santé

C'est le pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé (nombre total des établissements de santé pour 10 000 habitants).

L'accès aux services de santé au Cameroun en 2016 était de 2,19 établissements de santé pour 10 000 habitants (MINSANTE, Carte sanitaire du Cameroun 2016). Toutefois, des disparités régionales existent. En effet, on a enregistré une proportion de 3,71 pour 10 000 au Sud contre 0,92 pour 10 000 à l'Extrême-Nord.

Figure 88 : Accès aux services de santé par région en 2016



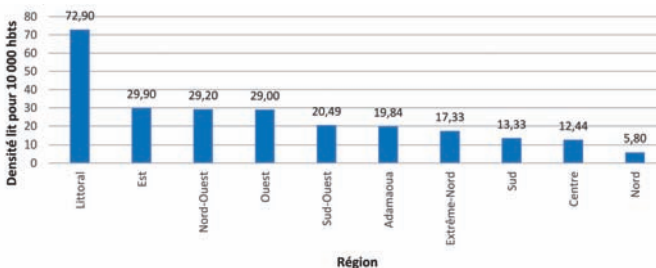
Source : MINSANTE, Carte sanitaire 2016.

85- Densité des 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 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants en 2016 (MINSANTE, Carte sanitaire du Cameroun 2016). Toutefois, des disparités régionales existent, avec 72,90 contre 5,80 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants au Littoral et au Nord respectivement.

Figure 89 : Densité des lits d'hôpitaux en 2016 par région pour 10 000 habitants



Source : MINSANTE, Carte sanitaire du Cameroun 2016.

86- Disponibilité des médicaments et des produits essentiels

C'est le pourcentage des établissements de santé disposant des médicaments essentiels et des produits d'importance vitale.

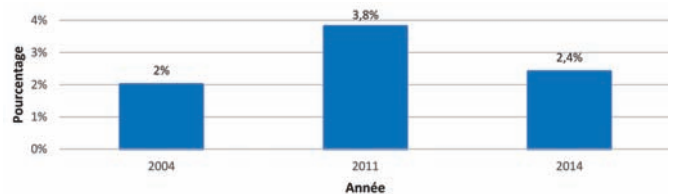
Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays.

87- Taux de césarienne

C'est le pourcentage d'accouchements par césarienne.

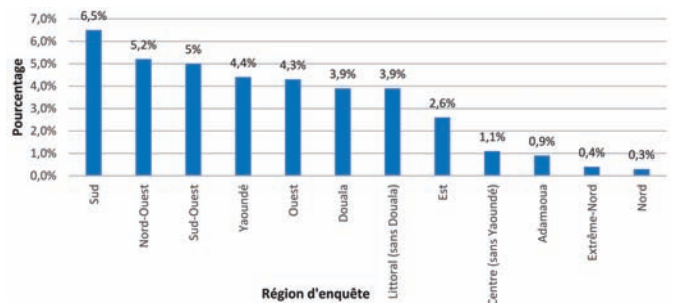
Entre 2004 et 2011 le pourcentage d'accouchement par césarienne a progressé de 2% à 3,8% avant de baisser à 2,4% en 2014 (figure 89). Toutefois, des disparités régionales existent. En 2014, on a enregistré un taux de 6,5% au Sud et 5,2% au Nord-Ouest, contre 0,4% à l'Extrême-Nord et 0,3% au Nord (figure 90).

Figure 90: Evolution du taux de césarienne de 2004 à 2014



Source: INS, EDS 2004, EDS-MICS 2011, MICS 2014.

Figure 91 : Taux de césarienne en 2014 par région



Source: INS, MICS 2014.

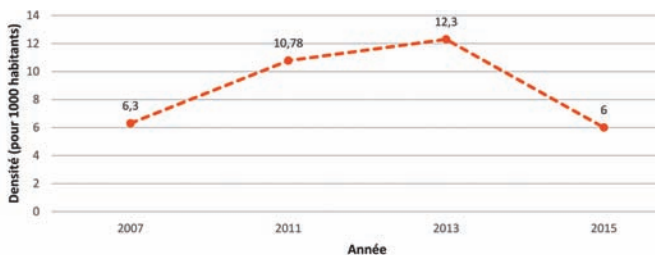
T- PERSONNEL DE SANTÉ

88- Densité et distribution du personnel de santé (pour 1000 habitants)

C'est le Nombre de professionnels de la santé pour 1000 habitants.

En 2011, il a été recensé 38207 personnels de santé, soit une densité de 1,90 personnel de santé pour 1000 habitants (MINSANTE, Rapport général du recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun, 2011). En 2015, cette densité était estimée par l'OMS à 6 pour 10 000 habitants contre 14,1 pour 10 000 habitants dans la région Afrique (OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2017).

Figure 92 : Evolution de l'estimation de la densité du personnel de santé pour 10 000 habitants par l'OMS entre 2007 et 2015



Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiale 2017.

89- Diplômés des établissements préparant aux professions de santé

C'est le nombre 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 1000 habitants.

Selon les données de la Direction des Ressources Humaines (DRH) du MINSANTE, près de 6000 professionnels de santé (infirmiers et médico-sanitaires) et environ 650 médecins sortent chaque année des différentes écoles de formation publiques et privées du pays.

U- INFORMATIONS SANITAIRES

90- Couverture par l'enregistrement des naissances

C'est le pourcentage des naissances qui sont enregistrées (sous un mois à compter du jour de la naissance) dans un système d'enregistrement des faits d'état civil.

Cet indicateur n'est actuellement pas disponible au Cameroun pour le nombre d'enfants enregistrés au plus un mois après la naissance dans un système d'enregistrement des faits civils. 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, la valeur nationale est de 66,6% en 2014 (MICS 2014).

91- Couverture par l'enregistrement des décès

C'est le pourcentage des décès qui sont enregistrés (avec mention de l'âge et du sexe).

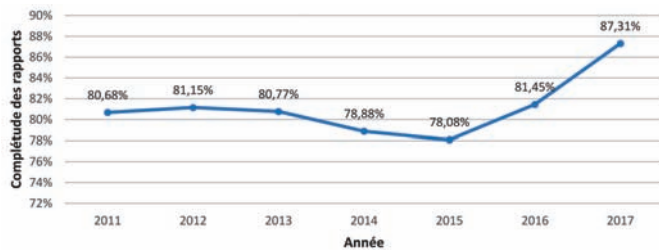
Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays.

92- Complétude des rapports des établissements de santé

Cet indicateur permet d'évaluer le pourcentage d'établissements qui effectuent les notifications dans les délais requis.

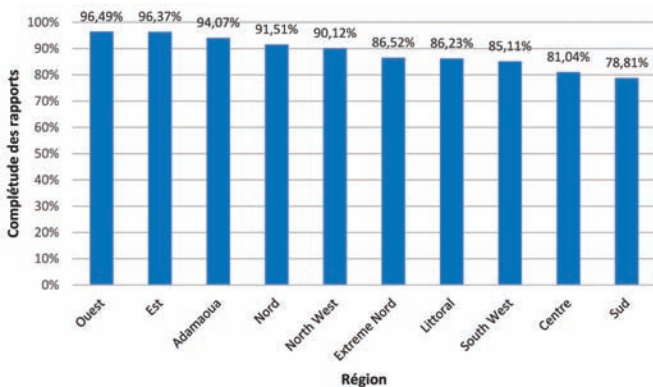
Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays. La mise en place progressive du DHIS2 avec les Rapports Mensuels d'Activités (RMA) dans toutes les formations sanitaires permettra d'avoir des données fiables. Toutefois, les données collectées par le programme de lutte contre le Paludisme permettent d'avoir une tendance globale (figure 93).

Figure 93 : Complétude des rapports du programme paludisme de 2011 à 2017



Source : MINSANTE, Rapport d'activités PNLN 2011-2017.

Figure 94 : Complétude des rapports du programme paludisme par région en 2017



Source : MINSANTE, Rapport d'activités PNLN 2017.

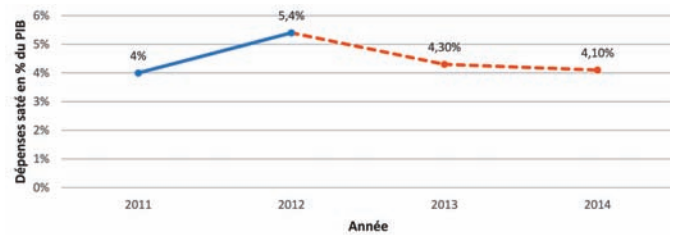
V- FINANCEMENT DE LA SANTÉ

93- Dépenses courantes totales en santé, en pourcentage du produit intérieur brut (% PIB)

Il s'agit des dépenses courantes totales en santé, en pourcentage du Produit Intérieur Brut (en % du PIB)

On observe entre 2011 et 2012 une évolution du pourcentage des dépenses en santé courantes totales en produit intérieur brut (PIB) de 4% à 5,4% (MINSANTE, Compte Nationaux de la Santé 2011 – 2012). En 2014 ,ce pourcentage a été estimé à 4,10% par l'OMS (OMS, Global Health Expenditure Database).

Figure 95 : Dépenses en santé courantes totales en pourcentage du PIB



Sources : MINSANTE, Rapport CNS 2011-2012 ; OMS, Global Health Expenditure Database (apps.who.int/nha).

94- Dépenses courantes en santé des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courante

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

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays.

Toutefois, il était estimé à 4,3% par l'OMS en 2014 contre 9,9% dans la région Afrique OMS (OMS, Global Health Expenditure Database (apps.who.int/nha).

95- Dépenses directes en santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes

C'est la part des dépenses en santé courantes totales supportée directement par les ménages, exprimée en pourcentage des dépenses en santé courantes totales (il s'agit des versements directs par les ménages).

Le pourcentage des dépenses directes en santé a augmenté de 51,4% à 70,27% entre 2011 et 2012 (MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2011 et 2012).

96- Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en 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.

Estimée à 14,4% en 2011, elle a baissé à 7,11% en 2012.

97- Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement

Ce sont les dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement

Le pourcentage des dépenses d'investissement totales dans la santé durant l'année 2011 était de 6,7%, en 2012 il est passé à 7,3% (MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2011 – 2012).

98- Ratio des dépenses catastrophiques en santé

C'est la proportion de la population (ou sous-population) confrontée à des dépenses en santé catastrophiques.

En 2001, 21,5% des ménages ont été confrontés à des dépenses en santé catastrophiques. Ce ratio a diminué à 8% en 2007 (Banque Mondiale, RaSSS 2012).

99- Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses directes en santé

Cet indicateur exprime la proportion de la population (ou sous-population) confrontée à un appauvrissement dû aux dépenses en santé directes.

Cet indicateur n'est actuellement pas renseigné par le pays.

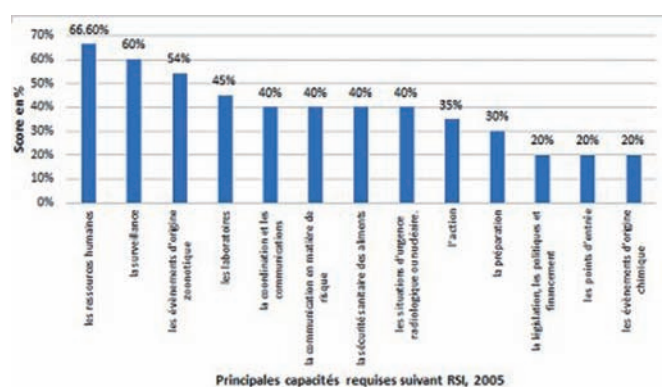
W- SÉCURITÉ SANITAIRE

100- Indice des principales capacités requises selon le Règlement Sanitaire International (RSI)

Cet indicateur mesure le pourcentage des composantes des 13 principales capacités requises selon le RSI qui ont été obtenues à un moment précis. Il s'agit de : (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 évalué à 40% en 2017 des 13 principales capacités requises selon le RSI (MINSANTE-OMS, Rapport 2017 Evaluation Externe Conjointe des principales capacités du RSI, 2015).

Figure 96 : Évaluation des 13 principales capacités requises selon le Règlement sanitaire International (RSI, 2005) en 2017



Source : MINSANTE-OMS, Rapport JEE 2017

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des indicateurs de l'Objectif de Développement Durable N° 3 – Santé et Bien être

Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

| Objectifs | Indicateurs | Valeurs récentes |
|---|--|---|
| 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes | Ratio de mortalité maternelle | Evalué par l'EDS 2011 à 782 pour 100 000 naissances vivantes et estimé par l'OMS en 2015 à 596 pour 100 000 naissances vivantes |
| | Proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié | Evalué par le MICS 2014 à 64,7%, il a été estimé par l'OMS en 2016 à 65% |
| 3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus | Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans | Evalué par le MICS 2014 à 103 pour 1000 naissances vivantes, il a été estimé par l'OMS en 2015 à 87,9 pour 1000 naissances vivantes |
| | Taux de mortalité néonatale | Evalué par le MICS 2014 à 28 pour 1000 naissances vivantes, il a été estimé par l'OMS en 2015 à 25,7 pour 1000 naissances vivantes |
| 3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles | Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et principaux groupes de population | Le rapport CAMPHIA publié en 2018 nous montre que l'incidence annuelle du VIH-SIDA chez les 15-64 ans est de 0,27% au plan national soit 0,45% chez les femmes et 0,09% chez les hommes. |
| | Incidence de la tuberculose pour 1 000 habitants | Estimée en 2015 par l'OMS à 212 cas pour 100 000 habitants |
| | Incidence du paludisme pour 1 000 habitants | Le taux d'incidence hospitalière du Paludisme en 2017 est de 86 cas pour 1000 habitants |
| | Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants | le rapport CAMPHIA publié en 2018 nous montre que la prévalence de l'hépatite B chez les 15-64 ans est de 8,3% au plan national, soit 5,5% chez les femmes et 11,3% chez les hommes. |
| | Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires | Les maladies suivies au plan national sont L'onchocercose, la filariose lymphatique, la géo helminthiase, la schistosomiase, la lèpre, le pian, la rage, et morsure de serpent. Par ailleurs, le trachome et la leishmaniose concernent uniquement les régions de l'Extrême-Nord et du Nord |

Liste des indicateurs de l'Objectif de Développement Durable N° 3 – Santé et Bien être

Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

| Objectifs | Indicateurs | Valeurs récentes |
|--|--|--|
| 3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être | Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques | Estimée par l'OMS à 22,4% en 2015 |
| | Taux de mortalité par suicide | Estimée par l'OMS à 11,9 pour 100 000 habitants en 2013 |
| 3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool | Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie | Non Disponible |
| | Abus d'alcool, défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres) par habitant (âge de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile | |
| 3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route | Taux de mortalité lié aux accidents de la route | Estimée par l'OMS à 11,9 pour 100 000 habitants en 2013 |
| 3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, | Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes | Évalué à 40,1% par l'EDS 2011 |
| | Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes du même groupe d'âge | Évalué par le rapport MICS 2014 à 119 pour 1000 jeunes filles de 15 à 19 ans, ce taux était estimé par l'OMS à 42,7% en 2015 |
| 3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable | Couverture des services de santé essentiels (définie comme la moyenne couverture des services essentiels basée sur des interventions de suivi qui incluent la reproduction, la mère, le nouveau-né et l'enfant santé, maladies infectieuses, maladies non transmissibles et la capacité de service et l'accès, parmi les plus généraux et les plus population défavorisée) | Estimé dans le rapport conjoint 2017 OMS et Banque mondiale sur la CSU à 44% |
| | Proportion de la population ayant des dépenses de ménage importantes sur la santé en tant que part des dépenses ou des revenus totaux du ménage | Estimé dans le rapport conjoint 2017 OMS et Banque mondiale sur la CSU à 10,78 (à 10% de la consommation ou du revenu total du ménage) et 2,98 (à 25% de la consommation ou du revenu total du ménage) |

Liste des indicateurs de l'Objectif de Développement Durable N° 3 – Santé et Bien être

Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

| Objectifs | Indicateurs | Valeurs récentes |
|--|--|---|
| 3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol | Taux de mortalité attribuable aux ménages et à l'air ambiant et la pollution | Données non disponible pour le pays. Toutefois, cet indicateur est estimé en 2016 par l'OMS à 180.9 pour 100 000 habitants dans la région africaine |
| | Taux de mortalité attribué à une eau insalubre et à un assainissement insalubre et manque d'hygiène (exposition à une eau insalubre, assainissement et Services d'hygiène pour tous (WASH) | Estimé par l'OMS en 2016 à 45.2 pour 100 000 habitants |

Annexe 2 : Liste des graphiques

| | |
|---|----------|
| Figure 1 : Pyramide de la population du Cameroun en 2017 | 1 |
| Figure 2 : Cameroun - Produit intérieur brut en milliard de dollars depuis 1980..... | 2 |
| Figure 3 : Espérance de vie à la naissance par sexe au Cameroun de 1990 à 2015..... | 4 |
| Figure 4 : Evolution du taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans en 1990 et 2008..... | 4 |
| Figure 5 : Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans de 1991 à 2015..... | 4 |
| Figure 6 : Evolution du taux de mortalité infantile au Cameroun de 1991 à 2014..... | 5 |
| Figure 7 : Evolution du taux de mortalité néonatale de 1991 2015..... | 5 |
| Figure 8 : Evolution du taux de mortalité néonatale par milieu de vie de 1991 à 2014..... | 5 |
| Figure 9 : Evolution du ratio de mortalité maternelle en 1998, 2004 et 2011..... | 6 |
| Figure 10 : Evolution du taux de mortalité due à la tuberculose de 2005 à 2016..... | 6 |
| Figure 11 : Evolution de la mortalité liée au sida de 2001 à 2015..... | 6 |
| Figure 12 : Taux de mortalité due au paludisme entre 2013 et 2017..... | 6 |
| Figure 13 : Pourcentage des décès liés au paludisme par région en 2017..... | 6 |
| Figure 14 : Mortalité entre 30 et 70 ans attribuables aux maladies non transmissibles (MNT de 2011 à 2015..... | 7 |
| Figure 15 : Mortalité entre 30 et 70 ans attribuables aux maladies non transmissibles, par maladie en 2011 et 2014 | 7 |
| Figure 16 : Taux de fécondité des adolescentes au Cameroun entre 1991 et 2014..... | 7 |
| Figure 17 : Taux de fécondité des adolescentes pour 1000 par région d'enquête INS en 2014 | 8 |
| Figure 18 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité de 1991 à 2014..... | 8 |
| Figure 19 : Indice synthétique de fécondité par région d'enquête INS en 2014..... | 8 |
| <i>Tableau 1 : Nombre de Cas confirmés de certaines Maladies évitables par la vaccination de 2014 à 2017.....</i> | <i>8</i> |
| Figure 20 : Taux d'incidence du VIH de 2001 à 2016..... | 9 |
| Figure 21 : Taux de prévalence du VIH de 2004 à 2015..... | 9 |
| Figure 22 : Taux de prévalence du VIH par sexe au Cameroun en 2004, 2011 et 2014..... | 9 |
| Figure 23 : Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 2002 à 2016..... | 9 |
| Figure 24 : Evolution du taux d'incidence de la tuberculose de 2011 à 2015..... | 10 |
| Figure 25 : Evolution du taux de notification de la tuberculose de 2011 à 2016..... | 10 |
| Figure 26 : Evolution du taux de prévalence de la tuberculose en 2005, 2008 et 2010..... | 10 |
| Figure 27 : Evolution du taux d'incidence du paludisme entre 2014 et 2017..... | 10 |
| Figure 28 : Incidence du cancer au Cameroun en 2012..... | 10 |
| Figure 29 : Evolution de l'allaitement exclusif au sein des nourrissons de 1991 à 2014..... | 13 |
| Figure 30 : Répartition par région de la proportion des nourrissons de moins de 5ans allaités exclusivement au sein en 2014 | 13 |
| Figure 31 : Evolution de l'initiation précoce de l'allaitement au sein de 1991 à 2014..... | 13 |

Liste des graphiques

| | |
|---|----|
| Figure 32 : Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés (%) de 1998 à 2014..... | 13 |
| Figure 33 : Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés (%) par région en 2014..... | 13 |
| Figure 34 : Evolution des enfants de moins de 5ans présentant un retard de croissance de 1998 à 2016.... | 14 |
| Figure 35 : Evolution des enfants de moins de 5ans présentant un retard de croissance par région en 2014 | 14 |
| Figure 36 : Evolution du pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation de 1998 à 2016 | 14 |
| Figure 37 : Evolution du pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation par région en 2014 | 14 |
| Figure 38 : Evolution de la prévalence (en %) de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois en 2004 et 2011 | 15 |
| Figure 39 : Evolution de la prévalence (en %) de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois par région en 2011..... | 15 |
| Figure 40 : Evolution de la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer en 2004 et 2011 | 15 |
| Figure 41 : Evolution de la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer par région en 2011..... | 15 |
| Figure 42 : Evolution par sexe du pourcentage des personnes ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque | 16 |
| Figure 43 : Evolution du pourcentage de la population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre entre 1991 et 2015 | 16 |
| Figure 44 : Evolution par type de milieu de résidence du pourcentage de la population utilisant un service de boisson géré de manière sûre entre 1991 et 2014 | 17 |
| Figure 45 : Evolution de la proportion de la population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre entre 1991 et 2015 | 17 |
| Figure 46 : Evolution de la proportion de la population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre entre 1991 et 2014 par milieu de résidence | 17 |
| Figure 47 : Evolution de la proportion de la population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre par région en 2014 | 18 |
| Figure 48 : Evolution de la population utilisant des combustibles modernes de 2001 à 2014..... | 18 |
| Figure 49 : Evolution Émissions de CO2 (tonnes métriques par habitant) de 1996 à 2013..... | 19 |
| Figure 50 : Evolution de la quantité totale d'alcool consommée (en litre d'éthanol) par habitant en 2008 et 2015..... | 19 |

Liste des graphiques

| | |
|--|----|
| Figure 51 : Evolution de la consommation actuelle de tabac par sexe chez les personnes de 15 à 49 ans entre 2013 et 2014 | 19 |
| Figure 52 : Pourcentage d'hommes qui sont des fumeurs actuels par tranche d'âge en 2014 | 19 |
| Figure 53 : Evolution de la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5ans de 1991 en 2016..... | 20 |
| Figure 54 : Evolution de la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5ans par région en 2014 | 20 |
| Figure 55 : Evolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les femmes de 15 à 49 ans entre 1998 et 2011..... | 20 |
| Figure 56 : Evolution de la prévalence de la violence infligée par le partenaire intime entre 2004 et 2014 | 21 |
| Figure 57 : Evolution du taux de prévalence de la contraception de 1991 à 2014..... | 23 |
| Figure 58 : Evolution de la couverture par les soins anténatals de 2004 à 2014..... | 23 |
| Figure 59 : Evolution du pourcentage des naissances assistées par du personnel de santé qualifié entre 1991 et 2016..... | 23 |
| Figure 60 : Evolution de la couverture par les soins postnatals entre 2004 et 2014..... | 24 |
| Figure 61 : Evolution de la demande de soins pour les symptômes de pneumonie entre 1991 et 2014 | 24 |
| Figure 62 : Evolution du pourcentage d'enfants souffrant de diarrhée ayant reçu le SRO de 1991 en 2014 | 24 |
| Figure 63 : Evolution du pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois précédents l'enquête entre 2004 et 2011..... | 25 |
| Figure 64 : Evolution des couvertures vaccinales des vaccins prévus dans le Programme Elargie de Vaccination entre 1991 et 2014 | 25 |
| Figure 65 : Courbes évolutives des couvertures vaccinales par vaccin | 26 |
| Figure 66 : Evolution du pourcentage des femmes enceintes séropositives mises sous ARV de la prévention de la transmission mère-enfant de 2014 à 2017..... | 27 |
| Figure 67 : Evolution de la Couverture par les soins de l'infection à VIH (mise sous TAR) de 2005 à 2017.... | 27 |
| Figure 68 : Evolution de la couverture par le traitement antirétroviral de 2008 à 2017..... | 27 |
| Figure 69 : Evolution de la suppression de la charge virale du VIH entre 2016 et 2017..... | 28 |
| Figure 70 : Evolution du pourcentage des patients tuberculeux dépistés au VIH de 2007 à 2016..... | 28 |
| Figure 71: Evolution du pourcentage des Patients tuberculeux et séropositifs sous TAR pendant le traitement antituberculeux de 2006 à 2015 | 28 |

Liste des graphiques

| | |
|---|-----------|
| Figure 72 : Evolution du pourcentage des patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme disponibles de 2009 à 2016 | 29 |
| Figure 73 : Evolution du taux de détection des cas de tuberculose entre 2012 et 2016..... | 29 |
| Figure 74 : Evolution de la couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multi résistante entre 2014 et 2016 | 29 |
| Figure 75 : Evolution du pourcentage des femmes enceintes ayant reçu la TPI3 entre 2014 et 2017..... | 30 |
| Figure 76 : Situation du TPI pour les femmes enceintes par région en 2016..... | 30 |
| Figure 77 : Evolution du pourcentage d'utilisation des moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) entre 2004 à 2017..... | 30 |
| Figure 78 : Pourcentage d'utilisation des moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par région en 2017 | 30 |
| Figure 79 : Evolution des cas confirmés de paludisme qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention par groupe de population cible entre 2016 et 2017..... | 31 |
| Figure 80 : Couverture de la pulvérisation intra domiciliaire par milieu de résidence en 2011..... | 31 |
| Figure 81 : Couverture de la pulvérisation intra domiciliaire par région en 2011..... | 31 |
| Figure 82 : Evolution des couvertures thérapeutiques des MTN à chimiothérapie préventive de 2015 à 2016 | 31 |
| <i>Tableau 2 : Nombre d'accouchements et décès hospitaliers de 2014 à 2017</i> | <i>34</i> |
| Figure 83 : Couverture de la revue des décès maternels par région en 2017..... | 34 |
| Figure 84 : Evolution du taux de rétention sous TAR de 2014 à 2017..... | 35 |
| Figure 85 : Taux de rétention par région au terme du 4ème trimestre 2017 pour les cohortes d'Août, Septembre et Octobre 2016 | 35 |
| Figure 86 : Evolution du Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose de 2010 à 2017..... | 35 |
| Figure 87 : Evolution du nombre de consultations externes par personne et par an de 2014 à 2016..... | 35 |
| Figure 88 : Accès aux services de santé par région en 2016..... | 36 |
| Figure 89 : Densité des lits d'hôpitaux en 2016 par région pour 10.000 habitants..... | 36 |
| Figure 90 : Evolution du taux de césariennes de 2004 à 2014..... | 36 |
| Figure 91 : Evolution du taux de césariennes en 2014 par région..... | 36 |
| Figure 92 : Evolution de l'estimation de la densité du personnel de santé pour 10 000 habitants par l'OMS entre 2007 et 2015..... | 37 |
| Figure 93 : Complétude des rapports du programme paludisme de 2011 à 2017..... | 38 |
| Figure 94 : Complétude des rapports du programme paludisme par région en 2017 | 38 |
| Figure 95 : Dépenses en santé courantes totales en pourcentage du PIB76..... | 38 |
| Figure 96 : Évaluation des 13 principales capacités requises selon le Règlement sanitaire International (RSI, 2005) en 2017 | 39 |

Bibliographie

1. Banque Mondiale, Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS), 20012
2. 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
3. INS, Deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la sante au Cameroun, Rapport principal Volet Santé (PETS2), 2010
4. INS, Enquête Démographique et de Santé 1991 (EDS1)
5. INS, Enquête Démographique et de Santé 1998 (EDS2)
6. INS, Enquête Démographique et de Santé 2004 (EDS3)
7. INS, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011
8. INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5) 2014
9. INS, Quatrième Enquête Camerounaise auprès des Ménages
10. INS, Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012, 2015
11. INS, Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de santé, 2016
12. INS, Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2013
13. MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2011, 2012
14. MINSANTE, Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) 2016-2020
15. MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020
16. MINSANTE, Projet de budget de l'exercice 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 du Ministère de la Santé Publique
17. MINSANTE, Rapport d'évaluation finale de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 (SSS 2001-2015)
18. MINSANTE, Rapport PROGRES PTME 2014
19. MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027
20. MINSANTE/DRH, Rapport général du recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun, 2011
21. MINSANTE-CNLS, Bulletin Epidémiologique n°3 -Février 2018
22. MINSANTE-CNLS, Rapport GARP 2014, Juillet 2015
23. MINSANTE-CNLS, Rapport Spectrum 2015-2017 CNLS
24. MINSANTE-OMS Cameroun, Liste des indicateurs de santé au Cameroun
25. MINSANTE-OMS Cameroun, Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique, 2017
26. MINSANTE-ONSP Cameroun, Profil Sanitaire Analytique Cameroun 2016
27. MINSANTE-PNLP, Bulletin Epidémiologique Annuel 2017 du Paludisme au Cameroun
28. MINSANTE-PNLP, Plan de Suivi-Evaluation du Plan Stratégique National de Lutte Contre Le Paludisme au Cameroun (PSE-PSNLP) 2014-2018

Bibliographie

29. MINSANTE-PNLP, Rapports annuels 2014, 2015, 2016 et 2017
30. MINSANTE-PNLT, Rapports annuels 2014, 2015 et 2016
31. OMS, Global Health Expenditure Database (apps.who.int/nha)
32. OMS, Global status report on NCDs, 2014
33. OMS, Global tuberculosis report 2016-2017
34. OMS, La pratique de sage-femme dans le monde en 2011
35. OMS, Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2011-2014
36. OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011-2017
37. OMS, Stratégie de coopération 2017-2020, un aperçu
38. WHO, Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva:
39. World Health Organization; 2016 (see: <http://who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/>, accessed 21 April 2017)
40. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S.ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Cameroon. Summary Report 27 July 2017.
41. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D Bray, F (2013). GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
42. 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

REMERCIEMENTS

Le présent "Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun en 2017" a été développé par le Ministère de la Santé Publique à travers l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) avec l'appui technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, nos remerciements vont à l'endroit de :

- M. Serge Bataliack (OMS) et Dr Oumarou Gnigninanjouena (ONSP) qui ont coordonné le travail technique pour la production du document ;
- Les membres du Comité d'Orientation de l'ONSP à savoir Pr Biwole Sida (MINSANTE), Pr Kingue Samuel (MINSANTE), Dr Josephine Ngo Mbing (MINRESI), Pr Monebenimp Francisca (MINESUP), M. Eloundou Gaspard Joel (MINFI), Mme Yap Mariatou (MINAT), M. Damou Lantoing 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) , Serge Bataliack (OMS) pour l'adoption du document ;
- Aux membres du Comité scientifique de l'ONSP pour la validation du document à savoir Pr Moyou Somo Roger (Président, IMPM), Pr. Zoung-kagni Anne (DROS), Dr Etoundi Mballa Alain Georges (DLMEP), Pr Josephine Ngo Mbing (MINERESI), Pr Monebnimp Francisca (MINESUP), Dr Brahim Issa Sidi (OCEAC), Dr Grégoire Kananda Kipanya (UNICEF), Dr Tejiokem Mathurin Cyrille (CPC), Dr Etogo Ondigui Bienvenu (LNSP), M. Tamoufe Ubald (METABIOTA), Pr Nguendo Yongsi Blaise (IFORD), M. Ebela Jean Hyacinthe (BUNEC), Dr Bilo'o Robertson (ICAP), Dr Yondo David (CDBPS-H), Dr Mfou'ou née Ndo Eunice (IRAD), Pr Saidou (IRGM), Dr Talongwa Roberto (Plan International Cameroon), Dr Marie Lydie Rose (ANRP), Mme Akame Julie (HKI), M. Libite Paul Roger (INS), Serge Bataliack (OMS);
- Aux Experts du MINSANTE pour leur contribution notoire, il s'agit de Dr Fezeu Maurice (CIS), Dr Nko'o Ayissi (DLMEP), Dr Afounde Jeannette (DSF), Dr Nguéfack (FMSB), Dr Mache Patrice (ST/SSS), Dr Fosso Jean (PNLP), Dr Njih Ntabah Ernest (PN2LP), Dr. Etoundi Antoine (PNLT), Mlle. Messeh Arlette (CNLS), M. Nguékam gildas (DROS) ; Dr Panna Sandrine (DLMEP), Dr Sonfack Pamela (ONSP), Mme Fossouo Viviane (ONSP), Dr Peter Mbondji (MINDEF), M. Ekani Guy (Consultant / OMS);
- Des chargés de programme du bureau pays OMS ayant contribué au document Dr Etienne Nnomzo'o (MTN), Dr Etienne Kembou (VIH/SIDA), Jean Christian Kouountchou (Data Manager/IVE).

Ce document a été édité par Hermann MAK et Jean-Pierre BOEP.



Observatoire National
de la Santé Publique

Bureau : (237) 222 204 185

Mobile : (237) 699 917 593

Fax : (237) 242 204 186

E-mail: onsp_minsante2016@yahoo.com

Site Web : onsp.minsante.cmBureau

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau de la Représentation du Cameroun,

face Eneo Nlongkak, BP. 155 Yaoundé - Cameroun

Tél : (237) 222 210 258 / 222 212 080 / 222 212 081

Fax : (237) 222 221 007

Site web : <http://www.afro.who.int/fr/cameroun>

Pour plus d'information contacter :

Dr Phanuel Habimana (habimanap@who.int) Country Representative,

Serge Bataliack (bataliacks@who.int) Strategic Information Officer