

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA
MORTALITE MATERNELLE ET INFANTO-JUVENILE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

NATIONAL PROGRAM FOR COMBATING
MATERNAL AND CHILD MORTALITY

Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun

PLAN STRATEGIQUE 2014-2020

Photos + messages (PR _ PM _MSP + préface) : 3 pages

PREFACE

Les femmes et les enfants en bonne santé constituent un socle pour le développement des familles et des communautés et, partant, pour l'édification de la nation. Améliorer leur santé et leur bien-être est l'un des meilleurs investissements que l'on puisse faire.

En dépit des efforts consentis au cours des deux dernières décennies par le gouvernement du Cameroun et ses partenaires au développement, la mortalité maternelle a presque doublé. Par contre, la santé infantile s'est considérablement améliorée même si ces progrès restent en deçà de l'Objectif du Millénaire pour le Développement N°4.

Face à cette performance inadéquate, et reconnaissant la nécessité d'une action multisectorielle et coordonnée pour la prévention de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile évitable, le Chef de l'Etat, Son Excellence Paul BIYA, a instruit le gouvernement d'accélérer les efforts dans ce domaine. C'est à ce titre que le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile a été créé pour assurer une meilleure orientation et cohérence, renforcer la coordination et la synergie, tout en assurant la mobilisation des ressources supplémentaires et le suivi des progrès réalisés.

Nous savons ce qu'il faut faire pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile et nous sommes conscients de la nécessité d'une collaboration entre les différents ministères, travaillant en partenariat avec la société civile, le secteur privé et les partenaires internationaux au développement. En partageant un même objectif, nous pouvons et nous devons faire ce qui est nécessaire pour que toutes les femmes aient accès à l'attention et aux soins appropriés avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement. De même, nous pouvons et nous devons travailler en synergie pour que les enfants naissent dans un environnement sain et favorable à leur survie et à leur croissance.

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile marque une évolution significative dans la mise en œuvre de la politique camerounaise en matière de santé. Les progrès sont à portée de main, à condition que nous agissions tous partant du principe que la clé de l'éradication de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile évitable au Cameroun réside dans l'engagement commun, l'action commune et la responsabilité mutuelle quant aux ressources et aux résultats.

Par conséquent, j'exhorte toutes les parties prenantes à soutenir le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile afin de permettre au Cameroun d'atteindre les résultats escomptés.

Sommaire

Photos + messages (PR _ PM _ MSP + préface) : 3 pages	2
Résumé exécutif	6
1. CONTEXTE	8
2. LES INTERVENANTS DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE	11
2.1. Le Secteur Public	11
2.2. Le Secteur Privé.....	15
2.3. Les communautés	16
2.4. Le sous secteur traditionnel	16
2.5. La Société Civile	16
2.6. Les partenaires techniques et financiers (PTF)	16
3. SITUATION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE....	17
3.1. Mortalité maternelle	17
3.2. Mortalité néonatale.....	18
3.3. Mortalité infanto-juvénile.....	19
4. ANALYSE DES PROBLEMES LIES À L'ACCESSIBILITE, AUX SERVICES ET AUX SOINS DE SRMNI DE QUALITE.....	23
4.1. Goulots liés à la couverture, à la demande et à l'offre	23
4.2. Problèmes liés à l'environnement interne du système de santé et à la SRMNI.....	25
4.3. L'analyse des problèmes liés aux acteurs	28
5. LE PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE 2014-2020	33
5.1. La Vision.....	33
5.2. Les Principes Directeurs.....	33
5.3. L'Objectif Général	33
5.4. Les Objectifs spécifiques	33
5.5. Les axes et les objectifs stratégiques.....	36
5.6. Les cibles opérationnelles	37

5.7. Interventions prioritaires	41
6. LE CADRE LOGIQUE.....	44
6.1. CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION	45
6.2. CADRE DE BUDGETISATION	48
6.3. CADRE LOGIQUE DE SUIVI EVALUATION.....	58
6.4. DESCRIPTION DETAILLEE DE CHAQUE INDICATEUR SELON LES CIBLES OPERATIONNELLES.....	65
7. LE CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLMI 2014-2020	72
8. LES FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES.....	74
8.1. Renforcement du système de santé (RSS)	74
8.2. Mobilisation des financements et des ressources	74
8.3. Equité et accessibilité	74
8.4. Transparence et Redevabilité	74
8.5. La communication et le plaidoyer.....	75
ANNEXES	76
Bibliographie:	Erreur ! Signet non défini.

Liste des Abréviations

AA : Accouchement Assisté	PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
AEN : Action Essentielle de Nutrition	PEC:Prise en Charge
AME : Allaitement Maternel Exclusif	PECP: Prise en Charge Pédiatrique
AMIU : Aspiration Manuelle Intra Utérine	PEV : Programme Elargi de Vaccination
ASC : Agent de Sante Communautaire	PF : Planification Familiale
C4D : Communication pour le Développement	PFE : Pratiques Familiales Essentielles
CCC : Communication pour le Changement de Comportement	PIB : Produit Intérieur Brut
CDMT : Cadre des Dépenses a Moyen Terme	PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
CIP : Communication Interpersonnelle	PNSR : Programme National de la Santé de la Reproduction (2005–2015)
CMA : Centre Médical d'Arrondissement	PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
CoIA: Commission on Information and Accountability	PSN–SR : Plan Stratégique National de la Sante de la Reproduction (2010–2015)
CPN : Consultation Prénatale	PTF : Partenaires Techniques et Financiers
CPNR : Consultation Prénatale Recentrée	PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
CSI : Centre de Santé Intégré	PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
DS : District de Sante	RH : Ressources Humaines
DTC3 : Diphtérie Tétanos Coqueluche	SASNIM : Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
ECAM : Enquête de Consommation Auprès des Ménages	SRMNI : Santé Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile
EDS : Enquête Démographique et de Sante	SRMNI : Sante Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile
FS : Formation Sanitaire	SNU: Système des Nations Unies
GATPA : Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement	SONEU: Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels et d'Urgence
HD : Hôpital de District	SONU: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
HR : Hôpital Régional	SONUC: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée	SR: Santé de la Reproduction
MC : Malnutrition Chronique	SRO : Sels de Réhydratation Orale
MICS : Multiple Indicators Cluster Survey	SWAp : Sector Wide Approach
MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide	TPC: Taux de Prévalence Contraceptive
MILDA : Moustiquaire Imprégnée Longue Durée d'Action	TPI: Traitement Préventif Intermittent
MINAS : Ministère des Affaires Sociales	TRO : Thérapie de Réhydratation Orale
MINCOM : Ministère de la Communication	UNFPA : United Nation's Population Fund
MINESEC : Ministère des Enseignements Secondaires	UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund
MINESUP : Ministère de l'Enseignement Supérieur	VAR: Vaccin anti Rougeole
MINJEC : Ministère de la Jeunesse et de l'éducation civique	VAT: Vaccin Antitétanique
MINPROFF : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille	VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement	
OMS : Organisation Mondiale de la Santé	
ONG : Organisation Non Gouvernementale	
ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et SIDA	
OSC : Organisation de la Société Civile	
PC : Prévalence Contraceptive	

Résumé exécutif

Le Cameroun est l'un des pays où les indicateurs de la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant demeurent préoccupants en dépit des engagements pris et des actions menées. En effet, le Cameroun a souscrit à plusieurs engagements internationaux depuis la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) 1994, en passant par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000. Dans la même lancée, suite à l'initiative de l'Union Africaine, le Cameroun s'est inscrit dans la mouvance de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique (CARMMA) en 2010.

Suite à ces engagements, plusieurs stratégies, dont la mise en œuvre visait l'atteinte des OMD ont été développées. Malheureusement, malgré les efforts entrepris avec l'aide des partenaires au développement, les résultats escomptés n'ont pas été obtenus.

En effet, le ratio de mortalité maternelle s'est dégradé de 430 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2011. Pendant la même période, la situation de la santé de l'enfant s'est améliorée avec le taux de mortalité néonatale qui est passé de 41 à 31 décès pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto -juvenile qui est passé de 146 à 122 décès pour 1000 naissances vivantes. On note des disparités régionales, et les régions septentrionales sont les plus affectées.

Ces performances mitigées se justifient entre autres par le fait que la réponse à cette situation préoccupante est demeurée fragmentée et incomplète consécutive à plusieurs insuffisances notamment celles liées à l'intégration des efforts et au financement.

En réponse à cette situation, et sur Très Hautes Instructions du Chef de l'Etat, le Gouvernement a mis en place le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvenile (PLMI). La vision de ce programme est de « Faire du Cameroun une Nation où l'accès universel aux soins et services de qualité pour les femmes et les enfants est une réalité, où les décès maternels, néonataux et infantiles évitables sont éliminés ».

Dans le cadre de sa planification stratégique 2014-2020, le Programme se fixe pour objectif général de réduire, de 29% les décès maternels soit de 782 à 557 pour 100000 naissances vivantes; les décès infanto-juvéniles de 27% soit de 122 à 91 pour 1000 naissances vivantes ; et les décès néonataux de 23% soit de 31 à 24 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2020.

Il s'agit, tout en étant aligné aux huit axes stratégiques de la santé de la reproduction au Cameroun, notamment de: (i) améliorer les capacités nationales de mise en œuvre des interventions à haut impact (PCIME, SONEU, PF, ...) dans au moins 80% des structures sanitaires ; (ii) organiser la collaboration et la coordination d'au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut

impact ; (iii) s'assurer qu'au moins 80% des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ont accès aux services et soins continus de qualité ; (iv) assurer le suivi des interventions de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile mises en œuvre par les programmes verticaux et autres interventions de santé, et les autres secteurs ; (v) assurer la gestion du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et infanto-juvénile à tous les niveaux.

L'opérationnalisation se fera aux niveaux central et régional, et dans les structures de mise en œuvre périphériques y compris la communauté pour lesquels des objectifs spécifiques multisectoriels liés à un paquet d'interventions prioritaires relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent/jeune, ont été fixés.

La mise en œuvre des interventions planifiées sera suivie et évaluée régulièrement selon un cadre de suivi-évaluation.

Ce plan intègre toutes les interventions, y compris celles menées par les programmes prioritaires, qui contribuent à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Ainsi, la budgétisation reflète tous les financements nécessaires pour la mise en œuvre des interventions par les différents programmes prioritaires et structures de mise en œuvre. La contribution des secteurs partenaires, pour lesquels les plans opérationnels sont encore en cours d'élaboration complètera le budget présenté dans ce document.

1. CONTEXTE

1.1. Caractéristiques générales du Cameroun

Le Cameroun est un pays à revenu intermédiaire situé en Afrique Centrale au fond du Golfe de Guinée, entre les 2° et 13° de latitude Nord et les 9° et 16° de longitude Est. Il s'étend sur une superficie de 475 650 Km² et partage ses frontières avec les Républiques sœurs du Tchad au Nord-Est, du Congo, du Gabon et de la Guinée Equatoriale au Sud, du Nigéria à l'Ouest et de la République Centrafricaine à l'Est. Il possède au Sud-Ouest une frontière maritime de 420 Km le long de l'Océan Atlantique ; et au Nord, il est coiffé par le Lac Tchad.

Sa population est estimée à environ 21 657 448¹ habitants en 2014, avec un taux d'accroissement annuel de 2,8%¹. La population est essentiellement jeune : 43,0%¹ ont moins de 15 ans, 13,7%¹ ont entre 0 et 35 mois et 19,8%¹ ont un âge situé entre 0 et 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 24,6%¹ de la population générale (RGPH 2005). L'indice synthétique de fécondité est de 5,1 (EDS-MICS 2011) alors qu'il était de 5 en 2004 et 5,8 en 1991 (EDS). Le pays compte 98¹ hommes pour 100 femmes (Rapport de masculinité) en 2011. L'espérance de vie dans la population générale à la naissance est passée de 54,3 ans en 1987 à 55,1 ans en 2014 (IDH).

Le Cameroun a élaboré une vision de développement qui vise à faire de lui, **en 2035, un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité**. Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) qui est le plan de mise en œuvre de la Vision pour la période 2010–2020 vise à ramener le taux de pauvreté monétaire de 39,9% à 28,7% en 2020. Ce dernier constitue le socle de la Stratégie Sectorielle de Santé et celui des différentes interventions de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

1.2. La Mise en œuvre de la Politique Nationale de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile

1.2.1. Engagements du Gouvernement

Dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le Cameroun a souscrit à plusieurs engagements parmi lesquels : (i) la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) en 1994, (ii) l'adoption du concept de la santé de la reproduction en 1999, (iii) l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000, (iv) La charte africaine sur les droits de l'homme relatifs aux droits de la femme et de l'enfant (protocole de Maputo) en 2006, (v) la Campagne pour l'Accélération

¹ BUCREP

de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile en Afrique (CARMMA) en 2010, (vi) le plan d'action mondial du Secrétaire Général des Nations Unies en faveur de la santé de la mère et de l'enfant en 2011, (vii) le renouvellement de l'engagement en faveur de la survie de l'enfant (Une Promesse Renouvelée) en 2012.

Suite à ces engagements, plusieurs stratégies, dont la mise en œuvre vise l'atteinte des OMD par le Cameroun, ont été développées dans les principaux documents suivants :

- ✓ La politique nationale de santé de la reproduction qui a été révisée en 2012.
- ✓ Le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) 2005–2015 sur lequel a été bâti la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006–2015. La mise en œuvre de cette feuille de route a manqué de financement, de suivi et évaluation et surtout de documentation.
- ✓ Un plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs 2005–2010 a également été élaboré et révisé en 2014.
- ✓ Un Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction (PSN–SR) 2010–2015 qui a été révisé pour en faire un Plan Stratégique SRMNI 2014–2020.
- ✓ Des plans stratégiques spécifiques pour la Vaccination, la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, et la lutte contre le Paludisme ont également été élaborés.
- ✓ Les plans stratégiques de prévention et de prise en charge de la malnutrition, et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) sont en cours de finalisation.
- ✓ Le plan de Planification Familiale 2015–2020 et le plan opérationnel 2015–2016 pour la santé du nouveau-né ont été développés.

Après l'adhésion en 2010 à la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) de l'Union Africaine, qui a connu une implication politique de haut niveau avec comme **Marraine la Première Dame du Cameroun**, le pays a élaboré un Plan Stratégique CARMMA 2011–2013. Ce document est assorti d'un plan de travail conjoint et pluriannuel signé entre le MINSANTE et cinq Agences des Nations Unies. Le plan stratégique de la CARMMA a été pensé pour une mise en œuvre progressive utilisant une approche globale et intégrée visant à renforcer le système de santé afin d'élargir la couverture d'un paquet d'interventions prioritaires à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Cependant, la mise en œuvre de ces différents plans ainsi que celui de la CARMMA est demeurée fragmentée et incomplète puisque le financement et la mutualisation des efforts des différents secteurs ont été en dessous des attentes. Certains goulots d'étranglement qui entravent l'accès des femmes et des enfants au continuum des soins de Santé de la Reproduction sont restés sans réponse. La mise en œuvre du plan CARMMA s'est beaucoup plus focalisée sur le renforcement des capacités dans sa première phase, tandis que les volets mobilisation communautaire, communication pour le développement et transfusion sanguine n'ont pratiquement pas été mis en œuvre.

Malgré la détermination du Gouvernement à améliorer la santé des femmes et des enfants, les indicateurs montrent que leur situation demeure très préoccupante. En dépit de la prise en compte du caractère multidimensionnel de la problématique de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile dans les documents de politique et de stratégie, l'approche multisectorielle dans la mise en œuvre, la mobilisation des ressources ainsi que la coordination des activités ont été insuffisantes.

Face à cette situation inacceptable, le Président de la République, soucieux de la santé de ses populations et particulièrement de celle des mères et des enfants, a instruit le Premier Ministre, Chef du Gouvernement à mettre sur pied un programme multisectoriel spécialement dédié à la lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvenile.

1.2.2. Le Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvenile au Cameroun

Créé le 11 novembre 2013 par Arrêté N°09/CAB/PM, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvenile au Cameroun (PLMI) est actuellement le principal instrument pour l'accélération de la réduction de cette mortalité.

Il est un cadre pour :

- la coordination des différentes interventions menées qui contribuent à la réduction des décès maternels et infanto-juvéniles,
- la promotion et le renforcement de l'engagement multisectoriel pour une plus grande synergie dans l'action visant l'amélioration de la situation.

2. LES INTERVENANTS DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE

Les principaux acteurs qui contribuent à la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile sont : le secteur public, le secteur privé, les communautés, le secteur traditionnel, la société civile, les partenaires techniques et financiers.

2.1.Le Secteur Public

2.1.1. Le Ministère en charge de la Santé Publique

La Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015 a consacré une place de choix à cette problématique et propose un ensemble de réformes à mener face aux problèmes de santé des populations.

L'objectif général est de viabiliser tous les Districts de Santé pour être en mesure de contribuer à l'atteinte des OMD.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- i. amener 80% des 200 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un District de Santé;
- ii. amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours;
- iii. réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables;
- iv. réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans;
- v. réduire de 2/5 la mortalité maternelle.

Les quatre domaines d'interventions visés par la SSS 2001-2015 sont : (i) la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ; (ii) la lutte contre la maladie ; (iii) la promotion de la santé ; et (iv) la viabilisation du district de santé. Chaque domaine comporte des catégories et des types d'interventions.

En ce qui concerne le domaine de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, il comporte trois catégories et treize types d'interventions.

Catégorie d'intervention 1 : Santé de la mère :

- Consultation prénatale (CPN) recentrée et consultation post natale
- Accouchement et soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- Planification familiale
- Consultation des femmes et dépistage des cancers génésiques
- Consultation des mères et dépistage des fistules obstétricales

Catégorie d'intervention 2 : Santé de l'enfant :

- Immunisation des enfants (PEV)
- Prise en charge pédiatrique de l'enfant exposé ou infecté au VIH
- Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)
- Consultation préscolaire
- Prise en charge de la malnutrition

Catégorie d'intervention 3 : Santé de l'Adolescent :

- Compétences à la vie courante
- Santé scolaire et Universitaire
- Soutien aux orphelins et enfants vulnérables (0–18 ans).

2.1.2. Le Ministère en charge de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation :

Dans ses missions, ce ministère assure la coordination des acteurs au niveau de l'entité administrative, la sécurisation des biens et des personnes et la préservation de la Paix.

A ce titre il joue un rôle clé en aidant les acteurs de terrain à mieux coordonner leurs activités d'enregistrement des actes d'état civil (naissances, mariages, décès) au niveau des communes, y compris la surveillance des décès maternels et néonataux par exemple ou l'organisation de la prise en charge des indigents à travers les communes.

Avec la décentralisation effective et le rôle dévolu aux communes pour la gestion des formations sanitaires de proximité, son rôle dans la gestion des questions de santé de la population s'avère incontournable.

Les communes jouent également un rôle important d'encadrement, de sensibilisation à travers le programme national de développement participatif qui couvre toutes les collectivités territoriales décentralisées du Cameroun.

La réussite de cette lutte contre la mortalité maternelle et infantile appelle une forte implication de l'autorité administrative qui est non seulement la tutelle des Communes mais plus encore le représentant du Chef de l'Etat et du gouvernement dans la circonscription concernée. A ce titre, l'autorité administrative est tenue de veiller à la bonne application de la politique gouvernementale sur le terrain. Elle est ainsi appelée à coordonner cette action multisectorielle avec la collaboration des services techniques.

2.1.3. Le Ministère en charge de la Justice :

Il contribue dans l'établissement des actes d'état civil en paraphant les registres mis à la disposition des officiers d'état civil. Par ailleurs, il publie chaque année un rapport sur l'état des Droits de l'Homme au Cameroun. Dans le volet relatif au droit à la santé, la situation de la santé maternelle et infantile pourrait y figurer et constituerait un outil de plaidoyer pour la communauté nationale en direction des partenaires au développement.

Ce ministère œuvre également, à travers la vulgarisation des lois pour la protection des droits des femmes et des enfants.

2.1.4. Le Ministère en charge de la Communication:

Il participe au renforcement des capacités des animateurs des médias de proximité pour appuyer les actions de communication pour le développement. Il s'agit notamment des radios communautaires, dont il assure la tutelle et qu'il a par ailleurs la capacité de mobiliser aisément, pour la production des spots, des micro programmes radio et télévision, des affiches, des boîtes à images, des dépliants, des bandes dessinées, et autres outils de communication en vue du changement des comportements en communauté.

2.1.5. Le Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur :

Il contribue à la formation initiale du personnel de santé, y compris des sages-femmes, ainsi qu'à la formation des spécialistes en pédiatrie et en gynécologie obstétrique. Par ailleurs, il offre des prestations en matière de communication pour le changement des comportements (CCC) et de prise en charge des jeunes, des femmes enceintes et en âge de procréer dans les Centres Médico-sociaux implantés dans les Universités d'Etat.

2.1.6. Le Ministère en charge des Enseignements Secondaires :

Les établissements d'enseignement secondaire et les inspections médico-scolaires dispensent l'Education a la vie familiale, l'Education pour la sante et la communication pour le changement de comportement dans divers domaines y compris en matière de comportements sains (Healthy Life Skills).

2.1.7. Le Ministère en charge de l'Education de Base :

Ce ministère contribue a la mise en œuvre des interventions a haut impact sur la sante de la mère et de l'enfant (vaccination, déparasitage, supplémentation en vitamine A, etc.). Par ailleurs, l'école primaire offre une excellente opportunité pour mener l'éducation pour la santé en faveur des enfants et adolescents, la période vers la fin du cycle de l'école primaire, étant bien indiquée pour initier l'éducation à la vie et à l'amour.

2.1.8. Le Ministère en charge de l'Eau et de l'Energie :

Il apporte sa contribution à l'amélioration de l'état de santé des populationsa travers l'approvisionnement en eau potable et le suivi de sa qualité. Par ailleurs, il joue un rôle important dans la mise œuvre des interventions qui contribuent à l'hygiène et a l'assainissement du milieu (WASH).

2.1.9. Le Ministère en charge de la Fonction Publique et de la Reforme Administrative :

Il est chargé du recrutement et de la gestion du personnel de l'Etat y compris celui du MINSANTE.

2.1.10. Le Ministère en charge de la Jeunesse et de l'Education Civique :

Dans ses missions d'encadrement de proximité des jeunes et d'éducation civique des populations, il dispose des structures d'encadrement, sur toute l'étendue du territoire national. Ces structures qui sont dotées d'un personnel qualifié en matière de mobilisation sociale et communication pour le changement de comportement, assurent l'éducation sexuelle des jeunes en milieu extrascolaire et durant le service civique, mobilisent les jeunes pour l'utilisation des services de SRMNI et offrent des services de SRMNI dans les centres multifonctionnels de promotion des jeunes (CMPJ). Les instances du Conseil National de la Jeunesse ainsi que le Réseau des Jeunes sont également des fora indiqués pour la sensibilisation et la mobilisation des jeunes.

2.1.11. Le Ministère en charge de l'agriculture et du Développement Rural :

Il fait la mobilisation auprès des agriculteurs et leurs communautés à travers ses démembrements et les groupements d'intérêts communs (GIC). Il jouit d'une longue expérience dans la mobilisation des communautés. Il joue également un rôle important dans la sécurité alimentaire par la vulgarisation des techniques agricoles visant la production des aliments appropriés pour prévenir la malnutrition.

2.1.12. Le Ministère en charge de la Promotion de la Femme et de la Famille :

Il est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre des mesures gouvernementales relatives à la promotion et au respect des droits de la femme et à la protection de la famille.

Au niveau communautaire, il assure, entre autres:

- la mise en œuvre du programme d'éducation à la vie familiale ;
- la mise en œuvre et le suivi des programmes de vulgarisation des droits de l'enfant ;
- la mise en œuvre des programmes de lutte contre les violences conjugales et familiales ;
- la mobilisation sociale et le suivi des activités des associations de promotion et de protection de la famille ;
- la mise en œuvre du plan sectoriel « femmes-familles » de lutte contre le VIH-SIDA et les IST y compris la prise en charge des OEV et l'accompagnement des familles affectées ;

- l'éducation nutritionnelle et démonstration diététique.

2.1.13. Le Ministère en charge de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire :

Il œuvre pour la mobilisation des partenaires et de diverses ressources pour la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant.

2.1.14. Le Ministère en charge des Finances :

Il joue un rôle clé dans la mobilisation des fonds destinés à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

2.1.15. Le Ministère en charge des Affaires Sociales :

Il assure la solidarité nationale, entre autres, autour de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

2.1.16. Ministère en charge de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales:

Il joue un rôle important dans le maintien de la sécurité alimentaire(pilier important dans la lutte contre la malnutrition) par la production des protéines animales essentielles et des produits halieutiques.

2.2.Le Secteur Privé

Il s'agit ici du secteur privé en général y compris les entreprises citoyennes.

Le rôle de ce secteur tant celui à but lucratif que celui à but non lucratif est de plus en plus important dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant particulièrement à travers le financement innovant de la santé et l'offre de soins et services.

2.2.1. Secteur Privé à but lucratif

Il s'est particulièrement montré actif ces dernières années notamment avec la construction et l'équipement des structures de santé, la mise à disposition des intrants, la formation des personnels de santé, la sensibilisation et l'information de la population.

2.2.2. Secteur Privé à but non lucratif

Le secteur privé à but non lucratif de la santé intervient à près de 40% à l'offre de soins et services en santé. A ce titre, il est un partenaire incontournable dans la lutte contre la mortalité de la mère et de l'enfant.

2.3. Les communautés

Les communautés disposent et mobilisent des ressources en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il s'agit des associations à base communautaire, des leaders communautaires, des associations de femmes, des associations des jeunes, des artistes ainsi que des champions sportifs.

2.4. Le sous secteur traditionnel

Les acteurs du sous secteur traditionnel contribuent également à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit notamment des accoucheuses traditionnelles et des tradipraticiens dont le recours aux services est une réalité.

2.5. La Société Civile

2.5.1. Les organisations et associations professionnelles de la santé

Les organisations et associations professionnelles de la santé notamment les différents Ordres, les associations de Gynécologues Obstétriciens, Pédiatres, Sages-femmes, etc. jouent un rôle important en termes de renforcement de l'offre de service en assurant la qualité. Ils sont aussi des porteurs des messages de plaidoyer multi-cibles.

2.5.2. Les organisations à base communautaire et les organisations non gouvernementales nationales

Ces acteurs de la société civile mènent des activités ayant un lien avec la santé de la mère et de l'enfant dans les domaines suivants : (i) l'IEC en Santé de la Reproduction des Adolescents, (ii) l'organisation des communautés dans la mise en place des activités génératrices de revenus (AGR), (iii) la planification familiale, (iv) la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, (v) la prévention et prise en charge de la malnutrition, (vi) lutte contre le VIH/SIDA et la santé sexuelle et reproductive.

2.6. Les partenaires techniques et financiers (PTF)

En plus du plaidoyer, ils apportent un appui technique et financier au gouvernement dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile. Il s'agit des agences du système des Nations Unies, des Coopérations Bilatérales et des ONG internationales.

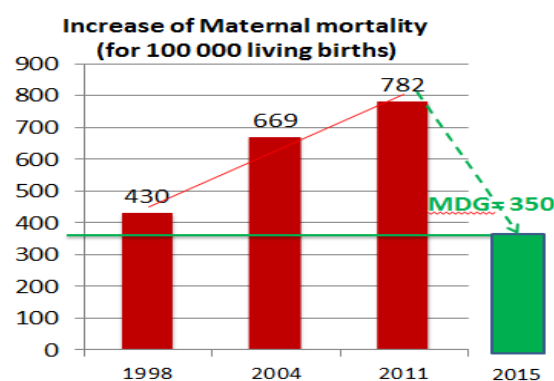
3. SITUATION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE

Malgré les efforts entrepris par tous ces intervenants, les résultats escomptés n'ont pas été obtenus.

3.1.Mortalité maternelle

Selon « Global trends in maternal mortality 1990–2010 », les indicateurs de santé maternelle se sont améliorés sur le plan mondial. En 2010, le nombre de décès maternels dans le monde était estimé à 287 000 soit un ratio mondial de mortalité maternelle de 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui correspond à une diminution de 47% par rapport aux données de 1990. En Afrique subsaharienne malgré le ratio moyen de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes, des progrès ont été observés car 26 pays ont pu réduire leur taux de mortalité maternelle d'au moins 40% entre 1990 et 2010 (Biennial report 2010/2011 Afro Region).

Au Cameroun le ratio de mortalité maternelle s'est plutôt dégradé allant de 430 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 669 en 2004 puis à 782 en 2011 (EDS–MICS 2011). En d'autres termes, la mortalité maternelle a presque doublé entre 1998 et 2011 alors que la cible fixée pour 2015 est de 350 décès pour 100 000 naissances vivantes.



Des disparités importantes existent entre les régions du Cameroun. Bien que les chiffres sur les ratios de mortalité maternelle ne soient pas désagrégés par région, les indicateurs proxy (accouchement assisté, taux de césarienne, etc.) montrent que la situation est particulièrement préoccupante dans les régions septentrionales telle que présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 :Disparités régionales des indicateurs de santé maternelle

Indicateurs Régions	Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	Taux d'accouchements assistés par du personnel de santé formé	Prévalence Contraceptive (toutes méthodes confondues)	% des adolescentes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante	% ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé	Besoins de PF non satisfaits (parmi les femmes en union 15–49)
Extrême Nord	ND	25,1	3.7	29.7	59,0	22,8
Nord	ND	32,9	4.9	26.6	71,7	31,6
Adamaoua	ND	47.4	11.1	24.0	87,8	21,8
Centre	ND	78,5	33.6	26.2	92,8	30,6
Est	ND	48,9	12.5	37.9	85,4	31,8
Littoral	ND	94,2	29.7	16.6	97,4	29,3
Nord Ouest	ND	93,6	38.1	15.7	97,6	17,7

Indicateurs Régions	Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	Taux d'accouchements assistés par du personnel de santé formé	Prévalence Contraceptive (toutes méthodes confondues)	% des adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante	% ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé	Besoins de PF non satisfaits (parmi les femmes en union 15-49)
Ouest	ND	95,8	33.7	13.2	98,9	16,8
Sud	ND	82,2	32.4	31.5	94,2	22,2
Sud-Ouest	ND	80,1	40.0	14.4	91,3	18,7
Cameroun	782	63.6	23.4	20.9	84,7	16,6

(Source : PNSRMNI 2014-2020)

Près de 80% des décès maternels sont directement imputables aux causes suivantes : l'hémorragie, les dystocies, les infections du postpartum, la pré-éclampsie/éclampsie, les complications des avortements et les grossesses ectopiques (CARMMA_2011-2013).

Les causes indirectes des décès maternels sont principalement le paludisme, les anémies sévères, les affections liées au VIH/SIDA et les maladies cardio-pulmonaires.

3.2. Mortalité néonatale

Les décès survenant dans la période néonatale (0 à 28 jours) représentent 43% de l'ensemble des décès chez les enfants de moins de cinq ans sur le plan mondial ce qui est assez préoccupant (Global Every Newborn Action Plan 2013). Entre 1990 et 2011, le taux annuel de réduction de la mortalité néonatale dans les pays développés a été de 2,7% comparativement à 1,3% en Afrique subsaharienne où il est estimé que 397000 nouveau-nés décèdent chaque année sur les 2,4 millions survenant dans le Monde.

Au Cameroun, la mortalité néonatale est passée de 29 en 2004 à 31 décès pour 1000 naissances vivantes (en 011. Actuellement, elle représente 50% de la mortalité infantile. Les décès néonataux sont dus notamment aux complications survenant lors de l'accouchement, à celles liées à la prématurité et aux infections néonatales.

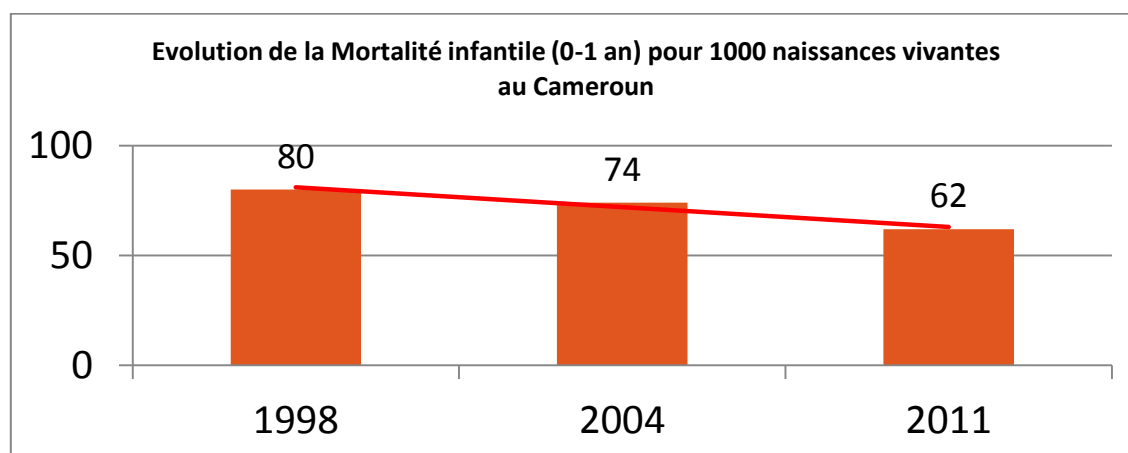


Figure2 : Evolution de la mortalité infantile (0-1 an) pour 1000 NV au Cameroun : EDS successifs

3.3. Mortalité infanto-juvénile

Concernant la mortalité des enfants de moins de cinq ans, on note une diminution de 41%, entre 1990 et 2011 au niveau mondial (Levels and trends in child mortality, Report 2012 UNICEF).

Le taux annuel de réduction de la mortalité infanto-juvénile en Afrique subsaharienne a doublé entre 1990 et 2000 passant de 1,2% à 2,4%.

Au Cameroun, selon les EDS successives, le taux de mortalité infantile est passé de 77‰ en 1998 à 74‰ en 2004 puis à 62‰ en 2011. La cible que le pays s'est fixé pour 2015 est de 22‰.

Le taux de mortalité des moins de 5 ans est passé de 146‰ en 1998 à 144‰ en 2004 puis à 122‰ en 2011, alors que la cible était fixée à 76‰ en 2015 comme l'indique le graphique ci-dessous.

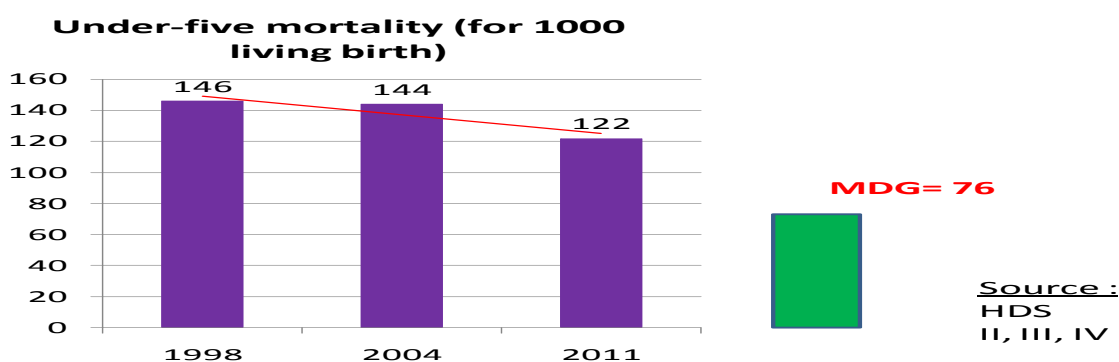


Figure3 : Evolution de la mortalité chez les enfants de moins 5ans au Cameroun

La première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq ans est le paludisme. Selon le rapport annuel 2012 du Programme National de Lutte contre le Paludisme, on constate une diminution de la morbidité palustre qui est passée de 56% à 40% entre 2008 et 2012.

Les autres causes directes sont les pneumonies, les maladies diarrhéiques et la déshydratation induite, le Sida et les causes néonatales.

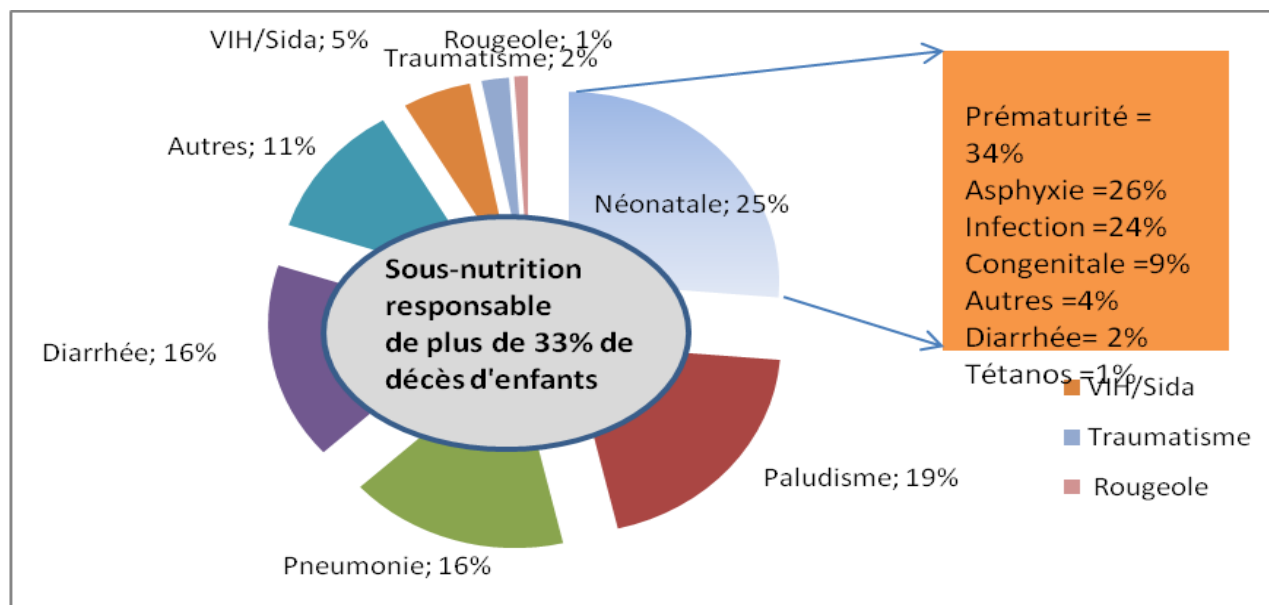


Figure4 : Les causes de mortalité des enfants des moins de 5ans selon WHO/CHERG 2010 traduisent assez bien la situation du Cameroun, selon les tendances des données de routine.

Ces affections meurtrières sont favorisées par la sous-nutrition qui à elle seule est responsable d'au moins un tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (WHO/CHERG 2010). Cette tendance est également observée au Cameroun avec 45% des décès infantiles attribués en grande partie à la sous-nutrition (source :).

Le taux d'allaitement maternel exclusif reste très faible. En 2011 (EDS/MICS), seuls 20% d'enfants de moins de 6 mois étaient exclusivement allaités. La prévalence de la malnutrition reste préoccupante avec 33% et 6% d'enfants de moins de 5ans atteints respectivement de la malnutrition chronique et aigue.

Dans un contexte, où la prévalence du VIH chez les femmes enceintes reste élevée (7,6%) seuls 23,47% des femmes VIH+ attendues ont été couvertes en prophylaxie ARV en 2011 et seuls 12,48% des enfants éligibles ont bénéficié du traitement ARV.

Le Programme Elargi de Vaccination qui contribue significativement à la lutte contre la mortalité infantile avait, dans son plan pluriannuel complet 2007-2011, l'objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 95% au niveau national et au moins 80% dans chacune des DS et pour tous les antigènes en 2010 mais les performances des trois dernières années sont loin du résultat escompté.

En résumé, la mortalité néonatale et infanto-juvenile présente des disparités régionales comme l'illustre le tableau qui suit.

Tableau2 : Disparités régionales dans les indicateurs de santé infanto-juvenile en 2011 (Source : EDS IV)

Régions	Mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	Mortalité infanto-juvenile pour 1000 naissances vivantes	Mortalité Infantile	Pourcentage enfants (<1 an) vaccinés contre la rougeole

Régions	Mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	Mortalité infanto-juvenile pour 1000 naissances vivantes	Mortalité Infantile	Pourcentage enfants (<1 an) vaccinés contre la rougeole
Extrême-Nord	38	168	85	52.4
Nord	35	191	96	51.7
Adamaoua	41	129	74	64.0
Centre	33	121	65	73.0
Est	23	96	48	74.4
Littoral	34	106	63	85.6
Nord-Ouest	26	68	43	93.1
Ouest	16	100	48	79.8
Sud	23	103	53	69.5
Sud-Ouest	44	127	77	82.6
Cameroun	31	122	62	70.6

La situation de la mortalité infanto-juvenile est préoccupante dans les trois régions du septentrion (Nord : 191 décès/1000 naissances vivantes, Extrême -Nord : 168‰, Adamaoua : 129‰).

Le plus grand nombre de décès des nouveau-nés se retrouve encore dans les régions septentrionales et le Sud-ouest.

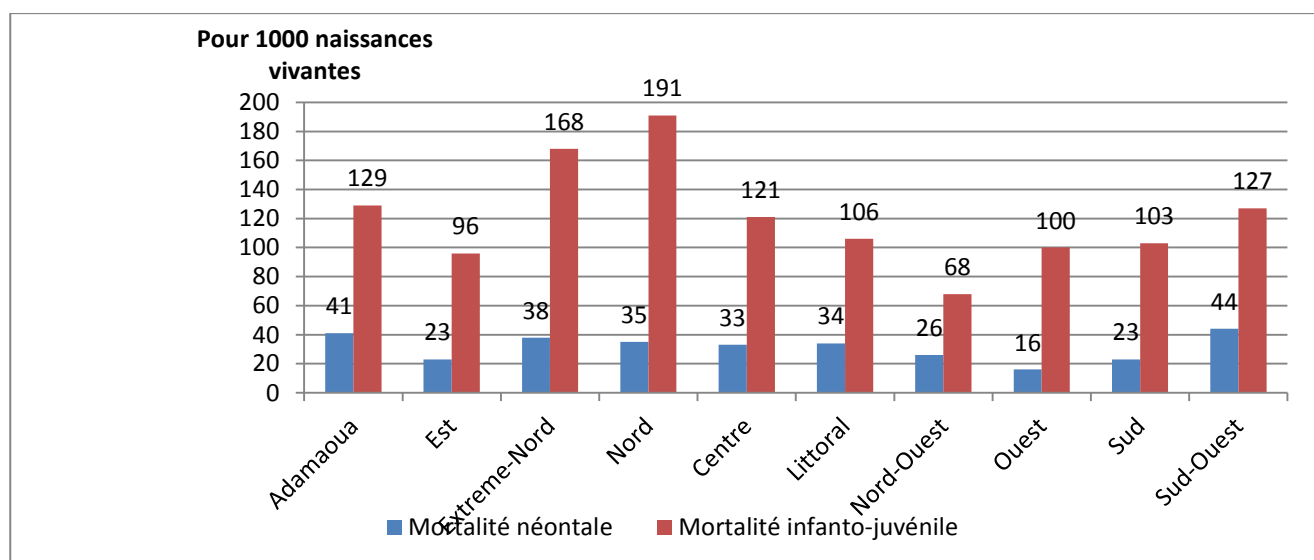


Figure 5 : Disparités dans les indicateurs de Mortalité néonatale et infanto juvenile en 2011
(Source : EDS)

Une analyse conduite par le Ministère de la Santé Publique en 2013 a permis de classer les 10 régions du Cameroun en fonction de leurs performances. Sur la base de 15 indicateurs identifiés (voir annexes), les besoins en matière d'interventions de santé maternelle, néonatale et infanto-juvenile (SRMNI) sont beaucoup plus ressentis dans cinq

régions du Cameroun (Extrême-Nord, Adamaoua, Nord, Centre et Est) ainsi que dans les villes de Douala et Yaoundé, ce qui n'exclut pas l'existence de poches de besoins similaires localisées dans quelques districts de santé des autres régions.

Tableau 3 : Classement des régions en fonction du risque de décès maternels et néonataux

REGION \ INDICATEURS	SCORE	% POPULATIONS PAUVRES (Q5 + A4) selon EDS	MORTALITE NEONATALE	ACCOUCHEMENT A DOMICILE	PAS DE SOINS POSTNATALS MERE
EXTREME NORD	28	79.7	38	75.6	79.3
NORD	26	67.1	35	68.5	83.6
EST	21	47.4	23	52.4	62.9
ADAMAOUA	20	39.6	41	53.7	50.5
CENTRE (sans Yaoundé)	19	30.4	33	27.1	60.7
Sud	18	31.1	23	21.8	59.3
Littoral (sans Douala)	14	15.1	34	6.8	41.1
Ouest	13	31.1	16	5.6	43.1
Yaoundé	11	Non Disponible	33	6.6	41.1
Nord-Ouest	9	42.7	26	4.7	48.2
Sud-Ouest	9	20.6	44	17.5	38.4
Douala	7	Non Disponible	34	1.4	26.2



Risque très élevé



Risque élevé



Risque moyen

4. ANALYSE DES PROBLEMES LIES À L'ACCESSIBILITE, AUX SERVICES ET AUX SOINS DESRMNI DE QUALITE

Afin de bien cerner les différents problèmes du secteur santé, une analyse approfondie des performances en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile a été menée à l'aide d'une enquête qualitative et d'un outil d'analyse des goulots d'étranglement « Rapid Assessment of Interventions and Commodities (RAIC) for Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health». Cet outil, basé sur le "Joint Assessment of National Health Strategies and Plans" (JANS), permet d'analyser le profil pays et le système d'information sanitaire, ainsi que les différents aspects de la mise en œuvre des interventions de la SRMNI.

Après identification des goulots d'étranglement liés aux déterminants d'accès aux interventions à haut impact sur la SRMNI, une analyse permettant de cibler les facteurs sur lesquels il faut agir pour améliorer l'accès à ces interventions a été effectuée.

On note que la plupart des indicateurs sont issus de l'EDS – MICS 2011 compte tenu de la faiblesse du système national d'information sanitaire.

4.1. Goulots liés à la couverture, à la demande et à l'offre

Lors de la révision du Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, au cours du premier semestre 2013, l'analyse de la situation a corroboré les résultats de l'EDS–MICS 2011 et de bien d'autres enquêtes menées par le passé. Il en ressort, que la couverture effective des interventions est faible, que la demande reste en deçà des attentes et que l'offre de services et de soins est insuffisante. Mises ensemble, ces trois caractéristiques pourraient expliquer la faible qualité des prestations en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvenile dans le système de santé.

4.1.1. Par rapport à la couverture effective

Selon EDS–MICS 2011, la couverture effective en services de PF (taux de prévalence contraceptive) est de 16,1% pour les méthodes contraceptives modernes, tandis que les besoins non couverts sont passés de 9,6% (EDS 1998) à 14,5% (EDS 2004) et sont estimés à 16,6% (EDS 2011).

Cette couverture est de 13,64% pour la CPN–4 (avec mesure de la tension artérielle, traitement préventif intermittent du paludisme, urines analysées et traitement), 0,46% pour la consultation postnatale, et 4% de césariennes conduites dans les formations sanitaires, alors que la norme OMS est de 5 à 15% de césarienne pour pouvoir prendre en charge la plupart des complications de l'accouchement nécessitant cet acte.

Bien que le pourcentage des accouchements assistés par du personnel de santé soit stabilisé autour de 63% (EDS–MICS, 2011), ce personnel ne dispose pas toujours des

capacités requises pour reconnaître et prendre en charge les complications chez la parturiente et le nouveau-né lorsqu'elles surviennent.

Associés à ce problème d'insuffisance de personnel compétent, on peut citer la discontinuité dans la disponibilité des services et des soins, les pressions financières liées à l'absence d'une tarification harmonisée, qui affecte notamment les pauvres, et l'inaccessibilité géographique fréquente aux services de santé.

Une étude menée en 2010 sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) dans sept régions a révélé que la couverture géographique en formations sanitaires SONU était loin de répondre au minimum requis dans toutes les régions enquêtées (2,99 formations sanitaires SONU, au lieu des 5 recommandées pour 500 000 habitants).

Au moment de l'analyse, aucune donnée n'était disponible en matière de couverture effective pour ce qui concerne l'intervention WASH (Water, Sanitation & Hygiène), la PCIME et la gestion des diarrhées dans les formations sanitaires et dans les communautés.

4.1.2. Par rapport à la demande :

Les goulots portent beaucoup plus sur l'utilisation continue des services. Après le premier contact, les femmes ne reviennent pas dans les formations sanitaires, notamment publiques.

L'EDS-MICS 2011 rapporte les indicateurs suivants :

- 70% de femmes ne reviennent pas à la CPN après leur premier contact avec la formation sanitaire.
- 16,1% des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou non, utilisent une méthode contraceptive moderne, alors que 94% en connaissent au moins une ; 16,6% ont des besoins non satisfaits.
- 13,74% des femmes ont été quatre fois en consultation prénatale de qualité alors que 84% en ont fait au moins une seule.

4.1.3. Par rapport à l'offre :

Deux goulots majeurs sont enregistrés en matière d'offre.

4.1.3.1. Disponibilité des intrants

Selon les données de routine collectées en 2012, la disponibilité des intrants est généralement faible, sauf pour l'amoxicilline et l'ocytocine.

La proportion des formations sans rupture de stocks en Sel de Réhydratation Orale dans les trois derniers mois est 63,33%.

L'analyse du goulot sur les intrants montre une rupture fréquente qui serait beaucoup plus liée à : (i) des insuffisances des chaînes d'approvisionnements, (ii) une faible

capacité de gestion à différents niveaux du système de santé, (iii) une forte dépendance aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et autres bailleurs de fonds.

Une enquête récente auprès de la CENAME montre que les écarts en matière d'approvisionnement en intrants médicamenteux et consommables sont liés à : (i) l'absence d'un réseau d'interconnexion et une faible coordination entre les principaux acteurs (CENAME, CAPR, FOSA...) du volet logistique à tous les niveaux du système de santé, et (ii) la non maîtrise du niveau de consommation du secteur privé par le volet logistique, (iii) une faiblesse de la prévision et de l'application des techniques de gestion logistique pour l'approvisionnement.

4.1.3.2. Disponibilité des ressources humaines

L'autre goulot en matière d'offre porte sur l'insuffisance en qualité et en quantité des ressources humaines (RH). Selon le recensement du personnel de santé de 2011, il y avait 101 gynécologues Obstétriciens, 74 Pédiatres et 167 Sages-femmes/maïeuticiens et assimilés inégalement répartis sur le territoire national. Ce goulot commence à trouver une réponse à travers la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines pour la santé avec notamment la reprise de la formation des sages-femmes et l'initiation de la formation des agents de santé communautaires.

L'accueil des femmes et l'organisation des services restent un problème avec un temps d'attente parfois long, et une pression financière souvent exercée par certains prestataires. Cette pression financière serait encouragée, entre autres, par une absence de coûts harmonisés des services et des soins par niveau et par catégorie de formation sanitaire.

4.2. Problèmes liés à l'environnement interne du système de santé et à la SRMNI

L'environnement du système de santé comporte un certain nombre de facteurs qui nuisent profondément à la mise en œuvre des activités liées à la SRMNI. Pourtant des pistes de solutions semblent avoir été identifiées.

4.2.1. La Perception des Communautés

Les populations ont généralement une attitude positive vis-à-vis des interventions comme la consultation prénatale, l'accouchement assisté, la santé des nouveau-nés et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Par contre, elles sont encore sceptiques quant à la planification familiale. Il en est de même pour l'acceptation des services et soins postnataux où les raisons économiques sont évoqués, mais également où les populations ne saisissent pas l'intérêt de l'intervention lorsque la mère et le bébé présentent un bon état de santé apparent après l'accouchement.

La mauvaise qualité de l'accueil, l'état de salubrité parfois déplorable des formations sanitaires et des salles d'accouchement, ainsi que l'incertitude concernant les frais à déboursier pour le paiement des soins y compris la pression financière exercée par certains prestataires, sont autant de raisons qui entravent l'utilisation des services.

4.2.2. Le Cadre Institutionnel

Le cadre institutionnel de mise en œuvre des activités de la sante n'est pas suffisamment défini. A titre d'exemple, la mise en œuvre des activités liées à la stratégie avancée pour ce qui est de son organisation, du contenu du paquet qui ne prend pas en compte tous les aspects de base de la SR, de son financement, et de sa logistique n'est pas codifiée. Par ailleurs, elle ne comporte en général que la vaccination et quelques soins curatifs lorsqu'elle est pratiquée. En effet, les aspects préventifs en direction des jeunes, des familles et des femmes, ou ceux relatifs au VIH/SIDA et aux soins des enfants ne sont guère pris en considération.

4.2.3. La Gouvernance

La mauvaise gouvernance et le faible développement des districts de santé avaient déjà été identifiés, lors de l'évaluation à mi parcours de la stratégie sectorielle de santé 2001–2010, comme faisant partie des principales causes de l'incapacité du Cameroun à atteindre les OMD liés à la santé à l'horizon 2015.

Constatée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, elle est caractérisée par : (i) un système d'information sanitaire peu opérationnel, (ii) une planification opérationnelle peu maîtrisée, (iii) une insuffisance de coordination, à tous les niveaux, de l'action des divers intervenants y compris leur non implication dans la planification des activités, (iv) une faiblesse de suivi et évaluation, (v) et une insuffisance de redevabilité (obligation de rendre compte).

Les facteurs sous jacents pouvant expliquer cet état de choses sont : (i) la lenteur dans la mise en place des réformes, (ii) la faiblesse de normes et procédures opérationnelles pour les structures de dialogue et les services de santé (administratifs et techniques), (iii) la faiblesse technique des équipes cadre de districts ainsi que celle des collectivités territoriales décentralisées pour conduire la réforme.

L'amélioration de la gouvernance avec à la clé une culture de planification, de transparence dans la gestion de la chose publique, de gestion axée sur les résultats et de redevabilité, est primordiale pour le renforcement du système de santé dont a besoin la mise en œuvre efficace des interventions visant la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

4.2.4. La Décentralisation

La décentralisation effective au niveau du ministère de la santé publique commence à prendre plus d'essor avec l'application progressive de la loi y relative. Si les progrès sont faits dans ce domaine, il n'y a pas de doute que les collectivités territoriales décentralisées (Communes et Régions) puissent efficacement contribuer à l'atteinte des objectifs de la réduction de la mortalité maternelle, en agissant notamment dans la mobilisation des communautés et la mise à disposition de ressources pour les diverses campagnes et interventions, mais aussi le renforcement de la gestion des formations sanitaires à leur charge.

4.2.5. La Coordination des Acteurs

Plusieurs acteurs de différents secteurs mènent des activités qui contribuent d'une manière ou d'une autre à l'amélioration de la SRMNI, mais il manque un cadre de concertation multisectoriel formel pour ces acteurs. La multisectorialité et la coordination de tous les intervenants sont importantes afin de mutualiser les efforts et faire bon usage des ressources disponibles d'une part, et veiller à la prise en compte des priorités nationales dans les plans de travail de ces acteurs d'autre part.

4.2.6. Le Financement

Le financement de l'offre et de la demande de santé est encore loin d'être satisfaisant. Parmi les mécanismes mis en place pour alléger les coûts liés aux soins de santé on note entre autres, harmonisation et baisse des prix des produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires publiques, prise en charge des indigents dans certaines formations sanitaires subventionnées par l'Etat, gratuité des antituberculeux et des anti retro viraux, baisse substantielle des couts des examens de laboratoire pour le VIH et la tuberculose, baisse du prix de l'insuline, subvention de la dialyse pour les insuffisants rénaux, baisse substantielle du coût des antipaludéens et du prix de certains anticancéreux...

En effet, le financement de la santé au Cameroun est assuré par l'Etat, les ménages, les partenaires techniques et financiers, et les collectivités territoriales décentralisées.

Selon les Comptes Nationaux de la Santé 2011, la contribution des ménages au financement de la santé est de 52,2%. Ceci démontre que les populations sont prêtes à contribuer aux dépenses en faveur de leur santé bien que l'on note une insuffisance de traçabilité des fonds recouverts dans le système d'autonomisation financière des formations sanitaires publiques.

Malgré les multiples mécanismes, mis en place par l'Etat avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers, pour alléger les coûts liés aux soins de santé, ces coûts constituent un poids financier pour les ménages et peuvent induire l'accroissement de l'inaccessibilité aux soins de santé de qualité d'autant plus qu'une proportion importante (39,9%) de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté.

4.2.7. La Redevabilité

Le Cameroun s'est engagé au processus de redevabilité du Secrétaire Général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant (Commission on Information and Accountability).

Il s'agit de s'assurer que les appuis financiers en faveur de la santé de la femme et de l'enfant sont mobilisés en temps voulu, que les ressources mises à disposition sont utilisées de manière efficace et transparente et que les résultats espérés sont atteints.

En outre, l'exigence de redevabilité devrait également être étendue aux autres secteurs intervenant dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et aux communautés au sein desquelles la plupart des complications sont gérées.

Dans le contexte actuel où la faible redevabilité constitue un frein à la mise en œuvre des politiques et stratégies, l'opérationnalisation des actions ci-dessus, pourrait influencer positivement les performances en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

4.3.L'analyse des problèmes liés aux acteurs

Le Cameroun peut compter sur six groupes d'acteurs qui contribuent à la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile qui sont :le secteur public, le secteur privé, les communautés, le secteur traditionnel, la société civile, les partenaires techniques et financiers.

Alors qu'ils auraient pu jouer un rôle majeur dans cette lutte, il a été identifié des problèmes inhérents à chacun d'eux, les empêchant d'apporter leur contribution efficace à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

4.3.1. Les acteurs du secteur public

Le Ministère en charge de la Santé Publique :

Les niveaux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile que connaît le Cameroun actuellement sont non seulement un véritable problème de santé publique mais constituent aussi un défi au processus de développement de la nation eu égard à la perte en productivité engendrée par les nombreux décès maternels. Le MINSANTE qui est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de santé publique, devrait être au cœur du combat multisectoriel contre ce fléau qui mine le pays. A ce titre, il devrait :

- se mobiliser de l'intérieur en créant des synergies d'action de entre les différents programmes et entre les différentes structures à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- rechercher et nouer des alliances avec tous les autres acteurs ; Par ailleurs, il devra renforcer la collaboration avec les autres départements ministériels pour assurer le contrôle continu de la qualité des intrants de SRMNI.

Le Ministère en charge de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation :

Il devrait jouer un rôle clé en aidant les acteurs de terrain à mieux coordonner leurs activités d'enregistrement des actes d'état civil (naissances, mariages, décès) au niveau des communes, y compris la surveillance des décès maternels et néonataux par exemple, ou l'organisation de la prise en charge des indigents à travers les communes.

Les communes devraient également renforcer leur rôle important d'encadrement, de sensibilisation à travers le Programme National de Développement Participatif qui couvre toutes les collectivités territoriales décentralisées du Cameroun.

La réussite de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile appelle une forte implication de l'autorité administrative et traditionnelle dans ses attributions de représentant du Chef de l'Etat et du gouvernement dans la circonscription concernée. **A ce titre, elle devrait veiller à la bonne application de la politique gouvernementale sur le terrain, et coordonner cette action multisectorielle avec la collaboration des services techniques.**

Le Ministère en charge de la Justice et de l'Administration Pénitentiaire :

Dans le rapport sur l'état des Droits de l'Homme au Cameroun, et particulièrement dans le volet relatif au droit à la santé, la situation de la santé maternelle et infantile pourrait figurer et constituerait un outil de plaidoyer pour la communauté nationale en direction des partenaires au développement. Le MINJUSTICE devrait vulgariser les lois pour la protection des droits des femmes et des enfants.

Le Ministère en charge de la Communication :

Il devrait insérer dans ses outils, des éléments de communication portant sur les Pratiques Familiales Essentielles y compris les domaines de l'eau, hygiène et assainissement (WASH : Water, Sanitation and Hygiène), de l'assainissement total piloté par les communautés (ATPC), du Planning Familial et de la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), entre autres. Par ailleurs, la lutte contre la publicité mensongère notamment celle relative à la santé devrait être intensifiée.

Ce ministère devrait appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du plan global de communication en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile notamment à travers les radios de proximité.

Le Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur :

Il devrait assurer l'intégration des enseignements et la mise à jour régulière des curricula de formation de la SRMNI dans les institutions d'enseignement supérieur en charge de la formation des personnels de santé, et renforcer l'offre des services dans les Centres Médico-sociaux. Il pourrait également contribuer dans la formation continue par le

renforcement des capacités du personnel de santé en chirurgie obstétricale (pour les médecins généralistes) et en anesthésie (pour les infirmiers). De même, il pourrait contribuer à la recherche opérationnelle en SRMNI.

Le Ministère en charge des Enseignements Secondaires :

Son rôle d'encadrement des jeunes devrait être un grand atout pour la promotion de la SRMNI. À ce titre il devrait, entre autres, renforcer la promotion de l'éducation sexuelle ou encore de l'éducation à la vie familiale dans les établissements scolaires.

Le Ministère en charge de l'Education de Base :

Ce ministère devrait renforcer l'éducation pour la santé y compris en matière de pratiques familiales essentielles, et initier l'éducation à la vie familiale vers la fin du cycle primaire.

Le Ministère en charge de l'Eau et de l'Energie :

Il devrait contribuer de manière substantielle à l'amélioration de l'état de santé des populations à travers la densification de l'offre en eau et en énergie dans les formations sanitaires, les établissements scolaires, les villages et les ménages.

Le Ministère en charge de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative :

Il devrait assurer le recrutement du personnel qualifié pour la SRMNI conformément au Plan de Développement des Ressources Humaines pour la santé. Il pourrait également aider à définir et mettre en œuvre les mécanismes de fidélisation des personnels dans les zones enclavées.

Le Ministère en charge de la Jeunesse et de l'Eduction Civique :

Il devrait assurer l'éducation sexuelle des jeunes en milieu extrascolaire et durant le service civique, mobiliser les jeunes pour l'utilisation des services de SRMNI et offrir les services de SRMNI adaptés dans les centres multifonctionnels de promotion des jeunes (CMPJ).

Les instances du Conseil National de la Jeunesse ainsi que le Réseau des Jeunes devraient également être mises à contribution pour la sensibilisation et la mobilisation des jeunes.

Le Ministère en charge de l'agriculture et du Développement Rural :

Il devrait contribuer à la sensibilisation des communautés pour l'utilisation des services de SRMNI. Il devrait également renforcer la sensibilisation sur les bonnes pratiques alimentaires et la vulgarisation des techniques agricoles visant la production des aliments appropriés dont la consommation prévient la survenue de la malnutrition.

Le Ministère en charge de la Promotion de la Femme et de la Famille :

Le MINPROFF devrait être le partenaire privilégié pour susciter et renforcer la demande en matière de santé de la mère et de l'enfant, à travers la mobilisation des femmes, des

hommes, des leaders d'opinion et des familles pour l'utilisation des services de prévention et de prise en charge en matière de SRMNI, et la lutte contre les pratiques socio culturelles qui limitent la demande dans ce domaine. Il devrait également assurer la promotion du paquet minimum disponible en termes de services SRMNI par le biais des services déconcentrés et les unités techniques spécialisées telles que les Centres de Promotion de la Femme et de la famille (CPFF).

Le Ministère en charge de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire :

Il devrait œuvrer pour la mobilisation des partenaires et de diverses ressources pour la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la sante de la mère et de l'enfant.

Le Ministère en charge des Finances :

Il devrait renforcer son rôle dans la mobilisation et le contrôle de l'utilisation des fonds destinés à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Le Ministère en charge des Affaires Sociales :

Il devrait renforcer la solidarité nationale autour de la problématique de la mortalité maternelle et infantile.

Le Ministère en charge de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales :

Il devrait renforcer son rôle dans la production et la distribution des protéines animales en quantité et en qualité dans l'ensemble du pays notamment en direction des couches les plus défavorisées.

4.3.2. Les acteurs du secteur privé

Le secteur privé à but lucratif pourrait contribuer davantage à la promotion des soins et services en faveur de la mère et l'enfant à travers ses structures. Il devrait également renforcer son appui multiforme à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Dans le cadre du renforcement du partenariat public-privé, le secteur privé à but non lucratif devrait étendre son offre de soins et services en faveur de la mère et de l'enfant notamment dans les zones à faible accessibilité. A cet effet, il devrait pouvoir bénéficier d'un appui plus important.

4.3.3. Les communautés

Elles ne sont pas suffisamment mobilisées du fait d'un déficit criard en information, éducation et communication et même en encadrement et accompagnement.

Ces communautés disposent pourtant de ressources qui peuvent être utilisées pour : (i) susciter l'utilisation des formations sanitaires, (ii) s'organiser pour faire face aux

dépenses de santé, (iii) s'organiser pour prendre en charge les cas de complications liées à la santé de la mère ou de l'enfant, (iv) promouvoir les pratiques familiales essentielles.

Les acteurs de ce secteur devraient être enrôlés pour porter les messages plus haut et plus fort, pour la conscientisation des décideurs de tous bords notamment politiques. Toutefois, le renforcement de leur capacité est primordial.

4.3.4. Les acteurs du sous secteur traditionnel

Ces acteurs ne sont ni techniquement aptes à prendre en charge ni en mesure de référer les complications liées à l'accouchement et qui sont causes des décès maternels en communauté. Ils devraient être encadrés, réorientés et impliqués dans la mise en œuvre des activités au niveau communautaire. La collaboration entre les acteurs de ce secteur et les structures sanitaires devrait être renforcée.

4.3.5. Les acteurs de la Société Civile

Ces acteurs devraient participer au dialogue stratégique dans le cadre de l'élaboration des politiques et s'impliquer davantage de manière coordonnée dans la mise en œuvre des interventions.

En assumant pleinement et fermement leur rôle, les organisations et associations professionnelles de la santé par exemple, devraient soutenir la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvenile à travers l'amélioration de l'assurance-qualité des prestations de SRMNI.

Les organisations à base communautaire et les ONG nationales pourraient intensifier et renforcer la communication et le soutien à la mise en œuvre des interventions de SRMNI.

4.3.6. Les partenaires techniques et financiers (PTF)

Tout comme les organisations de la société civile, ces partenaires devraient davantage participer à l'élaboration des politiques et stratégies sectorielles et s'impliquer davantage de manière coordonnée dans l'appui à la mise en œuvre et le suivi des interventions.

Compte-tenu des problèmes relevés plus haut, relatifs notamment à l'offre, la demande, la coordination, l'accessibilité, la redevabilité, la gouvernance, et le financement, le présent plan stratégique multisectoriel couvrant la période 2014-2020 propose un éventail de solutions pour y remédier.

5. LE PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE 2014-2020

5.1.La Vision

Ce programme a pour vision de <<Faire du Cameroun une Nation où l'accès universel aux soins et services de qualité pour les femmes et les enfants est une réalité, où les décès maternels, néonataux et infantiles évitables sont éliminés>>.

5.2.Les Principes Directeurs

Prenant en compte les expériences passées, les principes directeurs suivants vont guider la mise en œuvre :

- Engagement politique durable et leadership national,
- Coordination effective des intervenants et complémentarité,
- Multisectorialité et partenariats innovants,
- Redevabilité et bonne gouvernance,
- Equité dans l'accessibilité aux soins de qualité tout au long du continuum des soins,
- Participation et implication optimale de la communauté y compris les bénéficiaires et les hommes,
- Communication et mobilisation effectives.

5.3.L'Objectif Général

Réduire, de 29% les décès maternels soit de 782 à 557 pour 100000 naissances vivantes; les décès infanto-juvéniles de 27% soit de 122 à 89 pour 1000 naissances vivantes ; et les décès néonataux de 23% soit de 31 à 24 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2020 au Cameroun.

5.4.Les Objectifs spécifiques

5.4.1. Améliorer les capacités nationales de mise en œuvre des interventions à haut impact (PCIME, SONEU, PF, ...) dans au moins 80% des structures sanitaires

- 1) Corriger les écarts en termes d'équipements, d'infrastructures et de matériel roulant
- 2) Elaborer des plans opérationnels de districts et régionaux des interventions contribuant à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile
- 3) Former/recycler les prestataires.
- 4) Assurer la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte
- 5) Renforcer les aspects SRMNI dans la formation initiale/recyclage des professionnels de la santé

- 6) Améliorer les performances du système national d'information sanitaire
- 7) Assurer la supervision intégrée des interventions à haut impact sur la SRMNI à tous les niveaux.

5.4.2. Organiser la collaboration et la coordination d'au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact

- 1) Mettre en place une plate forme de collaboration entre tous les acteurs (le MINSANTE, les administrations partenaires, la société civile, le secteur privé et les PTF)

5.4.3. S'assurer qu'au moins 80% des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ont accès aux services et soins continus de qualité

- 1) Subventionner les soins de la mère et du nouveau-né (Chèque santé, kits obstétricaux)
- 2) Contribuer au renforcement de la stratégie avancée intégrée incluant les aspects de SRMNI manquants
- 3) Contribuer au renforcement du financement basé sur la performance en faveur des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant
- 4) Mettre en œuvre le plan de communication intégré SRMNI y compris le plaidoyer
- 5) Assurer la promotion des pratiques familiales essentielles (consultation prénatale, allaitement maternel exclusif, vaccination, déparasitage, potabilisation de l'eau, lavage des mains avec eau et savon, l'hygiène individuelle environnementale, utilisation de la moustiquaire, dépistage de la malnutrition, promotion des méthodes modernes de contraception, surveillance des décès et riposte communautaire et réalisation des autodiagnosics communautaires...)

5.4.4. Assurer le suivi des interventions de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile mises en œuvre par les programmes verticaux et autres interventions de santé, et les autres secteurs

- **La Planification Familiale :** Augmenter le TPC de 16,1% à 30,56% de 2014 à 2020
 - 1) augmenter le taux de prévalence contraceptive de 16,1% à 30,56%,
 - 2) augmenter le taux d'utilisation des méthodes de longue durée de 4,3% à au moins 20%,
 - 3) réduire le taux des besoins non satisfaits de 16,6% à 10% au plus,
 - 4) réduire la prévalence des grossesses précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans de 25,2% à 12,5%,
 - 5) augmenter la prévalence contraceptive chez les adolescents de 15 à 19 ans de 12,1% à 29%.

Pour atteindre l'objectif fixé ici, il faut :

- améliorer la demande des services de PF
- améliorer l'offre des services de PF en quantité et en qualité
- rendre l'environnement plus habilitant en faveur de la PF (mener un Plaidoyer pour un environnement favorable à la PF sur le plan politique, financier, juridique)
- améliorer le suivi et la coordination des services de PF

- **Le Paludisme**
 - 1) Au moins 80 % des femmes enceintes reçoivent le traitement préventif intermittent et les MILDA conformément aux directives nationales
 - 2) Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées reçoivent la chimio prévention saisonnière du paludisme
 - 3) Au moins 80 % des cas suspects de paludisme chez les enfants et les femmes enceintes vus dans les formations sanitaires et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR ;
 - 4) 100% des cas de paludisme confirmés chez les enfants et les femmes enceintes, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté

- **La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) et la Prise en Charge Pédiatrique du VIH/SIDA (PECP) : Vise à réduire à moins de 5% le taux résiduel de transmission du VIH de la mère à l'enfant**
 - 1) 90% des femmes enceintes reçues dans les formations sanitaires sont testées pour le VIH ;
 - 2) au moins 90% des femmes enceintes testées séropositives et les enfants exposés sont mis sous ARV prophylactique
 - 3) 90% des femmes enceintes séropositives et des enfants exposés reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole
 - 4) 90% des enfants exposés sont revus à 6 semaines de vie
 - 5) le taux de couverture des enfants sous TARV passe à au moins 60% d'ici à 2017 (le nombre d'enfants sous ARV passe de 4992 à 18707 en 2017)

- **Le Nouveau-né : Contribuer à réduire la mortalité néo-natale évitable en atteignant une couverture d'au moins 80 % des interventions prioritaires sur la santé néonatale**
 - 1) Accroître de 70% la Prise en charge des naissances prématurées (Utilisation des corticostéroïdes, Soins de type Kangourou) à l'ensemble des formations sanitaires du Cameroun
 - 2) Mettre en œuvre le paquet de Soins néonataux de base dans au moins 80% des Formations Sanitaires
 - 3) Renforcer la Mise en œuvre de la pratique de la méthode Kangourou dans au moins 50% des formations sanitaires

- 4) Assurer la réanimation correcte des nouveau-nés asphyxiés à la naissance dans 80% des maternités
- 5) Susciter la prise en charge correcte de 75% des nouveau-nés souffrant d'infections néo-natales

- **Le Programme Elargi de Vaccination** : Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts de santé et pour tous les antigènes d'ici 2020 (Amener la Couverture en Penta 3 de 77% à au moins 80% dans 100% des DS)

- **La Nutrition et la Transfusion Sanguine** (plans stratégiques en cours d'élaboration)

5.4.5. Assurer la gestion du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et infanto-juvénile à tous les niveaux

- 1) Assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions à haut impact par le PLMI
- 2) Organiser l'évaluation du PLMI 2014-2020
- 3) Rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre du PLMI 2014-2020

5.5. Les axes et les objectifs stratégiques

Axes stratégiques :

Les objectifs spécifiques ci-dessus s'alignent aux axes stratégiques suivants, définis dans le plan stratégique national de la santé de la reproduction, santé maternelle, néonatale et infantile (PSNSRMNI):

- La communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour de la SRMNI en faisant de la survie de la femme et de l'enfant une cause nationale ;
- La levée des barrières financières à l'accès aux soins essentiels de SRMNI ciblant en priorité les populations les plus vulnérables et les districts les plus défavorisés ;
- Le renforcement de l'offre de soins SRMNI de qualité ;
- Le renforcement des capacités des prestataires de services ;
- La lutte contre les problèmes de gouvernance et de gestion du système de santé ;
- Le renforcement du mécanisme de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre ;
- Le renforcement de la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires ;
- La recherche des mécanismes de financement pérenne.

Objectifs stratégiques :

1. Amener les 10 régions à mettre en œuvre au moins 80% des interventions du plan de communication d'ici 2020.
2. Mettre en place un mécanisme de financement pérenne permettant de subventionner les soins du nouveau-né et de la mère d'ici 2020.

3. Mettre en place un système d'accréditation des formations sanitaires d'ici 2020.
4. Renforcer les capacités d'au moins 80% des prestataires de services de SRMNI dans tous les secteurs d'ici 2020.
5. S'assurer que 100% des partenaires de mise en œuvre élaborent les plans de travail d'ici 2020.
6. Amener 50% des districts ciblés à mettre en œuvre les interventions sous directives communautaires d'ici 2020.
7. Mettre en place un mécanisme de mobilisation pérenne de ressources avec la collaboration des partenaires nationaux et internationaux d'ici 2020.

5.6. Les cibles opérationnelles

5.6.1. Au niveau national et régional

- i. La disponibilité des Intrants SRMNI essentiels (tests de dépistage du VIH, contraceptifs, antibiotiques, ocytocine, sulfate de magnésium, chlorhexidine, betaméthasone, etc.) est effective dans au moins 90% des Hôpitaux de Districts/CSI selon les normes d'ici 2020 ;
- ii. Le plateau technique adéquat (selon les normes) est disponible dans au moins 60% des districts de santé d'ici 2020 ;
- iii. La proportion de formations sanitaires qui pratiquent correctement la référence/contre référence (de surtout enfants, nouveau-nés et mère) est de 60% au moins d'ici 2020 ;
- iv. La proportion des formations sanitaires qui offrent les SONEU est de 60% d'ici 2020;
- v. La proportion de formations sanitaires qui ont une infrastructure et des équipements adéquats pour la prestation des soins SRMNI (surtout pour les enfants, nouveau-nés et mère) est de 60 % d'ici 2020 ;
- vi. La proportion des districts de santé avec un système fonctionnel de gestion des données (collecte, analyse locale et envoi à la région) est de 80% au moins d'ici 2020
- vii. Toutes les interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant sont intégrées dans les curricula de formation initiale du personnel de santé d'ici 2020 ;
- viii. Au moins 80% des centres médico-sociaux des universités offrent un paquet adéquat de service de SRMNI d'ici 2020 ;
- ix. Au moins 60% des régions ont mis en place un réseau de communication fonctionnel par rapport aux différentes cibles (jeunes, femmes, hommes, les leaders, association ONG,) dans toutes les communautés
- x. Au moins 80% des centres médico-scolaires offrent un paquet adéquat de service de SRMNI d'ici 2020 ;
- xi. La proportion de formations sanitaires qui offrent à la fois la PTME et la prise en charge pédiatrique est de 100% d'ici à 2020 ;

- xii.* Le taux de transmission mère-enfant du VIH est réduit à moins de 5% d'ici à 2020.

5.6.2. Au niveau des structures de mise en œuvre

5.6.2.1. La santé de la mère :

- i.* La proportion des femmes bénéficiant de la CPN4 offerte par un personnel qualifié augmente de 62% (EDS_2011) à 70% d'ici 2020 ;
- ii.* La proportion de femmes enceintes qui disposent d'un plan d'accouchement dans l'aire de santé est de 80% d'ici 2020 ;
- iii.* La proportion des accouchements attendus conduits par un personnel qualifié dans un établissement de soins augmente de 61% (EDS_2011) à 70% d'ici 2020 ;
- iv.* La proportion des femmes enceintes attendues couvertes par le vaccin antitétanique (VAT2+) passe de 59% (EDS_2011) à 80% d'ici 2020 ;
- v.* La proportion des femmes couvertes par la CPoN fournie par un personnel qualifié dans les 48 heures après l'accouchement passe de 37% (EDS_2011) à 60% d'ici 2020 ;
- vi.* La prévalence contraceptive (méthodes modernes) augmente de 16,1% à 30,56% d'ici 2020 ;
- vii.* Au moins 60% de maternités dans chaque district de santé offrent en permanence les SONU selon le niveau d'ici 2020 ;
- viii.* Le taux de césariennes est supérieur à 4% dans au moins 60% des districts de santé d'ici 2020 ;
- ix.* Au moins 60% des districts de santé disposent d'un dépôt de produits sanguins d'ici 2020 ;
- x.* Au moins 80% des femmes enceintes reçoivent le TPI conformément aux directives nationales d'ici 2020 (source : PNLP 2013) ;
- xi.* Au moins 80% des femmes en post partum immédiat prennent la vitamine A conformément aux directives nationales d'ici 2020 ;
- xii.* Au moins 80% des cas de paludisme confirmés chez les femmes enceintes sont traités dans les formations sanitaires et dans la communauté conformément aux directives nationales ;
- xiii.* Au moins 50% des formations sanitaires n'ayant pas accès à l'eau et à l'électricité disposent de l'eau potable et de source d'électricité d'ici 2020 ;
- xiv.* Au moins 80% des Centres Multifonctionnels de Promotion des Jeunes fonctionnels offrent un paquet adapté de services de SRMNI d'ici 2020 ;
- xv.* Au moins 80% des Centres de Promotion de la Femme et de la Famille fonctionnels ont intégré et offrent un paquet adapté de SRMNI dans leurs activités.
- xvi.* La proportion des femmes enceintes qui prennent le fer et acide folique pendant 90 jours et plus passe de 54,2% à 70% ;
- xvii.* La proportion des femmes enceintes qui prennent le vermifuge passe de 37,2% à 70%
- xviii.* La proportion des femmes enceintes reçues dans les FOSA et testées pour le VIH est d'au moins 90% d'ici à 2020 ;

- xix. La proportion des femmes enceintes VIH+ mises sous ARV (Option B+) est d'au moins 90% d'ici à 2020.

5.6.2.2. La santé du nouveau-né :

- i. la proportion de nouveau-nés qui bénéficient d'une consultation post-natale dans les 48 heures après la naissance et d'une prise en charge correcte passe de 42% à 70 % d'ici 2020 ;
- ii. La proportion de nouveau-nés qui sont mis au sein dans l'heure suivant la naissance passe de 40 % à 80% d'ici 2020 ;
- iii. La proportion des enfants nés prématurés qui ont bénéficié de la corticothérapie anténatale est d'au moins 70% d'ici 2020.
- iv. Le paquet de soins néonataux de base est mis en œuvre dans au moins 80% des maternités ;
- v. La réanimation du nouveau-né en détresse à la naissance est assurée dans au moins 80% des maternités ;
- vi. La mise en œuvre de la pratique de la méthode kangourou est assurée dans au moins 70% des formations sanitaires.
- vii. La proportion des enfants exposés (né de mère VIH positive) mis sous ARV prophylactiques est d'au moins 90% d'ici 2020

5.6.2.3. La santé de l'enfant :

- i. La proportion des cas de paludisme confirmés chez les enfants et traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté est de 80% d'ici 2020 ;
- ii. La proportion des enfants avec la diarrhée ayant reçu de la thérapie de réhydratation à base du sel de réhydratation à faible osmolarité et de zinc par voie orale passe de 22% à 70% d'ici 2020 ;
- iii. La proportion d'épisodes d'infections respiratoires aiguës pris en charge selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans passe de 30 % à 70 % d'ici 2020 ;
- iv. Au moins 80 % des formations sanitaires de chaque district de santé offrent la PCIME d'ici 2020 ;
- v. La proportion des enfants de 0 à 5 ans souffrant de malnutrition aigue globale passe de 6% à 2% d'ici 2020 ;
- vi. La proportion des femmes allaitantes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois augmente de 20% à 50% d'ici 2020.
- vii. La proportion des enfants de 0 à 11 mois vaccinés au pentavalent 3 est de 95% d'ici 2020 ;
- viii. La proportion des enfants vaccinés à la Rougeole, Rubéole (RR) est de 90% d'ici 2020 ;

- ix. La proportion des enfants exposés (né de mère VIH positives) testés pour le VIH après 18 mois est d'au moins 90% d'ici 2020
- x. La proportion des enfants infectés par le VIH mis sous traitement ARV est d'au moins 90% en 2020

5.6.2.4. La santé de l'adolescent :

- i. La proportion des grossesses précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans passe de 25% à 17% d'ici 2020 ;
- ii. Chaque district de santé dispose d'au moins une structure qui offre des services de SR accessibles et adaptés aux adolescents/jeunes d'ici 2020 ;
- iii. La proportion des jeunes (filles et garçons) de 15 à 24 ans qui bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH est d'au moins 80% d'ici à 2020.

5.6.3. Au niveau communautaire :

- i. La proportion d'aires de santé dont au moins une communauté dispose d'un mécanisme d'évacuation des urgences est de 40% d'ici 2020 ;
- ii. La proportion de communautés suivies par au moins un ASC est de 40% dans chaque aire de santé dans les districts ciblés d'ici à 2020 ;
- iii. La proportion des femmes en post partum et des nouveau-nés ayant reçu une visite a domicile par l'ASC est d'au moins 90% dans les aires de sante couvertes ;
- iv. La proportion d'aires de santé disposant de commodités de base (eau, électricité, latrines) pour 50% des populations augmente de 5% chaque année ;
- v. La proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous les moustiquaires imprégnées passe de 21% à 50% d'ici 2020 ;
- vi. La supplémentation en Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois passe de 55% à 90% au moins d'ici 2020 ;
- vii. La proportion des enfants de 12 à 59 mois déparasités passe de 51% à 90% d'ici 2020 ;
- viii. La proportion des communautés qui participent à la surveillance des décès maternels et des nouveau-nés est d'au moins 50% d'ici 2020 dans chaque Aire de santé
- ix. Au moins 60% des chefs traditionnels et de leaders religieux sont impliqués dans les actions visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile ;
- x. Au moins 80% des communes s'impliquent dans les actions visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile
- xi. Au moins 50% des associations de femmes et 25% de groupes d'hommes sont sensibilisés et/ou s'impliquent dans la sensibilisation en faveur de la SRMNI.

5.7. Interventions prioritaires

Les mesures seront prises pour que toute femme enceinte, tout nouveau-né et tout enfant accèdent aux différents soins curatifs, préventifs et promotionnels selon leurs besoins. Les interventions prioritaires ci-dessous seront mises à contribution. Ces interventions seront offertes non seulement dans les formations sanitaires, mais également dans la communauté, le cas échéant, pendant les stratégies avancées ou à travers l'agent de santé communautaire selon les protocoles et normes en la matière.

5.7.1. Santé maternelle

- Consultation prénatale recentrée (CPNR) : quatre visites prénatales, la première ayant lieu au premier trimestre,
-
- PTME du VIH,
- Soins obstétricaux essentiels et d'urgence de base (y compris l'utilisation systématique du partogramme),
- Soins obstétricaux d'urgence complets,
- Soins postnataux dans les six jours après l'accouchement,
- Planification familiale.
- Promotion de la nutrition de qualité chez la femme enceinte

5.7.2. Santé du nouveau-né

- Soins essentiels du nouveau-né (soins du cordon, bonne température, etc.),
- Soins néonataux d'urgence y compris la réanimation du nouveau-né,
- Initiation précoce de l'allaitement maternel
-
- Dépistage du VIH et mise sous ARV,
- Prise en charge du nouveau-né malade, prématuré ou de petit poids y compris par la « Méthode Kangourou »,
- Soins postnataux dans les six jours suivant la naissance.

5.7.3. Santé de l'Enfant

- Allaitement maternel exclusif jusqu'à six (6) mois suivi d'une alimentation complémentaire équilibrée,
- Soins préventifs et promotionnels y compris la vaccination, vitamine A, suivi de la croissance et déparasitage,
- Prise en charge de l'enfant malade (diarrhée, pneumonie, malnutrition, etc.) par l'approche Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)
- Santé scolaire.

- Prévention et prise en charge de la malnutrition

5.7.4. Santé des adolescents/jeunes

- Accès aux services de contraception et de lutte contre les IST/VIH,
- Soins post avortement,
- Soins et services aux adolescentes/jeunes à travers les services de santé conviviaux dans les formations sanitaires et d'autres sites (CMPJ, service de santé scolaire et/ou universitaire).

5.7.5. Interventions communautaires

- Offre d'un paquet de soins et services de SRMNI notamment par l'agent de santé communautaire et lors des séances de stratégies avancées,
- Interventions multisectorielles relatives aux déterminants de la santé notamment WASH, PFE, Nutrition, etc.
- Communication en faveur de la SRMNI.
- Promotion des comportements sains.
- Surveillance des décès maternels et néonataux et riposte.

5.7.6. Autres actions transversales

L'Information sanitaire :

Il est impératif de renforcer le système d'information sanitaire afin de faciliter le suivi des progrès. Chaque acteur devrait veiller à la production de l'information, à son analyse et à son rapportage. Une révision des mécanismes de collecte, d'analyse sur site, de transmission des données et de feedback est indispensable ainsi que la motivation du personnel en charge du système d'information vue de manière globale.

Les ressources humaines :

La mobilisation de ces ressources humaines devrait être coordonnée tout en faisant jouer au MINFOPRA son rôle régalien afin de garantir un recrutement adéquat et aussi veiller à la mise en place de mesures incitatives pour la fidélisation du personnel dans les postes difficiles d'accès. Une bonne coordination entre acteurs devrait permettre une maîtrise et une gestion des effectifs engagés dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Le financement :

La réussite de ce programme dépend en grande partie de la mobilisation des financements nécessaires. Lesdits financements devraient être mobilisés en interne comme en externe. Dans ce cadre la gouvernance et la redevabilité devraient être de rigueur pour chacun des acteurs engagés dans la mise en œuvre du programme. De même, tenant compte de la contribution substantielle des ménages au financement de la

santé au Cameroun, la révision et l'harmonisation des coûts des prestations par niveau, ainsi que leur diffusion et le suivi de leur application devraient être assurés. **La subvention des soins obstétricaux et néonataux serait un grand atout pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Cameroun.**

Aspects genre :

La prise en compte du genre dans le PLMI visera à renforcer la mobilisation communautaire en vue de susciter la demande pour l'utilisation des services de santé par les femmes et les filles. Les besoins spécifiques des femmes et filles selon leurs statuts devront être pris en compte dans la mise en œuvre du PLMI. Un accent devra être mis sur l'implication des hommes, des leaders traditionnels et religieux et des jeunes garçons. Cette implication visera les aspects préventifs de lutte contre la mortalité maternelle et infantile mais également l'accompagnement et la prise en charge psycho sociale et la réinsertion socio économique des femmes et filles affectées par les complications liées à la mortalité maternelle.

Le renforcement des capacités des intervenants sociaux en vue de l'appropriation des thématiques liés à la SRMNI et la sexualité des adolescent(e)s, y compris les acteurs gouvernementaux à tous les niveaux contribuerait à l'atteindre des résultats du Programme. Dans cette perspective, les femmes(en âge de procréer ou non) et les jeunes des deux sexes devront être impliqués dans la planification des activités avec un accent particulier sur le suivi et l'évaluation de celles-ci.

La prise en compte des spécificités de genre dans le PLMI concerne par ailleurs la définition des activités visant la réduction des discriminations et des violences basées sur le genre y compris les pratiques socioculturelles limitant la demande (et l'accès) des femmes et des filles aux services et soins de SRMNI. Un accent devra être mis sur la jouissance par les femmes et les filles de leurs droits reproductifs, tout en intégrant les besoins des hommes et jeunes en matière de PF afin qu'ils soient des parties prenantes actives à la mise en œuvre du PLMMNI.

Il s'agira en enfin de renforcer la mobilisation des communautés (plaidoyer à l'adresse des autorités traditionnelles, communautaires, religieuses ; sensibilisation des associations d'hommes, de femmes et de jeunes, conscientisation et accompagnement des familles et des groupes spécifiques...) pour son adhésion au programme en vue d'une participation aux activités en faveur de la SRMNI.

6. LE CADRE LOGIQUE

L'objectif général du PLMI 2014-2020 est de réduire, de 29% les décès maternels soit de 782 à 557 pour 100000 naissances vivantes; les décès infanto-juvéniles de 27% soit de 122 à 89 pour 1000 naissances vivantes ; et les décès néonataux de 23% soit de 31 à 24 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2020 au Cameroun.

L'atteinte de cet objectif passe par la réalisation des cinq objectifs spécifiques précédemment cités pour lesquels les activités sont décrites dans les cadres logiques ci-après présentés.

6.1. CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION

PLMI 2014-2020	Cadre Logique d'Intervention		
But : Contribuer à l'amélioration de la SRMNI au Cameroun	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Source de vérification	Suppositions importantes
Objectif général du PLMI 2014-2020 : Réduire, de 29% les décès maternels soit de 782 à 557 pour 100000 naissances vivantes; les décès infanto-juvéniles de 27% soit de 122 à 89 pour 1000 naissances vivantes ; et les décès néonataux de 23% soit de 31 à 24 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2020 au Cameroun.	-la mortalité maternelle est réduite de 782 décès (2014) à 557 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020, -la mortalité néonatale est réduite de 31 décès (2014) à 24 décès pour 1000 naissances vivantes en fin 2020 -la mortalité infanto-juvenile est réduite de 122 décès (2014) à 89 décès pour 1000 naissances vivantes en 2020	EDS	Coordination effective à tous les niveaux
Objectif spécifique 1 : Améliorer les capacités nationales de mise en œuvre des interventions à haut impact (PCIME, SONEU, PF, ...) dans au moins 80% des structures de mise en œuvre	- la proportion de FS avec infrastructure, équipement et personnel adéquats pour la prestation des soins SRMNI est de 80 % au moins d'ici 2020 -la disponibilité des Intrants de SRMNI essentiels est effective dans au moins 90% des Hôpitaux de Districts/CSI selon les normes d'ici 2020 ; -le nombre de FOSA offrant des services de SRMNI accessibles et adaptés aux adolescents/jeunes est au moins d'1 par DS d'ici 2020 ; -le nombre de structures de mise en œuvre des autres secteurs qui offrent des services de SRMNI (CMPJ, Centre médico-sociales, centre de promotion de la femme) accessibles et adaptés aux adolescents/jeunes est au moins d'1 par DS d'ici 2020 ;	SIS (données de routine) Recensement Données d'enquêtes	-Financement disponibles -Système d'approvisionnement en médicaments fonctionnel -Personnel qualifié disponible
Objectif spécifique 2 : Organiser la collaboration et la coordination d'au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact	-la proportion des résolutions prises au cours des réunions de coordination des acteurs et mises en œuvre d'ici à 2020 est de 80% au moins -la proportion des districts de santé avec un système de gestion des données fonctionnel (collecte, analyse locale/décisions et envoi vers la région) est de 80% au moins d'ici 2020	-Rapports des réunions de coordination -Rapports des supervisions -SIS	Personnel qualifié et motivé
Objectif spécifique 3 : S'assurer qu'au moins 80% des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ont accès aux services et soins continus de qualité	-la proportion des femmes couvertes par la CPN4 fournie par un personnel qualifié augmente de 62 % à 75 % d'ici 2020 ; - La proportion des accouchements attendus conduits par un personnel qualifié dans un établissement de soins augmente de 61% (EDS_2011) à 70% d'ici 2020 ;	SIS Rapport d'activité Rapports de supervision EDS	Les prestataires formés sont recrutés et rémunérés Le personnel est motivé

PLMI 2014-2020	Cadre Logique d'Intervention		
But : Contribuer à l'amélioration de la SRMNI au Cameroun	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Source de vérification	Suppositions importantes
	-Le taux de césariennes parmi les femmes enceintes est supérieur à 4% dans au moins 60% des districts de santé d'ici 2020 ; -La proportion d'épisodes d'infection respiratoire aigüe pris en charge selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans passe de 30 % à 70 % d'ici 2020 -La proportion de communautés suivies par au moins un ASC est de 40 % dans chaque aire de santé dans les districts ciblés d'ici à 2020 - au moins 60%de régions ont mis en place un réseau de communication fonctionnel par rapport aux différentes cibles(jeunes, femmes, hommes, les leaders, association ONG,) dans toutes les communautés.		
Objectif spécifique4 : Assurer le suivi des interventions de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile mises en œuvre par les programmes verticaux et autres interventions de santé, et les autres secteurs	-la proportion des utilisatrices des méthodes de longue durée passe de 4,3% à au moins 20% d'ici 2020 ; - la proportion des utilisatrices des méthodes de courte durée passe de 4,3% à au moins 20% d'ici 2020 ; -le taux de prévalence contraceptive passe de 16,1% à 30,56% de 2014 à 2020 -Au moins 50% de structures de mise en œuvre des autres secteurs offrent au moins deux méthodes modernes de contraception. -Au moins 80 % des femmes enceintes reçoivent le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales -le pourcentage de nouveau-nés des mères identifiés comme séropositives ayant reçu un traitement ARV prophylactique passe de 10 % à 90 %d'ici 2020 -la couverture vaccinale chez les enfants de 0 à 11 mois pour tous les antigènes du PEV (PENTA3 et Rougeole) passe de 53 % à au moins 90%d'ici 2020 - La proportion des femmes allaitantes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois augmente de 20% à 30% d'ici 2020	EDS SIS Rapport de supervision	Disponibilité des intrants et des contraceptifs Personnel forme et disponible Demande effective Personnel et financement disponibles

PLMI 2014-2020	Cadre Logique d'Intervention		
But : Contribuer à l'amélioration de la SRMNI au Cameroun	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Source de vérification	Suppositions importantes
	-La proportion des enfants de 0 à 5 ans souffrant de malnutrition aigüe diminue de 6% à 2 % d'ici 2020 - La proportion des districts de sante disposant d'un dépôt de produits sanguins passe a au moins 60% d'ici 2020		
Objectif spécifique5 : Assurer la gestion du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et infanto-juvénile à tous les niveaux	-la proportion des réunions de coordination tenues sur le nombre prévu -La proportion des revues techniques conduites sur le nombre prévu -La proportion des supervisions menées sur le nombre prévu	Rapports de supervision Rapports de réunions Rapport de progrès	Financement disponible Effectivité de la tenue des réunions Fonctionnement adéquat du SIS
Activités : voir pages suivantes			

Cout total du Programme (en FCA)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 2014-2020
	46 134 047 001,9	103 204 319 318,3	98 635 208 676,7	98 420 710 921,3	87 091 606 730,0	76 366 533 241,0	30 583 902 285,5	540 436 328 174,7

6.2. CADRE DE BUDGETISATION

Dans ce cadre de budgétisation, seul le plan opérationnel du secteur santé a été pris en compte en attendant la finalisation des plans opérationnels budgétisés des autres secteurs.

PLMI 2014-2020	Etabli le :
Objectif spécifique 1 : Améliorer les capacités nationales de mise en œuvre des interventions à haut impact dans au moins 80% de structures sanitaires	1) Corriger les écarts en termes d'équipements, d'infrastructures et de matériel roulant 2) Elaborer des plans opérationnels de districts et régionaux des interventions contribuant à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile 3) Former/recycler les prestataires 4) Assurer la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte 5) Renforcer les aspects SRMNI dans la formation initiale/recyclage des professionnels de la santé 6) Améliorer les performances du système national d'information sanitaire 7) Assurer la supervision intégrée des interventions à haut impact sur la SRMNI à tous les niveaux

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 1	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
Coût Total Objectif Spécifique 1	4 807 279 380,0	10 600 853 800,0	9 849 163 800,0	9 840 523 800,0	9 686 883 800,0	9 686 883 800,0	9 686 883 800,0	64 158 472 180,0
1.1 Corriger les écarts en termes d'équipements, d'infrastructures et de matériel roulant	3 050 000 000,0	8 435 000 000,0	7 680 000 000,0	7 725 000 000,0	7 600 000 000,0	7 600 000 000,0	7 600 000 000,0	49 690 000 000,0
1.1.1 Analyser la situation des équipements, des infrastructures et du matériel roulant dans les DS ciblés	10 000 000,0	10 000 000,0	10 000 000,0	10 000 000,0	10 000 000,0	10 000 000,0	10 000 000,0	70 000 000,0
1.1.2 Rénover / réhabiliter les infrastructures à problèmes dans les hôpitaux de district (4ème cat.)	-	1 000 000 000,0	1 000 000 000,0	1 000 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	5 400 000 000,0
1.1.3 Construire les pavillons mères et enfants en fonction des besoins	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	2 100 000 000,0
1.1.4 Rénover / Réhabiliter les maternités des formations sanitaires (5ème et 6ème cat.) selon les besoins	200 000 000,0	1 000 000 000,0	1 500 000 000,0	2 000 000 000,0	2 000 000 000,0	2 000 000 000,0	2 000 000 000,0	10 700 000 000,0
1.1.5 Equiper les pavillons mère et enfant selon les besoins	210 000 000,0	210 000 000,0	210 000 000,0	210 000 000,0	210 000 000,0	210 000 000,0	210 000 000,0	1 470 000 000,0
1.1.6 Equiper les maternités des CMA/CSI (5ème et 6ème cat) selon les besoins	80 000 000,0	1 600 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	5 680 000 000,0
1.1.7 Equiper les maternités et services de	1 200 000 000,0	1 000 000 000,0	1 000 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	800 000 000,0	6 400 000 000,0

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 1	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
néonatalogie des hôpitaux de district								
1.1.8 Equiper les maternités et services de néonatalogie des hôpitaux régionaux et centraux selon les besoins	150 000 000,0	225 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	1 125 000 000,0
1.1.9 Fournir les motos aux CSI/SSD selon les besoins	750 000 000,0	525 000 000,0	525 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	3 000 000 000,0
1.1.10 Fournir les ambulances médicalisées selon les besoins	-	1 700 000 000,0	1 275 000 000,0	1 275 000 000,0	1 275 000 000,0	1 275 000 000,0	1 275 000 000,0	8 075 000 000,0
1.1.11 Fournir les motos-ambulances simples et organiser l'évacuation vers les formations sanitaires dans les zones enclavées et selon les besoins	-	450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	2 700 000 000,0
1.1.12 Mettre en place des forages dans les districts sanitaires/Latrines/ Lave mains	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	150 000 000,0	1 050 000 000,0
1.1.13 Electrifier les CSI dans le besoin	-	70 000 000,0	70 000 000,0	70 000 000,0	70 000 000,0	70 000 000,0	70 000 000,0	420 000 000,0
1.1.14 Mettre en place des cases d'attente	-	75 000 000,0	180 000 000,0	210 000 000,0	285 000 000,0	285 000 000,0	285 000 000,0	1 320 000 000,0
1.1.15 Fournir du matériel roulant pour la coordination du programme (Secrétariat Technique, bureaux régionaux)	-	90 000 000,0	60 000 000,0	-	-	-	-	150 000 000,0
1.1.16 Equiper les bureaux de coordination du programme (Secrétariat Technique, bureaux régionaux)	-	30 000 000,0	-	-	-	-	-	30 000 000,0
1.2. Elaborer des plans opérationnels de districts et régionaux des interventions contribuant à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.	9 329 380,0	93 293 800,0	93 293 800,0	93 293 800,0	93 293 800,0	93 293 800,0	93 293 800,0	569 092 180,0
1.3. Former / recycler les prestataires	659 750 000,0	562 000 000,0	507 750 000,0	432 750 000,0	357 750 000,0	357 750 000,0	357 750 000,0	3 235 500 000,0
1.3.1 Former les formateurs des niveaux central et régional (y compris les administrations apparentées) sur les techniques de planification, de suivi de la mise en œuvre des interventions à haut impact et sur la supervision	8 750 000,0	7 000 000,0	5 250 000,0	5 250 000,0	5 250 000,0	5 250 000,0	5 250 000,0	42 000 000,0
1.3.2 Former (i) les médecins généralistes en	13 500 000,0	45 000 000,0	45 000 000,0	45 000 000,0	45 000 000,0	45 000 000,0	45 000 000,0	283 500 000,0

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 1	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
chirurgie obstétricale et (ii) les infirmiers en anesthésie								
1.3.3 Former/ Recycler les formateurs dans les domaines de la SRMNI (SONEU, CPNR, CPoN, etc.)	125 000 000,0	100 000 000,0	75 000 000,0	75 000 000,0	75 000 000,0	75 000 000,0	75 000 000,0	600 000 000,0
1.3.4 Former/Recycler les formateurs en PCIME clinique et communautaire	12 500 000,0	10 000 000,0	7 500 000,0	7 500 000,0	7 500 000,0	7 500 000,0	7 500 000,0	60 000 000,0
1.3.5 Former les prestataires en PCIME clinique et communautaire	250 000 000,0	175 000 000,0	175 000 000,0	100 000 000,0	100 000 000,0	100 000 000,0	100 000 000,0	1 000 000 000,0
1.3.6 Former les prestataires en SONEU y compris en CPNR, et en CPoN	250 000 000,0	225 000 000,0	200 000 000,0	200 000 000,0	125 000 000,0	125 000 000,0	125 000 000,0	1 250 000 000,0
1.4. Assurer la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte	-	61 360 000,0	122 720 000,0	184 080 000,0	245 440 000,0	245 440 000,0	245 440 000,0	1 104 480 000,0
1.5. Renforcer les aspects SRMNI dans la formation initiale des professionnels de la santé (Médecins, Sage-femme, IDE, AS)	140 000 000,0	615 000 000,0	611 200 000,0	586 200 000,0	586 200 000,0	586 200 000,0	586 200 000,0	3 711 000 000,0
1.5.1 Appuyer la révision des curricula de formation	-	-	-	-	-	-	-	0,0
1.5.2 Renforcer les capacités des sites de stage clinique (plateau technique, encadreurs)	19 000 000,0	19 000 000,0	15 200 000,0	15 200 000,0	15 200 000,0	15 200 000,0	15 200 000,0	114 000 000,0
1.5.3 Recycler /former les enseignants des écoles de formation	21 000 000,0	21 000 000,0	21 000 000,0	21 000 000,0	21 000 000,0	21 000 000,0	21 000 000,0	147 000 000,0
1.5.4 Appuyer la formation des sages-femmes (consommables, équipements, maintenance, infrastructures et logistique)	100 000 000,0	500 000 000,0	500 000 000,0	500 000 000,0	500 000 000,0	500 000 000,0	500 000 000,0	3 100 000 000,0
1.5.5 Equiper les sites régionaux de formation en matériels pédagogiques selon les besoins	-	75 000 000,0	75 000 000,0	50 000 000,0	50 000 000,0	50 000 000,0	50 000 000,0	350 000 000,0
1.6. Améliorer les performances du système national d'information sanitaire	165 000 000,0	51 000 000,0	51 000 000,0	36 000 000,0	21 000 000,0	21 000 000,0	21 000 000,0	366 000 000,0
1.6.1 Contribuer au renforcement du fonctionnement d'un système d'information sanitaire de qualité et accessible en fournissant le matériel nécessaire	165 000 000,0	45 000 000,0	45 000 000,0	30 000 000,0	15 000 000,0	15 000 000,0	15 000 000,0	330 000 000,0
1.6.2 Acheter les performances des personnels en	-	1 200 000,0	1 200 000,0	1 200 000,0	1 200 000,0	1 200 000,0	1 200 000,0	7 200 000,0

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 1	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
charge de l'information sanitaire au niveau central								
1.6.3 Acheter les performances des personnels en charge de l'information sanitaire au niveau régional	-	4 800 000,0	4 800 000,0	4 800 000,0	4 800 000,0	4 800 000,0	4 800 000,0	28 800 000,0
1.6.4 Acheter les performances des personnels en charge de l'information sanitaire au niveau District/Aire de santé (Le coût de cette activité dépendra de l'approche retenue. Par exemple PBF, NTIC, etc.)								0,0
1.6.5 Etablir un système informatisé de gestion logistique entre la CENAME et les Centres Régionaux d'Approvisionnement	75 000 000,0	75 000 000,0						0,0
1.7. Assurer la supervision intégrée des interventions à haut impact sur la SRMNI à tous les niveaux.	783 200 000,0	783 200 000,0	783 200 000,0	783 200 000,0	783 200 000,0	783 200 000,0	783 200 000,0	5 482 400 000,0
1.7.1: Assurer la supervision du niveau central vers les Régions	31 200 000,0	31 200 000,0	31 200 000,0	31 200 000,0	31 200 000,0	31 200 000,0	31 200 000,0	218 400 000,0
1.7.2: Assurer la supervision du niveau Régional vers le DS	272 000 000,0	272 000 000,0	272 000 000,0	272 000 000,0	272 000 000,0	272 000 000,0	272 000 000,0	1 904 000 000,0
1.7.3: Assurer la supervision du DS vers les AS et FS	480 000 000,0	480 000 000,0	480 000 000,0	480 000 000,0	480 000 000,0	480 000 000,0	480 000 000,0	3 360 000 000,0

PLMI 2014-2020	Etabli le :
Objectif spécifique 2 : Organiser la collaboration et la coordination d'au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact	1) Mettre en place une plate forme de collaboration entre tous les acteurs (le MINSANTE, les administrations partenaires, la société civile, le secteur privé et les PTF)

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 2	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
Coût Total Objectif Spécifique 2	0,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	164 040 000,0
2.1. Mettre en place une plate forme de collaboration entre tous les acteurs (le MINSANTE, les administrations partenaires, la société civile, le secteur privé et les PTF)	0,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	27 340 000,0	164 040 000,0
2.1.1 Tenir une réunion annuelle de concertation relative au partenariat dans la mise en œuvre des interventions en faveur de la SRMNI dans les régions	-	2 340 000,0	2 340 000,0	2 340 000,0	2 340 000,0	2 340 000,0	2 340 000,0	14 040 000,0

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 2	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
2.1.2 Mener un plaidoyer et organiser des activités de levée de fonds en vue d'assurer la pérennité de financements et l'implication effective des différents acteurs en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	-	25 000 000,0	25 000 000,0	25 000 000,0	25 000 000,0	25 000 000,0	25 000 000,0	150 000 000,0

PLMI 2014-2020	Etabli le :
Objectif Spécifique 3: S'assurer qu'au moins 80% des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ont accès aux services et soins continus de qualité	1) Subventionner les soins de la mère et du nouveau-né (Chèque santé, kits obstétricaux) 2) Contribuer au renforcement de la stratégie avancée intégrée incluant les aspects de SRMNI manquants 3) Contribuer au renforcement du financement basé sur la performance en faveur des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant 4) Mettre en œuvre le plan de communication intégré SRMNI y compris le plaidoyer 5) Assurer la promotion des pratiques familiales essentielles (consultation prénatale, allaitement maternel exclusif, vaccination, déparasitage, potabilisation de l'eau, lavage des mains avec eau et savon, l'hygiène individuelle environnementale, utilisation de la moustiquaire, dépistage de la malnutrition, promotion des méthodes modernes de contraception, surveillance des décès et riposte communautaire et réalisation des autodiagnostic communautaires...)

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 3	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
Coût Total Objectif Spécifique 3	2 303 334 082,2	4 788 016 689,6	7 015 260 569,9	10 583 777 525,1	13 795 400 334,1	13 815 587 543,3	14 011 099 994,6	66 312 476 738,8
3.1 Subventionner les soins de la mère et du nouveau-né (Chèque santé, kits obstétricaux)	-	-	-	-	-	-	-	0,0
3.2 Contribuer au renforcement de la stratégie avancée intégrée incluant les aspects de SRMNI manquants		450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	450 000 000,0	2 700 000 000,0
3.3 Contribuer au renforcement du financement basé sur la performance en faveur des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant	477 855 840,0	1 022 471 607,0	1 584 971 218,1	2 196 520 549,5	2 838 328 906,2	2 743 042 115,5	2 819 847 294,8	13 683 037 531,1
3.4 Mettre en œuvre le plan de communication intégré SRMNI y compris le plaidoyer	369 278 242,2	949 045 082,6	1 560 989 351,8	3 008 806 975,6	4 124 071 427,9	4 239 545 427,8	4 358 252 699,8	18 609 989 207,7
3.5 Assurer la promotion des pratiques familiales essentielles*	446 250 000,0	1 000 000 000,0	1 626 250 000,0	3 000 000 000,0	4 026 250 000,0	4 026 250 000,0	4 026 250 000,0	18 151 250 000,0
3.5.1 Former les ASC et assimilés en Pratiques	1 009 950 000,0	1 366 500 000,0	1 793 050 000,0	1 928 450 000,0	2 356 750 000,0	2 356 750 000,0	2 356 750 000,0	13 168 200 000,0

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 3	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
Familiales Essentielles (PFE)								
3.5.2 Former les acteurs communautaires en Communication pour le développement en matière de SRMNI	157 500 000,0	122 500 000,0	105 000 000,0	70 000 000,0	52 500 000,0	52 500 000,0	52 500 000,0	612 500 000,0
3.5.3 Assurer la promotion des pratiques familiales essentielles à travers l'approche communautaire (ASC)	183 750 000,0	129 500 000,0	127 750 000,0	75 250 000,0	75 250 000,0	75 250 000,0	75 250 000,0	742 000 000,0
3.5.4 Appuyer le fonctionnement des OBC pour encadrer les ASC dans la promotion des pratiques familiales essentielles	612 000 000,0	1 020 000 000,0	1 428 000 000,0	1 632 000 000,0	2 040 000 000,0	2 040 000 000,0	2 040 000 000,0	10 812 000 000,0

****Pratiques Familiales Essentielles (PFE) :** consultation prénatale, allaitement maternel exclusif, vaccination, déparasitage, potabilisation de l'eau, lavage des mains avec eau et savon, l'hygiène individuelle environnementale, utilisation de la moustiquaire, dépistage de la malnutrition, promotion des méthodes modernes de contraception, surveillance des décès maternels/néonataux et riposte communautaire...*

PLMI 2014-2020	Etabli le :
Objectif spécifique 4 : Assurer le suivi des interventions de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile mises en œuvre par les programmes verticaux et autres interventions de santé, et les autres secteurs	▪ La Planification Familiale : Augmenter le TPC de 16,1% à 30,56% de 2014 à 2020 (cf. : Plan Stratégique PF 2015-2020) 1) Augmenter la prévalence contraceptive de 16,1% à 30,56%, 2) Augmenter le taux d'utilisation des méthodes de longue durée de 4,3% à au moins 30%, 3) Réduire le taux des besoins non satisfaits de 16,6% à 10% au plus, 4) Réduire la prévalence des grossesses précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans de 25,2% à 12,5%, 5) Augmenter la prévalence contraceptive chez les adolescents de 15 à 19 ans de 12,1% à 29%. ▪ Le Paludisme 1) Au moins 80 % des femmes enceintes reçoivent le traitement préventif intermittent et les MILDA conformément aux directives nationales 2) Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées reçoivent la chimio prévention saisonnière du paludisme 3) Au moins 80 % des cas suspects de paludisme chez les enfants et les femmes enceintes vus dans les formations sanitaires et dans la communauté sont testés par la GE ou le TDR ; 4) 100% des cas de paludisme confirmés chez les enfants et les femmes enceintes, sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté ▪ La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) et la Prise en Charge Pédiatrique du VIH/SIDA (PECP) vise à réduire à moins de 5% le taux résiduel de transmission du VIH de la mère à l'enfant 1) 90% des femmes enceintes reçues dans les formations sanitaires sont testées pour le VIH 2) au moins 90% des femmes enceintes testées séropositives et les enfants exposés sont mis sous ARV prophylactique

- 3) 90% des femmes enceintes séropositives et des enfants exposés reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole
 - 4) 90% des enfants exposés sont revus à 6 semaines de vie
 - 5) le taux de couverture des enfants sous TARV passe à au moins 60% d'ici à 2017 (le nombre d'enfants sous ARV passe de 4992 à 18707 en 2017)
- **Le nouveau-né** : contribuer à réduire la mortalité néo-natale évitable en atteignant une couverture d'au moins 80 % des interventions prioritaires sur la santé néonatale
 - 1) Accroître de 70% la Prise en charge des naissances prématurées (Utilisation des corticostéroïdes, Soins de type Kangourou, etc.) à l'ensemble des formations sanitaires du Cameroun
 - 2) Mettre en œuvre le paquet de Soins néonataux de base dans au moins 80% des Formations Sanitaires
 - 3) Renforcer la Mise en œuvre de la pratique de la méthode Kangourou dans au moins 50% des formations sanitaires
 - 4) Assurer la réanimation correcte des nouveau-nés asphyxiés à la naissance dans 80% des maternités
 - 5) Susciter la prise en charge correcte de 75% des nouveau-nés souffrant d'infections néo-natales
- **Le Programme Elargi de Vaccination** : Atteindre une couverture vaccinale de 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts de santé et pour tous les antigènes d'ici 2020
 - **La Nutrition et La Transfusion Sanguine** : Plans opérationnels en cours d'élaboration

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 4	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
Coût Total Objectif Spécifique 4	39 013 443 939,7	86 894 727 828,7	80 860 063 306,8	76 982 188 596,2	62 698 601 595,9	51 953 340 897,7	5 871 697 490,9	404 274 063 655,9
4.1 PLANIFICATION FAMILIALE : Augmenter le TPC de 16.1% à 30.56% de 2014 à 2018 (cf. : Plan Stratégique PF 2015-2020)	0,0	7 339 621 863,6	6 238 678 584,1	5 871 697 490,9	5 871 697 490,9	5 504 716 397,7	5 871 697 490,9	36 698 109 318,1
4.1.1 Demande (en PF)	-	2 021 097 605,6	1 717 932 964,8	1 616 878 084,5	1 616 878 084,5	1 515 823 204,2	1 616 878 084,5	10 105 488 028,1
4.1.2 Offre (en PF)	0,0	4 283 936 820,0	3 641 346 297,0	3 427 149 456,0	3 427 149 456,0	3 212 952 615,0	3 427 149 456,0	21 419 684 100,0
4.1.2.1: Formations en PF et autres aspects (SRA, équipements,)	-	1 691 128 160,0	1 437 458 936,0	1 352 902 528,0	1 352 902 528,0	1 268 346 120,0	1 352 902 528,0	8 455 640 800,0
4.1.2.2: Sécurisation des produits contraceptifs	-	2 592 808 660,0	2 203 887 361,0	2 074 246 928,0	2 074 246 928,0	1 944 606 495,0	2 074 246 928,0	12 964 043 300,0
4.1.3 Environnement habilitant (Plaidoyer pour un environnement favorable à la PF sur le plan politique, financier, juridique)	-	108 896 110,0	92 561 693,5	87 116 888,0	87 116 888,0	81 672 082,5	87 116 888,0	544 480 550,0
4.1.4 Monitoring & Evaluation (en PF)	-	925 691 328,0	786 837 628,8	740 553 062,4	740 553 062,4	694 268 496,0	740 553 062,4	4 628 456 640,0
4.2 PALUDISME	3 210 262 918,9	3 805 506 620,8	3 427 916 300,3	4 671 167 097,1	3 366 893 605,0	0,0	0,0	18 481 746 542,1

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 4	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
4.2.1 : Traitement préventif intermittent et MILDA pour la femme enceinte	1 139 247 275,7	765 944 196,4	1 205 994 838,1	1 490 330 754,2	1 293 171 704,8	-	-	5 894 688 769,2
4.2.2: Prise en charge du Paludisme chez l'enfant et chez la femme enceinte	2 071 015 643,2	3 039 562 424,4	2 221 921 462,2	3 180 836 342,9	2 073 721 900,2	-	-	12 587 057 772,9
4.3 PTME/PECP	9 009 886 520,8	14 828 195 844,3	16 500 237 922,4	17 877 994 508,2	0,0	0,0	0,0	58 216 314 795,7
4.3.1: Prévention chez les FEAP et leurs partenaires	-	-	-	-	-	-	-	0,0
4.3.2 Planification familiale (Voir PF)	-	-	-	-	-	-	-	0,0
4.3.3 Consultation Prénatale	1 575 484 872,0	1 435 389 877,0	1 054 338 389,0	1 203 020 220,0	-	-	-	5 268 233 358,0
4.3.4 Couverture des femmes enceintes VIH + et des enfants nés de mères séropositives (ARV et Cotrimoxazole)	3 900 527 254,8	8 599 038 744,3	10 094 057 438,4	10 361 792 064,2	-	-	-	32 955 415 501,7
4.3.5 Approvisionnement en intrants	2 133 874 394,0	3 393 767 223,0	3 951 842 095,0	4 913 182 224,0	-	-	-	14 392 665 936,0
4.3.6 Coordination, Gestion, Suivi-Evaluation	1 400 000 000,0	1 400 000 000,0	1 400 000 000,0	1 400 000 000,0	-	-	-	5 600 000 000,0
4.4: NOUVEAU-NE	0,0	6 787 325 000,0	3 051 675 000,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9 839 000 000,0
4.4.1 Communication intégrée a tous niveaux en faveur de la sante du nouveau-né	-	161 250 000,0	51 250 000,0	-	-	-	-	212 500 000,0
4.4.2. Levée des barrières financières à l'accès aux soins essentiels de NN	-	25 000 000,0	-	-	-	-	-	25 000 000,0
4.4.3. Renforcement de l'offre des soins NN de qualité	-	6 271 750 000,0	2 601 000 000,0	-	-	-	-	8 872 750 000,0
4.4.4 Renforcement des capacités des prestataires de service de PEC du NN	-	258 250 000,0	331 700 000,0	-	-	-	-	589 950 000,0
4.4.5 Renforcement du mécanisme de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre ;	-	58 075 000,0	57 725 000,0	-	-	-	-	115 800 000,0
4.4.6 Recherche des mécanismes de financement pérenne en faveur du NN	-	13 000 000,0	10 000 000,0	-	-	-	-	23 000 000,0
4.5: PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)	26 793 294 500,0	54 134 078 500,0	51 641 555 500,0	48 561 329 500,0	53 460 010 500,0	46 448 624 500,0	0,0	281 038 893 000,0
4.5.1: Services de vaccination de routine	25 592 231 000,0	36 050 266 000,0	43 345 080 500,0	39 608 094 500,0	41 174 353 500,0	41 770 435 500,0	-	227 540 461 000,0

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 4	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
4.5.2: Campagnes de vaccination	1 201 063 500,0	18 083 812 500,0	8 296 475 000,0	8 953 235 000,0	12 285 657 000,0	4 678 189 000,0	-	53 498 432 000,0
4.6 NUTRITION	-	-	-	-	-	-	-	0,0
4.7 TRANSFUSION SANGUINE (autres)	-	-	-	-	-	-	-	0,0

PLMI 2014-2020	Etabli le :
Objectif Spécifique 5 : Assurer la gestion du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile à tous les niveaux	1) Assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions à haut impact par le PLMI 2) Organiser l'évaluation du PLMI 2014-2020 3) Rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre du PLMI 2014-2020

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 5	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
Coût Total Objectif Spécifique 5	9 989 600,0	893 381 000,0	883 381 000,0	986 881 000,0	883 381 000,0	883 381 000,0	986 881 000,0	5 527 275 600,0
5. 1 : Assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions à haut impact par le PLMI	0,0	340 000 000,0	330 000 000,0	330 000 000,0	330 000 000,0	330 000 000,0	330 000 000,0	1 990 000 000,0
5. 1.1 Mettre en place un logiciel d'exploitation et d'analyse des données collectées dans les régions	-	10 000 000,0	-	-	-	-	-	10 000 000,0
5. 1.2 Suivre la mise en œuvre des interventions de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto Juvénile (par le Secrétariat Technique du PLMI)	-	30 000 000,0	30 000 000,0	30 000 000,0	30 000 000,0	30 000 000,0	30 000 000,0	180 000 000,0
5. 1.3 Mener la recherche Opérationnelle	-	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	300 000 000,0	1 800 000 000,0
5.2 : Organiser l'évaluation du PLMI 2014-2018	0,0	0,0	0,0	103 500 000,0	0,0	0,0	103 500 000,0	207 000 000,0
5.2.1 Mener l'évaluation à mi-parcours sur le terrain	-	-	-	33 500 000,0	-	-	-	33 500 000,0
5.2.2 Exploiter les résultats de l'évaluation à mi-parcours au niveau des régions	-	-	-	60 000 000,0	-	-	-	60 000 000,0
5.2.3 Exploiter les résultats de l'évaluation à mi-parcours au niveau central	-	-	-	10 000 000,0	-	-	-	10 000 000,0
5.2.4 Mener l'évaluation finale sur le terrain	-	-	-	-	-	-	33 500 000,0	33 500 000,0
5.2.5 Exploiter les résultats de l'évaluation finale au niveau des régions	-	-	-	-	-	-	60 000 000,0	60 000 000,0
5.2.6 Exploiter les résultats de l'évaluation finale au niveau central	-	-	-	-	-	-	10 000 000,0	10 000 000,0
5.3 : Rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre du PLMI	9 989 600,0	553 381 000,0	553 381 000,0	553 381 000,0	553 381 000,0	553 381 000,0	553 381 000,0	3 330 275 600,0

ACTIVITES/TACHES_OBJ SPEC 5	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2014-2020
2014-2018								
5.3.1 Organiser une réunion technique avec les partenaires de mise en œuvre	0,0	390 281 800,0	390 281 800,0	390 281 800,0	390 281 800,0	390 281 800,0	390 281 800,0	2 341 690 800,0
5.3.1.1 Organiser une réunion de revue technique tous les six mois avec les partenaires de mise en œuvre au niveau Central	-	26 561 800,0	26 561 800,0	26 561 800,0	26 561 800,0	26 561 800,0	26 561 800,0	159 370 800,0
5.3.1.2 Organiser une réunion de revue technique tous les trois mois avec les partenaires de mise en œuvre au niveau Régional	-	363 720 000,0	363 720 000,0	363 720 000,0	363 720 000,0	363 720 000,0	363 720 000,0	2 182 320 000,0
5.3.2 Rendre compte de l'évolution des progrès du PLMI 2014-2018	4 989 600,0	158 099 200,0	158 099 200,0	158 099 200,0	158 099 200,0	158 099 200,0	158 099 200,0	953 584 800,0
5.3.2.1 Tenir tous les trois mois la réunion du Comité Régional de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile	-	148 120 000,0	148 120 000,0	148 120 000,0	148 120 000,0	148 120 000,0	148 120 000,0	888 720 000,0
5.3.2.2 Tenir tous les six mois la réunion du Comité National de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile	4 989 600,0	9 979 200,0	9 979 200,0	9 979 200,0	9 979 200,0	9 979 200,0	9 979 200,0	64 864 800,0
5.3.3 Produire et diffuser un rapport d'avancement de progrès tous les 6 mois	5 000 000,0	5 000 000,0	5 000 000,0	5 000 000,0	5 000 000,0	5 000 000,0	5 000 000,0	35 000 000,0

6.3. CADRE LOGIQUE DE SUIVI EVALUATION

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
OBJECTIF GENERAL	Indicateurs d'impact												
Réduire, de 29% les décès maternels soit de 782 à 557 pour 100000 naissances vivantes; les décès infanto-juvéniles de 27% soit de 122 à 89 pour 1000 naissances vivantes ; et les décès néonataux de 23% soit de 31 à 24 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2020 au Cameroun	-Taux de mortalité maternelle	782	EDS/MIC	2011	657 %	NA	NA	NA	557 %	Tous les 3 à 5ans	Enquête ménages	EDS, MIC	INS, SIS
	Le taux de mortalité néonatale	31%0	EDS	2011	25%	NA	NA	NA	24	Tous les 3 à 5ans	Enquête ménages	EDS, MIC	INS, SIS
	Le taux de mortalité infanto-juvénile	122%0	EDS	2011	109	NA	NA	NA	89	Tous les 3 à 5ans	Enquête ménages	EDS, MIC	INS, SIS
OBJECTIFS SPECIFIQUES	Indicateurs de résultats (effets)												
Objectif spécifique 1 : Améliorer les capacités nationales de mise en œuvre des interventions à haut impact (PCIME, SONEU, PF, ...) dans au moins 80% des structures de mise en œuvre	- la proportion de FS avec infrastructure, équipement et personnel adéquats pour la prestation des soins SRMNI(FS SONUB/SONUC)	3	Enquête SONEU	2010	3	3	3	4	4	Tous les 2ans	Enquêtes	Enquêtes SONEU	DSF/UNFPA

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
	la proportion des FOSA sans rupture de stock des Intrants de SRMNI essentiels (13) pendants au moins 3jours.				60%	70%	80%	85%	90%	Tous les 6mois	Enquêtes	Recherche opérationnel	DSF
	–la proportion de FOSA par DS offrant des services de SRMNI accessibles et adaptés aux adolescents/jeunes				30%	40%	50%	70%	100%	Annuel	Rapport d'activités	Supervision Rapport Annuel	CSSD PF-SR
	–La proportion de structures de mise en œuvre par DS des autres secteurs qui offrent des services de SRMNI (CMPJ, Centre médico-sociales, centre de promotion de la femme) accessibles et adaptés aux adolescents/jeunes				30	40	50	70	100	Annuel	Rapport d'activités	Supervision Rapport Annuel	MINEPROFF MINEJEC

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
Objectif spécifique 2 : Organiser la collaboration et la coordination d'au moins 80% des structures de mise en œuvre pour l'exécution efficace des activités relatives aux interventions à haut impact	–la proportion des résolutions prises au cours des réunions de coordination des acteurs et mises en œuvre				60%	70%	80%	80%	80%	Annuel	Rapports de réunions de coordination	Rapport Annuel Supervision	PLMI DSF DRSP/DRPRO FF
	–la proportion des districts de santé avec un système de gestion des données fonctionnel (collecte, analyse locale/décisions et envoi vers la région				25%	40%	60%	70%	80%	mensuelle	Registre de FOSA	RMA	Responsable de FOSA CSSD
	Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports complets dans les délais conformément aux directives nationales				25%	40%	60%	70%	80%	Mensuelle /Annuel	Registre de FOSA	RMA	Responsable de FOSA CSSD PF-SR

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
	Taux de mobilisation des ressources du PLMI				60%	70%	75%	80%	90%	Annuel	Rapport sur les comptes de la santé/Rapport des partenaires/ Rapport PLMI	Routine	MINSANTE
Objectif spécifique 3 : S'assurer qu'au moins 80% des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ont accès aux services et soins continus de qualité	Le taux de césariennes	4%	EDS	2011	6%	7%	8%	9%	10%	Mensuelle /Annuel/ Tous les 5ans	Rapport des FS Enquête des ménages	Routine EDS SONEU	Responsables des FS DSF INS
	La proportion d'épisodes d'infection respiratoire aiguë pris en charge selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans	30%	EDS	2011	40%	50%	60%	65%	70%	Mensuelle /Annuel	RMA Enquêtes des ménages	Routine EDS	Responsable de FS CSSD INH SIS
	la proportion des femmes couvertes par la CPN4 fournie par un personnel qualifié	62%	EDS	2011	65%	67%	70%	73%	75%	Mensuelle /Annuel	RMA Enquêtes des ménages	Routine EDS	Responsable de FS CSSD INH SIS

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
	- La proportion des accouchements attendus conduits par un personnel qualifié dans un établissement de soins	61%	EDS	2011	62	64	66	68	70	Mensuelle /Annuel	RMA Enquêtes des ménages	Routine EDS	Responsable de FS CSSD INH SIS
	La proportion de communautés suivies par au moins un ASC dans chaque aire de santé dans les districts ciblés				15%	20%	30%	35%	40%	Semestrielle/Annuel	Rapports de CSI	Routine	Responsable de FS CSSD SIS
	Pourcentage des régions avec un réseau de communication fonctionnel par rapport aux différents cibles (jeunes, femmes, hommes, les leaders, association ONG,) dans toutes les communautés.				30%	40%	40%	50%	60%	Mensuelle /Annuel	Rapport de la communication	Routine Enquête	ONG/Association MINCOM MINPROFF MINEJEC

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
Objectif spécifique 4 : Assurer le suivi des interventions de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile mises en œuvre par les programmes verticaux et autres interventions de santé, et les autres secteurs	la proportion des utilisatrices des méthodes de longue durée	4,3	EDS	2011	7%	11%	14%	17%	20%	Mensuelle /Annuel	RMA Enquêtes des ménages	Routine EDS	Responsable de FS CSSD INH SIS
	la proportion des utilisatrices des méthodes de courte durée	4.3	EDS	2011	7%	11%	14%	17%	20%	Mensuelle /Annuel	RMA Enquêtes des ménages	Routine EDS	Responsable de FS CSSD INH SIS
	le taux de prévalence contraceptive	16.1	EDS	2011	19%	21.9 %	24.8 %	27.7 %	30.56 %	Tous les 3 a 5ans	Enquêtes des ménages	EDS	INH SIS
	La proportion des structures de mise en œuvre des autres secteurs offrant au moins deux méthodes modernes de contraception.				10%	20%	30%	40%	50%	Semestrielles/Annuel	Rapport d'Activités	Routine	MINPROFF MINEJEC MINESUP
	Le pourcentage des femmes enceintes qui reçoivent le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales				70%	75%	80%			Tous les 3 a 5ans	Enquête des ménages	EDS MIC	PNLP SIS INS

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
	-le pourcentage de nouveau-nés des mères identifiés comme séropositives ayant reçu un traitement ARV prophylactique	10%	CNLS plan stratégique	2012	80%	90%				Annuel	Rapport de la PTME	Routine,	CNLS SIS INS
	-le taux de couverture vaccinale chez les enfants de 0 à 11 mois pour tous les antigènes du PEV (PENTA3 et Rougeole)	53%	Plan pluri annuel PEV		90%					Mensuelle /Annuel	Rapport de PEV Enquête des ménages	Routine EDS	PEV INS
	- La proportion des femmes allaitantes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	20%	EDS	2011	22	24	26	28	30%	Tous les 3 à 5ans	Enquêtes Ménages	EDS MIC	INS SIS
	-La proportion des enfants de 0 à 5 ans souffrant de malnutrition aiguë	6%	EDS	2011	5%	4%	3%	2.5%	2%	Tous les 3 à 5ans	Enquêtes Ménages	EDS MIC	INS SIS
	- La proportion des districts de sante disposant d'un dépôt de produits sanguins				20%	30%	40%	50%	60%	Annuel/m ensuelles	Rapport FOSA	Routine	SIS Responsable de FS CSSD

Item	Indicateurs	Données de Base			Cibles					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs	Sources	Années	2016	2017	2018	2019	2020				
Objectif spécifique 5 : Assurer la gestion du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et infanto-juvénile à tous les niveaux	-la proportion des réunions de coordination tenues sur le nombre prévu				100%	100%	100 %	100%	100%	Annuel	Rapport des réunions de coordination	Rapport Annuel Supervision	PLMI DSF DRSP/DRPRO FF
	-La proportion des revues techniques conduites sur le nombre prévu				100%	100%	100 %	100%	100%	Annuel	Rapport des Revue Technique	Routine Supervision	DSF PLMI DRSP
	-La proportion des supervisions menées sur le nombre prévu				100%	100%	100 %	100%	100%	Annuel	Rapport de Supervisions	Routine Rapport annuel	PLMI

6.4. DESCRIPTION DETAILLEE DE CHAQUE INDICATEUR SELON LES CIBLES OPERATIONNELLES

Au niveau National/Régional

Réf.	Définition	Source de données	Méthodes de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Responsable	OBSERVATIONS
1	La disponibilité des Intrants SRMNI essentiels (tests de dépistage du VIH, contraceptifs, antibiotiques, ocytocine, sulfate de magnésium, etc.) est effective dans au moins 90% des Hôpitaux de Districts/CSI selon les normes d'ici 2020	Fiche de stock/Registre des pharmacies des FOSA	Rapport mensuelles d'activités Rapport de supervision	Disponibilité de chaque intrant dans la FOSA	Intrants prévu	mensuelle	PF-SR Responsable de FOSA CSSD	Tous les intrants disponibles dans la CENAMSE
2	Le plateau technique adéquat (selon les normes) est disponible dans au moins 60% des districts de santé d'ici 2020 ;	Liste d'inventaire des équipements et personnelles dans les FOSA	Rapport d'analyse de situation dans les FOSA	Nombres existant	Nombre prévu	semestrielle	PF-SR Responsable de FOSA CSSD	Il existe la norme pour chaque par niveau de la pyramide sanitaire

Réf.	Définition	Source de données	Méthodes de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Responsable	OBSERVATIONS
3	La proportion de formations sanitaires qui pratiquent correctement la référence/contre référence (de surtout enfants, nouveau-nés et mère) est de 60% au moins d'ici 2020 ;	Registre des FOSA	Rapport des DS/FOSA Rapport de supervision	Nombres référence/contre référence pratiquée	Nombre prévu	mensuelle	CSSD PF-SR	
4	La proportion des formations sanitaires qui offrent le SONEU est de 60% d'ici 2020;	Registre des FOSA	Rapport mensuelle des activités Rapports de supervision	Nombre FOSA SONEU	Nombre prévu	mensuelle	CSSD PF-SR	
5	La proportion des districts de santé avec un système fonctionnel de gestion des données (collecte, analyse locale et envoi à la région) est de 80% au moins d'ici 2020	Document de DS List et registres d'inventaires de DS	Rapport mensuelle d'activités du DS Rapport de supervisions	No de RMA envoi à la région	Nombre entendue pour la période	mensuelle	PF	
6	Toutes les interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant sont intégrées dans les curricula de formation initiale du personnel de santé d'ici 2020	- Curricula de formation	-Rapport de supervision -Rapport de formations	Nombre de curricula intégrées	Nombre prévu	annuel	DSF	
7	Au moins 80% des centres médico-sociaux des universités offrent un paquet adéquat de service de SRMNI d'ici 2020 ;	Registres des centres médico-sociaux	-Rapports des centres médico-sociaux -Rapports de missions supervision	No de centres médico-sociaux offrant un paquet adéquate de service de SRMNI	Nombreprévu	trimestrielle	MINEJESC	
8	Au moins 60% des régions ont mis en place un réseau de communication fonctionnel par rapport aux différentes cibles (jeunes, femmes, hommes, les leaders, association ONG,) dans toutes les communautés	Registre des association/ONG Rapports des paires éducateurs	Rapports des Associations/ON	Nombre de rapport reçus	Nombre de rapports attendus	mensuelle	MINPROFF	
9	Au moins 80% des centres médico-scolaires offrent un paquet adéquat de service de SRMNI d'ici 2020.	Registres des centres médicaux-scolaires	-Rapports des centres médicaux-scolaires -Rapports de missions supervision	No de centres médicaux-scolaires offrant un paquet adéquate de service de SRMNI	No prévu	Trimestrielle	MINESUP	

Au niveau des structures de mise en œuvre

La santé de la mère :

Réf.	Définition	Source de données	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Responsable	OBSERVATIONS
	La proportion des femmes enceintes bénéficiant de la CPN4 offerte par un personnel qualifié augmente de 62% (EDS_2011) à 70% d'ici 2020 ;	Registre des FOSA	Rapport des DS/FOSA Rapport de supervision	No de femmes enceintes vue pendants CPN	Nombres prévus	mensuelles	CSSD	
	La proportion de femmes enceintes qui dispose d'un plan d'accouchement dans l'aire de santé est de 80% d'ici 2020 ;	Registre des FOSA Registre de l'ASC	Rapport des DS/FOSA Rapport des ASC	No de femmes enceintes disposant des plans d'accouchement	No total des femmes enceintes prévus	Mensuelles	CSSD	
	La proportion des accouchements attendus conduits par un personnel qualifié dans un établissement de soins augmente de 61% (EDS_2011) à 70% d'ici 2020 ;	Registre des FS	Rapport mensuelle des FS	No d'accouchements conduits par personnel qualifié	No Total d'accouchement	Mensuelles	CSSD	
	La proportion des femmes enceintes attendues couvertes par le vaccin antitétanique (VAT2) passe de 59% (EDS_2011) à 80% d'ici 2020 ;	Registre des FS	Rapport mensuelle des FS	No des femmes enceintes couverts par VAT2	No total des femmes enceintes attendus	mensuelles	CSSD	
	La proportion des femmes couvertes par la CPoN fournie par un personnel qualifié dans les 48 heures après l'accouchement passe de 37% (EDS_2011) à 60% d'ici 2020 ;	Registre des FS	Rapport mensuelle des FS	No d'accouchées couvertes par la CPoN dans les 48 heures après l'accouchement par personnel qualifié	No total d'accouchement	mensuelles	CSSD	
	La prévalence contraceptive (méthodes modernes) augmente de 16 à 27% d'ici 2020 ;	Registres de FS Ménages	Rapport mensuelle des FS Enquêtes des ménages	No de femmes 15 à 49ans sur une méthode moderne de contraceptive	No total de femmes à l'âge de procréer 15 à 49ans	Tous les 3ans	INS SIS	
	Au moins 60% de maternités dans chaque district de santé offrent en	Registres de FS	Rapport mensuelle des FS	No des FS dont les maternités offrent le SONU	No total de FS par DS	Mensuelle	CSSD	

La santé de la mère :

Réf.	Définition	Source de données	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Responsable	OBSERVATIONS
	permanence les SONU selon le niveau d'ici 2020							
	Le taux de césariennes parmi les femmes enceintes est supérieur à 4% dans au moins 60% des districts de santé d'ici 2020 ;	Registres de FS	Rapport mensuelles des FS	No de césariennes dans le DS	No d'accouchements total dans DS	mensuelles	CSSD	
	Rendre disponible un dépôt de produits sanguins dans au moins 60% des districts de santé d'ici 2020 ;	Registre du comptable matière	Liste d'inventaires des équipements dans le district	No de dépôts de produits sanguins disponible par DS	No total de DS	Trimestrielles	DRSP	
	La proportion des cas de paludisme confirmés chez les femmes enceintes et traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté est de 80% ;	Registres de FS	Rapport mensuelles des FS	No de cas de paludismes confirmée et traitée conformément aux directives nationales chez la femme enceinte	No des cas de paludismes traités chez la femme enceinte	Mensuelles	CSSD	
	Au moins 50% des formations sanitaires n'ayant pas accès à l'eau et à l'électricité à ce jour, disposent de l'eau potable et de source d'électricité d'ici 2020	Registre du comptable matière	Liste d'inventaires des équipements et infrastructures de FS dans le DS					
	Au moins 80% des Centres Multifonctionnels de Promotion des Jeunes fonctionnels à ce jour offrent un paquet adapté de services de SRMNI d'ici 2020	Registre de CMPJ	Rapport des centres	No de CMPJ qui offre un paquet adapté de service de SRMNI par DS	No de CMPJ fonctionnel	Trimestrielles	Délégué Départementale	
	Au moins 80% des Centres de Promotion de la Femme et de la Famille fonctionnels à ce jour ont intégré et offrent un paquet adapté de SRMNI dans leurs activités	Registres de CPFF	Rapport de centres	No de CPFF qui offre un paquet adaptée de services de SRMNI par DS	No de CPFF fonctionnel	Trimestrielles	Délégué Départementale	

La santé du nouveau-né :

Réf.	Définition	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Méthode de collecte d'information	Responsable	OBSERVATIONS
	la proportion de nouveau-nés qui bénéficient d'une consultation post-natale dans les 48 heures après la naissance et d'une prise en charge correcte passe de 42% à 70 % d'ici 2020	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No des nouveau-nés qui ont bénéficiés de consultations post natale dans les 48hrs après la naissance	No totale de nouveau-nés dans la période	mensuelles	C/CSI, CSSD	
	La proportion de nouveau-nés qui sont mis au sein dans l'heure suivant la naissance passe de 40 % à 60 % d'ici 2020 ;	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No de nouveau-nés qui sont mis au sein dans l'heure suivant la naissance	No totale de nouveau-nés dans la période	mensuelles	C/CSI, CSSD	
	Le paquet de soins néonataux de base est mis en œuvre dans au moins 80% des maternités	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No de maternités avec paquet de soins néonataux disponible	No totales des maternités par DS	Mensuelles	CSSD	
	La réanimation du nouveau-né asphyxié à la naissance est assurée dans au moins 80% des maternités	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No de maternités disposant l'équipement pour la réanimation de nouveau-né.	No totales des maternités par DS	Mensuelles	CSSD	
	La prise en charge des naissances prématurées (utilisation des corticostéroïdes, soins de type Kangourou) est assurée dans au moins 70% des cas	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No de prématurées prise en charge par les corticostéroïdes et Kangourou.	No totales de prématurées.	Mensuelles	CSSD, C/CSI	

La santé de L'Enfant :

Réf.	Définition	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Méthode de collecte d'information	Responsable	OBSERVATIONS
	La proportion des cas de paludisme confirmés chez les enfants et traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté est de 80%	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No des cas de paludisme confirmés chez les enfants et traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté	No totales des cas de paludisme confirmés chez les enfants et traités formations sanitaires et dans la communauté	Mensuelles	C /CSI, CSSD	
	La proportion des enfants avec la diarrhée ayant reçu de la thérapie de réhydratation à base du sel de	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No des enfants avec la diarrhée ayant reçu de la thérapie de réhydratation à base du sel de réhydratation à faible osmolarité enrichi de zinc par voie orale	No totales des enfants avec la diarrhée prise en charge dans la FS	Mensuelles	C /CSI, CSSD	

La santé de L'Enfant :

Réf.	Définition	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Méthode de collecte d'information	Responsable	OBSERVATIONS
	réhydratation à faible osmolarité enrichi de zinc par voie orale passe de 22% à 70% d'ici 2020 ;							
	La proportion d'épisodes d'infection respiratoire aigüe pris en charge selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans passe de 30 % à 70 % d'ici 2020	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No d'épisodes d'infection respiratoire aigüe pris en charge selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans	No d'épisodes d'infection respiratoire aigüe prise en charge chez les enfants de moins de 5 ans	Mensuelles	C /CSI, CSSD	
	Au moins 80 % des formations sanitaires de chaque district de santé offrent la PCIME d'ici 2020 ;	Registres de FS	Rapport Mensuelle d'activités	No de formations sanitaires offrant la PCIME	No des formations sanitaires de chaque district de santé	Mensuelles	C /CSI, CSSD	
	La proportion des enfants de 0 à 5 ans souffrant de malnutrition aigüe passe de 6% à 2% d'ici 2020 ;	Registres de FS Ménages	Rapport Mensuelle d'activités Enquêtes auprès des ménages	No des enfants de 0 à 5 ans souffrant de malnutrition aigüe	No totales des enfants de 0 à 5 ans dans le DS	Mensuelles, Tous les trois ans	INS, SIS	
	La proportion des femmes allaitantes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois augmente de 20% à 30% d'ici 2020.	Ménages	Enquêtes auprès des ménages EDS, MIC	Le No des femmes allaitantes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	Le nombre total des femmes allaitantes	Tous les trois ans	INS, SIS	

La santé de l'adolescent :

Réf.	Définition	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Méthode de collecte d'information	Responsable	OBSERVATIONS
	La proportion des grossesses précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans passe de 25% à 17% d'ici 2020 ;	Ménages	Enquêtes auprès des ménages EDS, MIC	No des grossesses précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans	No total des adolescents de 15 à 19 ans	Tous les trois ans	INS, SIS	
	Chaque district de santé dispose d'au moins une structure qui offre des services de SR accessibles et adaptés aux	Registres de FS	Rapport annuel des DS, DRSP	No des DS que dispose une structure offrant de services de SR accessibles et adaptés aux adolescents/jeunes	No de DS	Annuelle	PF SR CSSD	

La santé de l'adolescent :

Réf.	Définition	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Méthode de collecte d'information	Responsable	OBSERVATIONS
	adolescents/jeunes d'ici 2020.							

Au niveau communautaire

Réf.	Définition	Méthode de collecte d'information	Numérateur	Dénominateur	Fréquence de collecte de données	Méthode de collecte d'information	Responsable	OBSERVATIONS
	La proportion d'aires de santé dont au moins une communauté dispose d'un mécanisme d'évacuation des urgences est de 40% d'ici 2020 ;	Communauté Registre des CSI	Rapport des AS	No d'aires de santé dont au moins une communauté dispose d'un mécanisme d'évacuation des urgences	No d'aires de santé dans le DS	mensuelles	C/CSI CSSD	

7. LE CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLMI 2014-2020

Des orientations dans la mise en œuvre

La mise en œuvre du PLMI2014-2020 devrait être orientée dès le départ vers les zones où les besoins sont les plus ressentis, là où les populations sont les plus vulnérables. Pour ce faire, elle se fera de manière progressive en direction des districts de santé à faible performance et tiendra compte des orientations des Budgets- Programmes. **Les activités de SRMNI identifiées devraient être impérativement intégrées dans les PTA des districts de santé, des niveaux régional et central pour un bon suivi de leur mise en œuvre.**

Du cadre de planification détaillé

Contrairement aux interventions verticales, la SRMNI s'inscrit désormais dans le contexte de développement des DS et les activités y relatives doivent être intégrées dans leurs PTA. Ces PTA devraient s'appuyer, pour être produits, sur les supervisions intégrées, l'exploitation mensuelle des données collectées, le monitoring trimestriel au niveau du DS (formations sanitaires et communauté), et les revues (semestrielles et annuelles).

Du cadre logique de suivi et évaluation

Les activités choisies et les indicateurs subséquents seront suivis lors de la supervision intégrée, de l'exploitation mensuelle des données collectées, des monitorages trimestriels au niveau des DS, et des revues. Un rapport de progrès devra être produit par le niveau central (ST-PLMI) tous les six mois et transmis à la hiérarchie. L'exploitation du rapport transmis fera l'objet d'un feedback formel et aidera à la préparation des supervisions intégrées et à la programmation des activités.

Le système d'information sanitaire de routine devra être mis à contribution ainsi que le monitoring semestriel du niveau national vers les régions et trimestriel du niveau régional vers les districts de santé. Parallèlement, les données d'enquêtes nationales telles que l'EDS MICS et les autres instruments de suivi de l'évolution des progrès vers l'atteinte des OMD et de ceux de l'agenda post 2015 seront également exploités en temps opportun.

De la Budgétisation et du financement du plan d'opération et de suivi et évaluation

En plus de la prise en compte de la budgétisation des interventions de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile par chaque ministère concerné, l'équipe de coordination du Programme, avec l'appui du MINSANTE en tant que chef de file, s'attèlera à la mobilisation des financements supplémentaires, internes et extérieurs, notamment auprès des PTF et donateurs potentiels. Les mécanismes de financement devraient être clairement définis et le suivi de la redevabilité assuré.

Des modalités de collaboration avec les partenaires de mise en œuvre

Les cadres de collaboration institutionnels, notamment les comités de pilotage et les réunions techniques, seront respectés dans le but d'assurer la participation effective de toutes les parties prenantes. La collaboration intersectorielle étant un facteur critique de succès, les termes de collaboration entre les différents intervenants à tous les niveaux devront être définis.

Des mécanismes d'échanges d'information et modalités de rapportage

La fluidité du système d'information, pour le suivi des progrès sera l'un des atouts clés pour la réussite de ce programme. En effet, les partenaires de mise en œuvre devront s'engager à collecter, exploiter sur site et transmettre l'information à temps selon le circuit défini. Le feedback du niveau supérieur devra être assuré.

8. LES FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES

8.1. *Renforcement du système de santé (RSS)*

Les prestations de SRMNI sont au cœur de l'offre de soins et services au niveau clinique et communautaire et un accès équitable aux soins et services de qualité ne pourrait être possible que dans un District de Santé viable. Autrement dit, le RSS est primordial pour la réduction durable de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile. **A cet effet, le renforcement du système national d'informations sanitaires sera d'un apport majeur car permettra d'assurer un suivi régulier et plus facile des progrès réalisés dans la mise en œuvre du programme.**

8.2. *Mobilisation des financements et des ressources*

L'offre effective d'un paquet global de soins et services en vue de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile ne sera guère possible sans ressources financières et humaines additionnelles. D'où l'impérieuse nécessité d'assurer une mobilisation efficace des ressources financières tant internes qu'externes. La mise en œuvre effective du plan national de développement des ressources humaines en ce qui concerne notamment la formation selon les besoins, la fidélisation aux postes, et la mise en place des mesures incitatives en faveur des prestataires de santé sera cruciale.

Il serait souhaitable de rentabiliser l'apport de ces mesures pour une offre de services et de soins de qualité par la mise en place des approches innovantes telles que le financement basé sur les performances (FBP), la mutualisation du risque maladie notamment à travers les mutuelles de santé, voire l'assurance maladie. Par ailleurs, afin d'assurer aux populations vulnérables l'accès aux soins de santé de qualité des mesures comme la subvention des soins obstétricaux et néonataux devront être prises dans le but de contribuer efficacement à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile.

8.3. *Equité et accessibilité*

Le niveau de pauvreté auquel fait face une tranche importante de la population camerounaise rend inéquitable l'accès financier aux soins ce qui pourrait entraîner la survenue d'une proportion non négligeable des décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles.

Seule la levée des barrières financières en faveur notamment des populations vulnérables, à travers la subvention et/ou la gratuité sélective de certaines interventions pourrait contribuer à résoudre ce problème. La réussite de ce programme en dépend considérablement.

8.4. *Transparence et Redevabilité*

Les principes de transparence et de redevabilité devront être respectés par le gouvernement dans son rôle de leader ainsi que par toutes les autres parties prenantes y

compris les partenaires techniques et financiers, la société civile et la communauté en vue d'assurer la pérennité pour le succès du Programme.

8.5. La communication et le plaidoyer

Ils doivent être au cœur de toutes les actions du Programme pour une plus grande information et conscientisation des bénéficiaires et des prestataires.

ANNEXES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX-TRAVAIL-PATRIE

ARRETE N° 095 /CAB/PM, DU 11 NOV 2013
portant création du Programme National Multisectoriel de Lutte contre
la Mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvenile au Cameroun

LE PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT,

Vu la Constitution ;
Vu la loi n° 96/03 du 04 janvier 1996 portant loi - cadre dans le domaine de la santé ;
Vu la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat ;
Vu le décret n° 92/089 du 4 mai 1992 précisant les attributions du Premier Ministre,
modifié et complété par le décret n°95/145 bis du 4 août 1995 ;
Vu le décret n° 2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement ;
Vu le décret n° 2011/409 du 09 décembre 2011 portant nomination d'un Premier Ministre,
Chef du Gouvernement,

ARRETE :

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er}.- Le présent arrêté porte création du Programme National multisectoriel de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale, et Infanto-juvenile au Cameroun, ci-après désigné « le Programme ».

Article 2.- Placé sous l'autorité du Ministre chargé de la santé publique, le Programme a pour mission la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile.

A ce titre, il est chargé notamment :

- d'élaborer les stratégies de mise en œuvre du Programme et d'en assurer le suivi - évaluation ;
- de planifier, coordonner et exécuter les activités relatives à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile sur l'ensemble du territoire national ;
- de promouvoir l'alignement, l'harmonisation, l'intégration et la synergie de l'ensemble des actions ainsi que la complémentarité des différents acteurs de mise en œuvre des activités ;
- d'assurer la prise en compte de la dimension « multisectorialité » dans la mise en œuvre des interventions en veillant à ce que le secteur public, le secteur privé, la société civile, les Collectivités

- Territoriales Décentralisées, et les partenaires techniques et financiers apportent leurs contributions, chacun selon ses compétences ;
- de mobiliser tous les acteurs autour de la dimension socio-économique relative à la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile en vue de sa prise en compte dans la planification et la budgétisation sectorielles ;
 - de promouvoir et coordonner la recherche opérationnelle en vue de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile.

Article 3.- Les Administrations et organismes concernés apportent leurs concours multiformes en vue de la réussite du Programme.

CHAPITRE II DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT

Article 4.- Pour l'accomplissement de ses missions, le Programme dispose d'un Comité National de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile, d'un secrétariat technique et des comités régionaux.

SECTION I DU COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTO-JUVENILE

Article 5.- Le Comité National de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvenile, ci-après désigné « le Comité », est chargé de définir les grandes orientations du Programme et d'en assurer le suivi des performances.

A ce titre, il :

- élabore les stratégies de mise en œuvre, et les plans d'action sectoriels ;
- adopte les plans d'actions annuels du programme et les budgets y afférents ;
- mobilise les ressources nécessaires au fonctionnement et à la mise en œuvre des activités ;
- conduit les revues annuelles sur la situation de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile et publie les rapports y afférents ;
- conçoit et met en œuvre les mécanismes de suivi de la redevabilité dans le strict respect des principes de transparence, d'efficacité et d'orientation vers l'efficacité des actions ;
- approuve les rapports d'activités annuels.

Article 6.- (1) Le Comité National est composé ainsi qu'il suit :

Président : le Ministre chargé de la santé publique

Vice-président : le Ministre chargé de la promotion de la femme et de la famille

Membres :

- un (1) représentant des Services du Premier Ministre ;
- deux (2) représentants du Ministère chargé de la santé publique ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de la promotion de la femme et de la famille ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de la jeunesse ;
- un (1) représentant du Ministère chargé des enseignements secondaires ;
- un représentant du Ministère chargé de l'enseignement supérieur ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de la communication ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de l'économie ;
- un (1) représentant du Ministère chargé des finances ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de la défense ;
- un (1) représentant de la Délégation Générale à la Sécurité Nationale ;
- deux (2) représentants des Agences du système des Nations Unies ;
- deux (2) représentants des partenaires bilatéraux ;
- un (1) représentant des associations des professionnelles de la santé ;
- un (1) représentant des Organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé mère et enfant ;
- un (1) représentant des Collectivités Territoriales Décentralisées ;
- un (1) représentant des organisations confessionnelles de la santé et des organisations privées laïcs.

(2) Les membres du Comité sont désignés pour les Administrations et Organismes auxquels ils appartiennent.

(3) Le Président du Comité peut inviter toute personne physique ou morale à prendre part aux travaux du Comité, avec voix consultative, en raison de ses compétences sur les points inscrits à l'ordre du jour.

(4) La composition du Comité est constatée par décision du Ministre chargé de la santé publique.

(5) Le Secrétariat du Comité est assuré par le Secrétaire technique.

Article 7.- (1) Le Comité se réunit une fois par semestre en session ordinaire et, en tant que de besoin, sur convocation écrite de son Président.

(2) Chaque session du Comité donne lieu à un rapport adressé au Premier Ministre, Chef du Gouvernement, dans un délai de sept (7) jours.

SECTION II DU SECRETARIAT TECHNIQUE

Article 8.- Placé sous la coordination d'un Secrétaire technique, assisté éventuellement d'un Secrétaire technique Adjoint, le Secrétariat technique du Comité est chargé de coordonner la gestion et de suivre la mise en œuvre du Programme sur l'ensemble du territoire national.

A ce titre, il :

- prépare le plan d'action annuel budgétisé du Programme suivant les orientations définies par le Comité ;
- suit et évalue la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- apporte l'appui nécessaire aux partenaires de mise en œuvre en matière de planification, de suivi - évaluation et de renforcement des capacités ;
- veille à l'alignement, l'harmonisation, l'intégration et la synergie des actions menées par les parties prenantes ;
- veille à la collecte et à la consolidation des données de surveillance des décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles et des indicateurs de processus et d'impact par les secteurs concernés ;
- assure le plaidoyer pour la mobilisation des ressources techniques et financières requises pour la mise en œuvre des activités du Programme ;
- gère les ressources matérielles, financières et humaines mises à la disposition du Programme, conformément aux règles et procédures en vigueur ;
- veille à la production des rapports d'activités et financiers trimestriels ;
- prépare les sessions du Comité et en assure le secrétariat.

Article 9.- Le Secrétariat technique comprend :

- une section Programmation, Planification, et Suivi - Evaluation ;
- une section Administration, Finances et Partenariat ;
- une section Communication, Plaidoyer et Réponses sectorielles et locales.

Article 10.- Placée sous l'autorité d'un Chef de Section, la Section Programmation, Planification, Suivi - Evaluation est chargée :

- de préparer, en collaboration avec les parties prenantes, le plan stratégique consolidé du Programme;
- de veiller à la collecte, la consolidation et l'analyse des données de suivi, sur la base des indicateurs de performance, des différentes activités exécutées dans le cadre du Programme ;
- d'accompagner les activités de surveillance des décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles ;
- d'analyser les tendances des indicateurs de progrès et produire les notes de conjoncture et de prospective en vue de la revue annuelle ;
- d'assurer le suivi des comités régionaux ;
- de préparer les rapports trimestriels, semestriels et annuels des activités.

Article 11.- Placée sous l'autorité d'un Chef de Section, la Section Administration, Finances et Partenariat est chargée :

- de la gestion administrative, financière et comptable du Programme.
- du suivi des Accords ou Conventions passés dans le cadre du partenariat avec le Programme ;
- de l'inventaire et la maintenance des infrastructures et des équipements ;
- du contrôle de la gestion des fonds dans toutes les structures bénéficiaires des fonds du programme ;
- du suivi rigoureux des procédures financières et comptables adoptées conjointement par les partenaires techniques et financiers et le Comité ;
- de la préparation des rapports financiers trimestriels, semestriels et annuels.
- de l'élaboration des rapports trimestriels sur les interventions des partenaires du Programme.

Article 12.- Placée sous l'autorité d'un Chef de Section, la Section Communication, Plaidoyer et Réponses Sectorielles et locales est chargée :

- d'appuyer l'élaboration et suivre la mise en œuvre des plans d'action en matière de communication, de plaidoyer et de marketing social, en collaboration avec les Administrations concernées.

- d'accompagner le développement et l'exécution des réponses sectorielles appropriées et les réponses des Collectivités Territoriales Décentralisées ;
- de suivre l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action par secteur;
- d'assurer la prise en compte de la dimension genre et équité dans les plans d'action du Programme;
- de préparer, de concert avec les parties prenantes, le plan global de communication du Programme.

SECTION III
DES COMITES REGIONAUX DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE
MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE

Article 13.- Le Comité Régional de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile, ci-après désigné le « Comité régional » est chargé :

- d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du Programme au niveau régional sur la base des orientations nationales en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile ;
- de contribuer à la mobilisation des ressources allouées au fonctionnement des structures régionales du Programme ;
- d'approuver le rapport d'activités et financier trimestriel ;
- de rendre compte de l'exécution des plans d'action du Programme au niveau régional.

Article 14.- : (1) Le Comité Régional est composé ainsi qu'il suit :

Président : Le Gouverneur de la Région

Membres :

- un (1) représentant du Ministère chargé de la santé publique,
- un (1) représentant du Ministère chargé de la promotion de la femme et de la famille ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de la jeunesse ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de la communication ;
- un (1) représentant du Ministère chargé de l'économie;
- un (1) représentant du Ministère chargé des finances ;
- un (1) représentant des réseaux des associations de femmes ;
- un (1) représentant des réseaux des associations de jeunes ;
- un (1) représentant des Organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé mère enfant ;

- un (1) représentant des Collectivités Territoriales Décentralisées ;
- un (1) représentant des organisations confessionnelles de la santé.

(2) Le secrétariat du Comité régional est assuré conjointement par les Délégués régionaux respectivement de la santé publique et de la promotion de la femme et de la famille.

(3) La composition du Comité régional est constatée par décision du Gouverneur de la Région.

Article 15.- Le Président du Comité régional peut inviter toute personne physique ou morale en raison de ses compétences, à prendre part aux réunions du Comité Régional, avec voix consultative.

Article 16.- (1) Le Comité régional se réunit une fois par trimestre en session ordinaire et, en tant que de besoin, sur convocation écrite de son Président.

(2) Chaque session du Comité régional donne lieu à un rapport adressé au Président du Comité dans un délai de sept (7) jours.

CHAPITRE II DES DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

Article 17.- Les frais de fonctionnement du Programme sont supportés par le budget du Ministère chargé de la santé publique et les contributions diverses.

Article 18.- Les fonctions de Président et Membre des Comités sont gratuites. Toutefois, les intéressés, ainsi que les personnes invitées peuvent bénéficier des facilités de travail nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, par décision du Ministre chargé de la santé publique.

Article 19.- Le présent arrêté sera enregistré, publié suivant la procédure d'urgence, puis inséré au Journal Officiel en français et en anglais. /-

Yaoundé, le 1 NOV 2013

**Le Premier Ministre,
Chef du Gouvernement**



Philemon YANG