REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland MINISTRY OF PUBLIC HEALTH









REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé Publique remercie les Partenaires, collaborateurs qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration de ce plan et plus particulièrement:

Les Ministères partenaires

- 1. MINESUP, Dr MONEBENIMP Francisca, IS2
- 2. MINPROFF, Mme TOUGORDI Marie, CEAI CECO
- 3. MINAS, WENDJEL Caroline SDSE
- 4. MINCOM, NTSOUALA Sophie Ortence, SDMAC
- 5. MINJEC, MONGBET Jean Marcel, CPJA
- 6. MINJUSTICE, Dr NDI Norbert
- 7. MINEDUB, AROGA Désiré
- 8. MINESSEC, ABAH Egyptienne

• Les Partenaires Techniques et Financiers

- 9. OMS, Dr NISSACK Françoise, HSS
- 10.UNICEF, Dr SIMEN-KAPEU Aline Senior Health Specialist New York
- 11.UNICEF, Jerome PFFAFMAN, CR WCARO
- 12. UNICEF, Dr Belyse NGUM HALMATA, Health Specialist
- 13. UNICEF, Dr MAYER Magdalene, Health Officer
- 14.UNICEF, LEZZAMA Ines, Nutrition Specialist
- 15.UNICEF, Dr AOUNEN Béchir, Chief CSD
- 16.UNFPA, ETEKI Nicole, PSSR
- 17.UNFPA, M. SHARIF EGAL, HSS
- 18. UNICEF, Dr FONKWO Peter, Consultant
- 19. UNICEF, Dr Eric Mercier, Consultant
- 20.GIZ/PASAR DIARRA Lisa, CT
- 21.GIZ/PASAR, Dr KOECHER Dieter, CT P
- 22.PEPFAR, Dr MONKAM Nelly
- 23.ACMS, CDSP, Dr YOUMBA Christian
- 24.CHAI, KALARUS Katherine, FPM
- 25.ONG OFSAD, Mme KENFACK-TOLEVI

• Les Cadres du MINSANTE

- 26.Dr BAYE Martina, CT2
- 27.Dr STIEN Laurent, CT
- 28.Pr MBU ENOW Robinson, DSF
- 29.Pr BISSECK, DROS

- 30.Dr MATSEZOU Jacqueline, STSS
- 31.ONDO Lucien, CSS
- 32.Dr MOLUH Seidou, SDSR/DSF
- 33. Dr KOUO Ngamby, CSSM, DSF
- 34.Dr AFOUNDE Jeannette Bibiche, CSSA/DSF
- 35.Dr ZEH KAKANOU, SD VIH-IST-TB/DLMEP
- 36.Dr DJIHOUA DOMNGUE Bertrand, DSF
- 37.Dr TUMENTA Terence, CSSE, DSF
- 38.Dr TJEK BIYAGA Paul Théodore, CSPTME/DSF
- 39. Mme KOUOTOU Aminatou, CBSEASM, DSF
- 40. Mme NGONO Marie-Louise, DF
- 41.M. TOUMAMIKO MEFANE Barthelemy, DSF
- 42.Mme GOUSSE Antoinette, CBPAG, DSF
- 43.Mme NANGA Flore, CBPSM, DSF
- 44.Dr ZEH KAKANOU Florence, SDLVIH-ISTT DLMEP
- 45.Dr NKWESHEU Armand, CCRSPE, DROS
- 46.Dr TCHIO Robert, SE PEV
- 47.M. METOGO Francis, Economiste/DOSTS
- 48. Mme ESSIBEN Macky Stella, CCA/CPI/ DCOOP
- 49.Dr BASSONG Olga, DOSTS
- 50.Dr NDOUDOUMOU Patrick, DOSTS
- 51.M. GADJI Djidere, CSE, DPS
- 52.M. NTONGA Aggee, SDAN, DPS
- 53.M. BELA Achille, ERH, SGPE, DRH
- 54.Dr MOUSSI Charlotte, CSSD Efoulan
- 55.Dr DONGMO Florent, HD Efoulan
- 56.M. NDZOMO Benoit, DSF
- 57.Dr VOGUE Noel, PF SR, DRSPC
- 58.Dr YAMBA BEAS DRSP LITTORAL
- 59. HAGBE HAGBE Antoine, CA PF PTME, DRSPL
- 60.Dr MAPOKO SR Littoral
- 61.Mr MIBE Samuel, DRSP Littoral
- 62.Dr EPOH Monique, PF PTME, PECP, DRSPL
- 63.Dr Mah Evelyn, Pediatre, HGOPY-FMSB
- 64.Dr MONEBENIMP Francisca, CHU







PREFACE E F A C E

PREFACE

Au Cameroun, depuis plusieurs décennies, des efforts remarquables sont faits de façon continue en matière de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. S'il est vrai que ces efforts ont depuis porté quelques fruits, notamment en termes d'infrastructures et de nombre de professionnels de santé, il n'en demeure pas moins que les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile n'ont pas encore atteint les niveaux escomptés. En effet, la mortalité maternelle demeure élevée, soit 782 décès pour 100 000 naissances vivantes ; la mortalité néonatale s'est accrue, passant de 29 à 31 décès pour 1000 naissances vivantes respectivement en 2004 et en 2011 ; par contre la mortalité des enfants de 0 à 5 ans est passée de 122 sur 1000 naissances vivantes en 2011 à 103 en 2014.

Pour plus de performances, le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction a été élaboré sur la période 2014-2020

L'élaboration de ce plan a connu plusieurs étapes à savoir l'évaluation du précédent plan "Santé de la Reproduction Maternelle Néonatale et Infantile" (SRMNI) et des autres documents de politiques et de stratégies en cours; le remplissage du « Rapid Assessment of live saving Intervention and Commodities tool »; la collecte active des données quantitatives et qualitatives au niveau des Districts de Santé afin d'en améliorer la complétude; l'analyse des goulots d'étranglement et la priorisation des interventions. Ce plan a été élaboré concomitamment avec celui du Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-juvénile (PNLMMI). Le présent document propose un cadre conceptuel comportant une vision, une mission, un but et des objectifs; un cadre de mise en œuvre comportant des principes directeurs, les rôles et les responsabilités de chacun des intervenants ; un cadre d'intervention, de suivi et d'évaluation et un cadre budgétaire.

Par ailleurs, il prend en compte toutes les composantes de la santé de reproduction et pas seulement les interventions de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, dédiées au PNLMMI

J'invite donc les uns et les autres à adhérer à ce plan, par la mobilisation des ressources nécessaires (humaine, financière et matérielle), et surtout à participer au suivi de sa mise en œuvre. Nul doute que la qualité de ce document permettra l'atteinte des objectifs escomptés.

A SANTE PUBLIC DE CAMBRIA DE LE MINISTER DE LA SANTE PUBLIC DE LA SANT

Site web: www.minsante.gov.cm

ès l'année 2000, le Cameroun s'est engagé à atteindre les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015. Trois de ces objectifs concernent directement la santé à savoir réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. En vue d'atteindre ces objectifs, le Gouvernement camerounais a pris des engagements au niveau national et international. Il s'agit en priorité d'améliorer la situation de la femme, de l'enfant et des couches vulnérables en assurant le droit à la santé en général et le droit en matière de santé de la reproduction en particulier.

En dépit des efforts déployés jusqu'alors, les indicateurs relatifs à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ne s'améliorent pas. Le taux de mortalité maternelle est passé de 430 à 669 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) de 1998 à 2004 puis à 782 décès pour 100 000 NV en 2011. Le taux de mortalité néonatale est passé de 41 décès pour 1000 NV en 1998 à 29 en 2004 puis, 31 en 2011. Le taux de mortalité infanto-juvénile quant à lui est passé de 146 pour 1000 NV en 1998 à 144 pour 1000 NV en 2004, puis 122 pour 1000 NV en 2011 (EDS 1998, 2004; EDS, MICS 2011).

Dans le souci d'améliorer les performances en matière de SRMNI, le Ministère de la Santé Publique a actualisé le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile pour l'étendre à l'horizon 2020. L'objectif de ce plan est de mettre en place une stratégie qui se focalise sur les interventions à haut impact sur la réduction de mortalité. Pour ce faire, une analyse de la situation a permit de déceler six goulots d'étranglement structurels/endogènes et sept goulots d'étranglement systémiques répertoriés dans les domaines des normes sociales, des facteurs légaux et politiques, du budget/dépenses et de la gestion/coordination. Lesdits goulots empêchent la couverture effective des services SRMNI. De même, les régions prioritaires ont été identifiées pour permettre d'accélérer l'atteinte des résultats au niveau national.

De cette situation globale il découle que l'objectif général vise à accélérer la réduction la morbidité et la mortalité chez la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent/jeune et chez l'homme, dans le domaine de la santé de reproduction à l'horizon 2020. De façon spécifique, au niveau de l'impact il s'agit de : (a) réduire la mortalité maternelle de

782 à 500 pour 100 000 Naissances Vivantes (NV) entre 2014 et 2020, soit une réduction de 6,2% par an, (b) Réduire les décès du nouveau-né de 31 à 20 ‰ NV entre 2014 et 2020, soit une réduction de 6,1% par an, (c) réduire de 122 à 80 % NV les décès infanto-juvéniles, soit une réduction de 7 % par an, (d) réduire de 50 % la morbidité liée à la santé de la reproduction (femmes, enfants, nouveau-nés, adolescents/jeunes, personnes âgées et hommes). Par ailleurs, les effets escomptés sont: (i) Atteindre une couverture d'au moins 80 % des interventions à haut impact SRMNI de qualité, (ii) Assurer le dépistage et la prise en charge appropriée d'au moins 60% des cas de fistules obstétricales d'ici 2020, (iii) Augmenter le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer de 16% à 30 % d'ici 2020, (iv) Réduire de 50% la prévalence de grossesses précoces et IST/ VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020, (v) Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des dysfonctionnements sexuels, infécondité/ infertilité diagnostiqués d'ici 2020, (vi) Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas de pratiques néfastes à la SRMNI et des violences faites aux femmes ayant été consultées dans les formations sanitaires d'ici 2020, (vii) Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas de cancers génésiques dépistés d'ici 2020, (viii) Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des problèmes de santé de la reproduction spécifiques aux personnes âgées dépistées d'ici 2020.

Pour atteindre ces objectifs, des principes directeurs définis vont orienter et guider la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de ce plan stratégique afin d'assurer l'efficacité, l'appropriation et la pérennité des interventions.

Le MINSANTE assure le leadership pour la mise en œuvre du plan stratégique, cependant, la problématique de la mortalité maternelle, néonatale et infantile est multifactorielle/sectorielle. C'est ainsi que les administrations apparentées interviendront dans le cadre de la plateforme multisectorielle selon leurs missions spécifiques.

La chaîne de résultats permettra le suivi des progrès, avec comme intrants les ressources humaines, financières, temporelles, infrastructurelles et les équipements.

Le cadrage budgétaire est estimé à la somme de 205 702 430 855 (Deux cent cing milliards sept cent deux millions quatre cent trente mille quatre cent trente francs CFA) pour la période 2014-2020.

8

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
PREFACE	7
RESUME	3
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	10-12
INTRODUCTION	13
CHAPITRE1: CONTEXTE	
CHAPITRE2: ANALYSE SITUATIONNELLE	23
2.1. Analyse situationnelle de la santé de la reproduction à travers ses composantes prioritaires 2.1.1.La santé maternelle, néonatale et infantile	23 23
2.1.1.2.La santé de l'enfant	
2.1.2. La Planification Familiale (PF)	
2.2.Analyse des goulots d'étranglement des services SRMNI 2.2.1.Les goulots d'étranglement structurels/endogènes majeurs	
2.2.2.Les goulots d'étranglement systémiques	
2.3.Régions et Districts Sanitaires prioritaires	
CHAPITRE3: CADRE CONCEPTUEL	
3.1. Vision	43
3.2. Mission	
3.3. But	43
3.4. Objectifs	
3.5. Axes stratégiques et interventions prioritaires	44
CHAPITRE4: CADRE DE MISE EN ŒUVRE	53
4.1. Principes directeurs	53
4.2.Rôles et responsabilités spécifiques par niveau	
4.3. Rôles et responsabilités des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés, des Communes / Collectivités Territories des autres ministères apparentés des autres d	
Décentralisées et autres acteur simpliqués	
4.4.Rôles et responsabilités de la communauté	
4.6. Rôles et responsabilités de la société civile, secteur privé, ONG/OBC, associations professionnelles et religieuse	
CHAPITRES: CADRED INTERVENTION, DE SUIVI-EVALUATION ET DE RESULTATS	
CHAPITRE6:BUDGET	81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	
Annexe 1 Ratios des Centres de Santé Intégrés par rapport à la population	91
Annexe 2 Résultats de l'analyse des disparités géographiques niveau districtdistrict	
Annexe 3 Figures des goulots d'etranglement	
Annexe 4 Soins Essentiels en SRMNI	

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACMS Association Camerounaise de Marketing Social

ALVF Association de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes

AMP Assistance Médicale à la Procréation

ARV Antirétroviraux

AWARE Action for West African Region

C2D Contrat des Désendettement et de Développement CAMNAFAW

CARMMA Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique

CAPR Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional CCC Communication pour le Changement de Comportement

CCIA Comité de Coordination Inter Agence

CEMAC Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale

CENAME Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels

CEPCA Conseils des Eglises Protestantes du Cameroun CHUY Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

CIPD Conférence Internationale pour la Population et le Développement

CMA Centre Médical d'Arrondissement
CME Consommables Médicaux Essentiels

Centre Multifonctionnel de Promotion des Jeunes

CNLS Comité National de Lutte contre le Sida CNPS Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

CPN Consultation Prénatale

CPNR Consultation Prénatale Recentrée

CPON Consultation Postnatale
CSI Centre de Santé Intégré
DCOOP Division de la Coopération

DLMEP
Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DIRECTION de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DPML
Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire

DRFP Direction des Ressources Financières et du Patrimoine

DRH Direction des Ressources Humaines

DROS
Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DRSP
Délégation Régionale de la Santé Publique

DS District de Santé

DSF Direction de la Santé Familiale

DSRP Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

DTC-HepB Diphtérie, Tétanos, Coqueluche et Hépatite B
ECAM Enquête Camerounaise auprès des Ménages
EDS Enquête Démographique et de Santé

EVF Education à la Vie Familiale

EMP Education en Matière de Population FALC Fondation Ad Lucem Cameroun

FS Formation Sanitaire

GAVI Global Alliance for Vaccines and Immunization

GIZ Deutsche Gesellschaftfür Internationale Zusammenarbeit

HD Hôpital de District

HGY Hôpital Général de Yaoundé

HGOPY Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

HPV Human Papilloma Virus

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

IADM

IDH Initiative d'Amélioration de la Dette Multilatérale Indice de Développement Humain

IEC Information, Education, Communication

IFFIm International Financing Facilities for Immunization

IRA Infections Respiratoires Aiguës

IST Infections Sexuellement Transmissibles
IVG Interruption Volontaire de Grossesse

JICA Japan International Cooperation Agency Japan International Cooperation Agency

LANACOME Laboratoire National de Contrôle des Médicaments

MICS Multiple Indicators Cluster Survey
MII Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

MILDA Moustiquaire Imprégnée de Longue Durée d'Action

MINAS Ministère des Affaires Sociales MINEDUB Ministère de l'Education de Base

MINESEC Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP Ministère de l'Enseignement Supérieur

MINJEC Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique MINPROFF Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

MINSANTE Ministère de la Santé Publique
OBC Organisation à Base Communautaire

OCASC Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun

OEV Orphelins et Enfants Vulnérables

OFSAD Organisation des Femmes pour la Santé, la Sécurité Alimentaire et le Développement

OMD Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONG Organisation Non Gouvernementale
OSC Organisations de la Société Civile

PCIME Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PCR Polymerase Chain Reaction

PE Pair Educateur

PECP Prise en Charge Pédiatrique
PEV Programme Elargi de Vaccination

PF Planification Familiale
PFA Paralysie Flasque Aigue
PIB Produit Intérieur Brut
PMA Paquet Minimum d'Activités
PNP Politiques, Normes et Procédures
PPTE Pays Pauvres et Très Endettés

PSNSR Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction
PSSPC Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs
Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/sida

PVS Polio Virus Sauvage

RaSSS Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun RGPH Recensement General de la Population et de L'Habitat

RO Recherche Opérationnelle

SASNIM Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle

SIDA Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMNI Santé Maternelle, Néonatale et Infantile

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

Soins Obstétricaux et Néonatals Essentiels d'Urgence

SONU Soins Obstétricaux Néonatals d'Urgence
SOUB Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC Soins Obstétricaux d'Urgence Complets

SPSR Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction

SR Santé de la Reproduction

SRA Santé de la Reproduction des Adolescents

SRMNI Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile

SRO
 Sels de Réhydratation Orale
 SSD
 Service de Santé de District
 SSS
 Stratégie Sectorielle de Santé
 SWAP
 Sector Wide Approach

TMN Tétanos Maternel et Néonatal
TPI Traitement Préventif Intermittent

UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID Agence des Etats-Unis pour le Développement International

VAA Vaccin Anti Amaril
VAR Vaccin Anti Rougeoleux
VAT Vaccin Antitétanique

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

ès l'année 2000, le Cameroun s'est engagé à atteindre les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015. Trois de ces objectifs concernent directement la santé à savoir réduire la mortalité infantile; améliorer la santé maternelle; combattre le VIH/sida; le paludisme et d'autres maladies.

En vue d'atteindre ces objectifs, le Gouvernement camerounais a pris des engagements au niveau national et international, notamment le Protocole de Maputo en 2006, l'initiative de la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) en 2009,

« the Global Strategy for Women's and Children's Health in 2010 » en 2010, the « Global plan for the elimination of new HIV infections among children and keeping mothers alive » en 2011, Une Promesse Renouvelée pour la survie de l'enfant en juin 2012 et le mouvement « Scaling Up Nutrition » en 2013. Ces engagements visent entre autres à améliorer la situation de la femme, de l'enfant et des couches vulnérables en assurant le droit à la santé en général et en particulier le droit en matière de santé de la reproduction, le droit à la nutrition, la protection contre des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé, telles que les mutilations génitales féminines et à relever le défis de la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile.

En dépit des efforts faits par le Gouvernement camerounais avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers, les indicateurs relatifs à la mortalité maternelle, néonatale et infantile continuent de se dégrader. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 430 à 669 décès pour 100 000 naissances vivantes de 1998 à 2004 puis à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011. Le ratio de mortalité néonatale est passé de 41 décès pour 1000 naissances vivantes en 1998 à 29 en 2004 puis, 31 en 2011. Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle a faiblement diminué de 146 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1998 à 144 en 2004, puis 122 en 2011 (EDS 1998, 2004 et 2011).

En vue de recadrer les actions gouvernementales mises en œuvre, le Ministère de la Santé Publique a actualiser le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile. L'objectif de ce document est de mettre en place une stratégie focalisée sur les interventions à haut impact avec des indicateurs traceurs susceptibles d'accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité des mères, des nouveaux nés, des enfants, des adolescents et des hommes en liaison avec la santé reproductive. Le présent plan constitue dès lors le document de référence pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile.







CHAPITRE 1 : CONTEXTE

1.1. Contexte géographique

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé dans le Golfe de Guinée entre les 2ème et 13ème degrés de latitude Nord et les 9ème et 16ème degrés de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 440 Km², s'étend du Sud au Nord sur près de 1200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au Sud-Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique. Le Cameroun est subdivisé en 10 Régions et comprend une capitale politique Yaoundé ainsi qu'une capitale économique Douala.

Le réseau de communications existant au Cameroun comprend le secteur routier, ferroviaire, maritime et fluvial. Ces secteurs sont peu développés et inégalement répartis sur le territoire. En effet, seulement 8% des routes sont bitumées en 2010 (World Development Indicators), les 1200 km de voie ferrée reliant Douala, Yaoundé et Ngaoundéré sont vétustes (Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, 2009) et le réseau fluvial de la Bénoué n'est navigable que trois mois par an.

1.2. Contexte politico-administratif

Le Cameroun est un Etat démocratique avec un pluralisme politique et des libertés individuelles et collectives. Il est bilingue, l'anglais et le français sont parlés respectivement par 30% et 70% des camerounais. Le Cameroun est un Etat laïc où le christianisme est pratiqué à 40 %, l'animisme à 40 % et l'islam à 20 %. Sa population est une mosaïque de plus de 250 groupes ethniques aux coutumes et traditions différentes, dont les pesanteurs socio-culturelles influencent l'itinéraire thérapeutique du malade.

Il est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 Collectivités Territoriales Décentralisées (communes et communautés urbaines).

A travers les lois N° 2004/018 et N° 2004/019 du 22 juillet 2004, les collectivités territoriales décentralisées disposent de prérogatives leur conférant autorité en matière de i) création, équipement, gestion et entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional, ii) gestion de l'assistance au profit des nécessiteux et les impliquant dans l'organisation et la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé . Ces prérogatives sont l'opportunité pour le Gouvernement camerounais d'accroître l'implication des populations dans la gestion du système de santé en général et de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile en particulier.

1.3. Contexte socio-économique

1.3.1. Contexte économique

Le Cameroun est classé parmi les pays à revenu intermédiaire avec un PIB de 1400 dollars par habitant en 2012 (CEMAC, 2013). Cependant, 40 % de la population vit encore en- dessous du seuil de pauvreté avec d'importantes disparités régionales : 21,6% au Centre et 65,9% à l'Extrême nord (ECAM, 2007).

Dans sa vision 2035 «le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité»¹, le Gouvernement se fixe comme objectifs de : (i) réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ; (ii) devenir un pays à revenu intermédiaire ; (iii) atteindre le stade de nouveau pays industrialisé; (iv) renforcer l'unité nationale et consolider le processus démocratique. Cette volonté politique se traduit dans le

¹ Rapport national de progrès des objectifs du millénaire pour le développement : année 2010(http://www.statistics-Cameroon.org/downloads/OMD/OMD_National_2010.pdf)

Document de Stratégie de Croissance et d'Emploi (DSCE 2010-2020) et vise à ramener le taux de pauvreté monétaire à 29 % en 2020.

Avec un indice de développement humain de 0,495 en 2012, le Cameroun est classé 150ème sur 187 pays. Pour l'année 2012, les valeurs des différentes composantes de l'IDH sont présentées dans le tableau 1 cidessous.

Tableau 1: Indice de développement humain en 2012 au Cameroun.

Indice of Développe Humain (l	ment Espérance de vie	Revenu national brut par habitant	IDH ajustés aux inégalités	Durée moyenne de scolarisation (en années)	Durée attendue de scolarisation (en années)	Indice des inégalités de genre	IDH non monétaire
0,495	52,1	2114	0,330	5,9	10,9	0,628	0,520

Source: Rapport sur le Développement Humain 2013 (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_FR.pdf)

1.3.2. Contexte sociodémographique

La population du Cameroun est estimée à 20 916 856 habitants en 2013. On note une forte concentration dans les villes de Douala et Yaoundé. Les plateaux du Nord et de l'Ouest ont une densité démographique élevée. Avec une espérance de vie de 52 ans, la population est composée de 51% de femmes et 49% d'hommes. Elle est essentiellement jeune : 43,6% ont moins de 15 ans, 16, 9% moins de 05 ans et 10,7% entre 0 et 35 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 24,3% de la population générale (RGPH 2010 : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2010).

Le taux de fertilité est passé de 5,8% par femme en 1991 (EDS 1991) à 5,1% en 2011 (EDS-MICS 2011), impactant sur la taille des ménages. En 2013, le taux d'accroissement naturel s'élève à 2,5% (RGPH, 2010).

L'éducation est assurée au Cameroun aussi bien par les sous-secteurs public et privé. En 2011, le taux national d'alphabétisation des adultes hommes et femmes est respectivement de 82,6% et 71 %.

Sur le plan de l'habitat, 65 % des ménages n'ont pas de sécurité de logement (EDS-MICS 2011).

S'agissant du volet eau, assainissement et énergie, l'accès des populations à l'eau potable est passé de 45% en 1998 à 70,8% en 2011. En outre, l'accès à l'électricité a évolué de 41% à 54% (EDS II et EDS IV). Cependant, la majorité des personnes vivant en milieu rural n'a toujours pas accès à l'eau potable en 2011 (50,4 % contre seulement 8,9 % en milieu urbain).

La prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) chez les enfants de moins de 05 ans reste stable, soit 30,4% en 2006 et 32,5% en 2011 (MICS, 2006, EDS/MICS 2011). L'analyse des données relève des disparités régionales et socio-économiques : 12,3% chez les riches et 48,6% chez les pauvres.

En ce qui concerne la malnutrition aigüe globale (émaciation) chez les enfants de 06 à 59 mois, les taux sont stagnants, 7% en 2006 et 6% en 2011. La prévalence de l'anémie chez les enfants de 06 à 59 mois a régressé de 68% à 60,3% entre 2004 et 2011 (MICS 2006, EDS MICS 2011).

Malgré le rôle majeur des femmes dans le développement social, leur participation à la vie publique reste faible. Les femmes font face à de nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psychologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la terre et au crédit par exemple) qui entravent leur développement. Selon l'EDS-MICS 2011, seulement 69,2% des femmes en âge de procréer sont alphabétisées. Les filles sont sous représentées dans les filières scientifiques et techniques d'enseignement et les femmes ont faiblement accès aux postes d'encadrement et de direction (2,1% contre 5,6% pour les hommes).

1.3.3. Contexte communicationnel 1.3.3.1. Les médias

Le paysage médiatique camerounais est varié et dynamique. On y retrouve 03 principaux sous-secteurs la presse écrite, la presse audio-visuelle et la presse cybernétique.

Le sous-secteur de la presse écrite est animé par Cameroon Tribune, le quotidien gouvernemental ainsi qu'une diversité de journaux privés. En 2012, les statistiques présentent plus de 600 titres disséminés à travers l'ensemble du territoire national (Fichier national de la communication , 2012).

Le sous-secteur audio-visuel est dominé par la Cameroon Radio Télévision (CRTV), la chaîne nationale bilingue émettant sur l'étendue du territoire national, avec 10 stations régionales et des stations de fréquence modulée (FM). Selon les statistiques (Fichier national de la communication, 2012), le secteur privé qui l'accompagne est constitué de 132 chaînes de radios commerciales, 36 chaînes de radios communautaires, 42 chaînes de télévision et une centaine d'entreprises de télédistribution.

La presse cybernétique est en plein essor et compte plusieurs dizaines de journaux en ligne.

1.3.3.2. Le hors media

En dehors des moyens de communication mentionnés ci-dessus, d'autres sont utilisés : théâtre populaire ou communautaire, contes, scénettes, jeux de rôles, diapo-langage, photo-langage, communication interpersonnelle, publicité, marketing social, réseaux associatifs, crieurs publics, griots, joueurs d'instruments traditionnels....

1.3.3.3. Les télécommunications

En matière de téléphonie, le Cameroun dispose d'une capacité de plus de 8 millions de lignes avec un opérateur de téléphone fixe, quatre opérateurs de téléphonie mobile.

La richesse de ce réseau informationnel constitue un facteur favorable à la promotion des activités de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile.

1.3.4. Contexte sanitaire

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, le système national de santé est structuré en trois niveaux correspondant à des structures administratives, des structures de soins avec des rôles spécifiques.

Tableau 2: Le système de santé au Cameroun: Structures Administratives, Rôles et Structures Opérationnelles de Soins

Niveaux	Structures administratives	Rôles	Structures opérationnelles de soins
Central	Cabinet, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	Conception et élaboration de la politique et des stratégies du pays	Hôpitaux Généraux, Hôpitaux Centraux, CENAME
Intermédiaire	Délégations Régionales de la Santé Publique	Appui technique aux Districts de Santé	Hôpitaux Régionaux, CAPR
Périphérique	Le Service de Santé de District	Mise en œuvre des programmes en relation avec les communautés bénéficiaires	Hôpitaux de District et apparentés, Hôpitaux Privée à but non lucratif, CMA, CSI, Pharmacies

Source : Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015

Tableau 3 : Le système de santé au Cameroun: Structures administratives, compétences, structures de soins, structures de dialogue

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	- Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés CENAME	Conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux Districts de santé	Hôpitaux régionaux et assimilés CAPR	Fonds spéciaux régionaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	- Hôpital de District - Cliniques; - CMA; - CSI	COSADI; COGEDI COSA; COGE

Source: PDRH - État des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines - MINSANTÉ, 2012

Le secteur santé s'articule autour de trois sous-secteurs : le public, le privé et la médecine traditionnelle.

Le sous-secteur public comprend des structures sanitaires sous-tutelle du MINSANTE et d'autres administrations publiques à l'instar de la Défense, de la Sureté Nationale, de l'Administration Pénitentiaire, du Travail et de la Sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale), des Enseignements Secondaires, de l'Enseignement Supérieur, etc.

Le sous-secteur privé regroupe les structures sanitaires privées à but lucratif et non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales).

S'agissant de la médecine traditionnelle, l'Etat s'est engagé dans un processus d'encadrement et de valorisation de ce sous-secteur dont le cadre juridique est en cours d'adoption.

Tableau 4: Nombre de formation sanitaire par catégorie en 2001 et 2010

Catégories de formations sanitaires	Nombre en 2001	Nombre en 2010
Hôpitaux Généraux	4	4
Hôpitaux Centraux	3	3
Hôpitaux Régionaux et Assimilés	8	12
Services de Santé de District	143	181
Hôpitaux de District	130	164
Centres Médicaux d'Arrondissement	Non déterminé (ND)	155
Centres de Santé Intégrés publics	1689	1952 dont 1888 fonctionnels
Centres de Santé Privés à but non lucratif	ND	760
Cabinets de soins	ND	ND
Hôpitaux Privés à but non lucratif	ND	93 fonctionnels

Source: MINSANTE/DOSTS

Les données du tableau ci-dessus ne prennent pas en compte les formations sanitaires des ministères apparentés et celles non reconnues.

L'offre de structures de santé par Région est décrite dans le tableau ci-après :

Tableau 5 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services du pays en 2010

Régions	Population	CSI public	CS privé	CMA	НД	DS	Pharmacies privées	Ratio pop/CSI public	Ratio pop/CMA	Ratio pop/ (CMA+CSI+ CS)	Ratio pop/HD	Ratio pop/DS
ADAMAOUA	1015622	92	32	12	6	9	10	11039	84635	7468	169270	126953
CENTRE	3525664	370	201	36	28	30	101	9529	97935	5808	125917	121575
EST	801968	120	37	8	14	13	5	6683	100246	4860	57283	57283
EXTREME- NORD	3480414	260	48	15	24	30	13	13386	232028	10775	145017	124301
LITTORAL	2865795	151	111	12	18	24	107	18979	238816	10459	159211	159211
NORD	2059229	152	30	3	14	15	16	13548	686410	11131	147088	137282
NORD- OUEST	1804695	181	82	22	16	19	12	9971	82032	6332	112793	100261
OUEST	1785285	256	127	18	19	20	33	6974	99183	4452	93962	89264
SUD	692142	145	42	17	9	11	12	4773	40714	3393	76905	69214
SUD-OUEST	1384286	161	50	12	16	18	22	8598	115357	6208	86518	76905
TOTAL Pays	19406110		760	155	164	189	331	10279	125201	6923	118330	109023

Source: MINSANTE/DOSTS_2010/ RGPH 2010

L'offre physique des structures de santé semble globalement satisfaisante à l'échelle nationale. Toutefois, l'on note des disparités entre les Régions au regard de la population à la période de référence. Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'apprécier l'adéquation entre les formations sanitaires fonctionnelles et la demande de soins et de services (tableau 5).

Tableau 6 : Ratios des Centres de Santé Intégrés par rapport à la population

Régions	Populations	Nombre de CSI (publics et privés)	Ratios CSI/Population
ADAMAOUA	1015622	124	1/8190
CENTRE	3525664	571	1/6174
EST	801968	157	1/5108
EXTREME-NORD	3480414	308	1/11300
LITTORAL	2865795	262	1/10938
NORD	2059229	182	1/11314
NORD-OUEST	1804695	263	1/6861
OUEST	1785285	383	1/4661
SUD	692142	187	1/3701
SUD-OUEST	1384286	211	1/6560
TOTAL Pays	19406110	2648	1/7328

Source: extrait de MINSANTE/DOSTS_2010/ RGPH 2010

Il est à noter que jusqu'en 2012 le Cameroun compte 12 hôpitaux régionaux et assimilés, 03 hôpitaux centraux (HCY, HLD, HJY) et 04 hôpitaux généraux (CHUY, HGY, HGD, HGOPY).

Les régions de l'Est et de l'Ouest sont les mieux couvertes en formations sanitaires de premier niveau avec des ratios respectifs de 1/4661 et 1/5108. Cependant, ceci ne traduit pas forcément une meilleure couverture spatiale des cibles.

Par contre, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord sont les régions les moins couvertes, avec des ratios respectifs de 1/11314 et 1/11300.

1.3.5. Les intervenants dans le secteur santé

La mise en œuvre de la politique nationale de santé publique interpelle plusieurs intervenants, l'Etat, les collectivités territoriales décentralisées, les ménages et les communautés.

L'Etat intervient comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui-relais (Finance, communication, agriculture, etc.);

Les collectivités territoriales décentralisées (régions et communes) sont responsables de la gestion et de la mise en œuvre des plans de développement sanitaire communaux au niveau local.

A travers les lois N° 2004/018 et N° 2004/019 du 22 Juillet 2004, ces collectivités disposent de prérogatives leur conférant autorité en matière de i) création, équipement, gestion et entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional, ii) gestion de l'assistance au profit des nécessiteux et les impliquant dans l'organisation et la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels, en conformité avec la politique nationale de santé.

Les ménages et les communautés participent au co-financement et à la co-gestion du système de santé à travers les comités de santé.

1.3.6. Le financement du secteur santé au Cameroun

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont: l'Etat, les ménages et les partenaires techniques et financiers.

Budget de l'Etat

Tableau 7: Evolution du budget du MINSANTE de 2009 à 2013 au Cameroun

FINANCEMENT	2009	2010	2011	2012	2013
Budget de l'Etat (milliards de FCFA)	2301,4	2570	2571	2800	3236
Budget de l'Etat alloué au MINSANTE (milliards de FCFA)	113,33	123,701	151,810	151,420	162,448
Proportion du budget du MINSANTE par rapport au budget national (%)	4,92%	4,81%	5,90%	5,41%	5,02%
Accroissement annuel de la proportion du budget du MINSANTE par rapport au budget national(%)		9,15%	22,72%	-0,26%	7,28%

Source: Extrait des lois de finances du Cameroun de 2009 à 2013

D'après l'engagement pris à Abuja d'allouer au moins 15% du budget national à la santé, le Cameroun ne satisfait pas à cette exigence puisqu'en 2013, un pourcentage de 5,02% du budget national a été alloué au Ministère de la Santé Publique. Cependant, la proportion du budget de l'Etat attribué à la santé dans les ministères apparentés est difficile à capter.

Tableau 8 : Financement de la santé reproductive par sous-programme de 2009 à 2011

	2 009			2 010	2 010			2 011		
Programmes /Actions / Activités	Montant alloué (milliards FCFA)	Montant en % du budget de l'Etat	Montant en % du budget du MINSANTE	Montant alloué (milliards FCFA)	Montant en % du budget ETAT	Montant en % du budget MINSANTE	Montant alloué (milliards FCFA)	en % du	Montant en % du budget MINSANTE	
Budget de l'Etat	2301,4			2570			2571			
Budget du MINSANTE	113,3			123,7			151,81			
Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant	3,242			18,405			18,144			
Acquisition et distribution de Kits obstétricaux et de soins prénataux	0,302	0,01%	0,27%		0,00%	0,00%	0,0001	0,00%	0,00%	
Amélioration de la santé de la mère	0,724	0,03%	0,64%	0,713	0,03%	0,58%	0,2238	0,01%	0,15%	
Amélioration de la santé de l'adolescent	0,000	0,00%	0,00%	0,001	0,00%	0,0%	0,002	0,00%	0,00%	
Amélioration de la Santé de l'enfant	2,215	0,10%	1,95%	17,69	0,69%	14,30%	17,918	0,70%	11,80%	
Total général	3,242	0,14%	2,86%	18,41	0,72%	14,88%	18,144	0,71%	11,95%	

Banque Mondiale 2012 : Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS)

Un rapport récent de la Banque Mondiale indique que la santé de la mère et de l'enfant bénéficie d'une part minime (autour de 5%) des finances publiques alloués à la santé.

Le programme de santé de la reproduction a connu une augmentation de 83% de 2009 à 2010 dans le budget alloué au MINSANTE et ce montant est resté stable par la suite. L'on note que pour les trois années sus-mentionnées, la proportion du budget accordée au volet amélioration de la santé de l'enfant représente 64 à 97% du montant total consacré à la santé de reproduction. La santé de l'adolescent bénéficie d'une portion congrue dans les allocations budgétaires effectuées au sein du programme.

Il convient de noter qu'en matière de SRMNI, le financement de l'Etat est très faible. D'où la nécessité de mettre en place des mécanismes de financement adéquats et pérennes.

Les dépenses de santé sont également partagées par les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs. En 2010, ces paiements directs représentaient 94,5 % des dépenses privées de santé. Par ailleurs, les dépenses de santé sont prises en charge à travers le financement extérieur.

En 2010, il représentait 13,2% du budget (WHOSIS, 2012). Les soins de santé primaires constituent la principale destination du financement extérieur.

Les statistiques sanitaires OMS 2013 (données de l'année 2010 révèlent que les dépenses totales en santé représentent 5,1% du PIB. Ces dépenses totales en santé sont constituées à 29,6% des dépenses des administrations publiques pour la santé, et à 70,4% des dépenses privés pour la santé.

Tableau 9 : Répartition des sources de financement de la santé

Dépenses totales sur la santé par habitant ¹	Proportions
Dépenses privées de santé en % des dépenses totales	70,37
Ressources extérieures pour la santé (% des dépenses totales)	13,18
Dépenses publiques de santé (hors ressources extérieures et % des dépenses totales)	16,45
Part des paiements directs des ménages dans les dépenses privées	94,48

Source: WDI, 2012

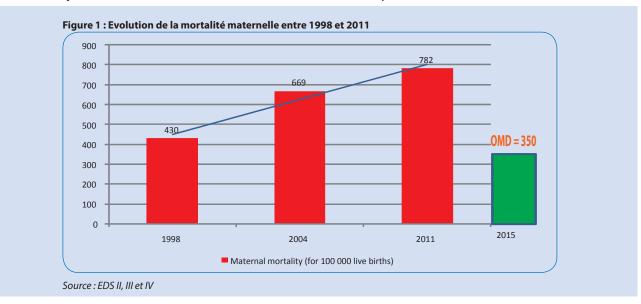
CHAPITRE 2 : ANALYSE SITUATIONNELLE

2.1. Analyse situationnelle de la santé de la reproduction à travers ses composantes prioritaires

Le Cameroun a retenu en 1999 les huit composantes prioritaires en matière de santé de la reproduction que sont : i) la santé maternelle et infantile, ii) la planification familiale, la lutte contre les IST et le VIH/Sida, iv) la lutte contre l'infécondité/l'infertilité et les dysfonctionnements sexuels, v) la lutte contre les pratiques néfastes à la santé, vi) la santé de reproduction des adolescents et des jeunes, vii), la lutte contre les cancers génitaux et mammaires, viii) la prise en charge de la santé de la reproduction des personnes âgées.

2.1.1. La santé maternelle, néonatale et infantile 2.1.1.1. La santé maternelle

La situation du Cameroun en matière de santé de la mère est particulièrement préoccupante puisque la mortalité maternelle a presque doublé entre 1998 et 2011 (EDS II et IV) passant de 430 à 669 décès de 1998 à 2004 puis évoluant à 782 décès en 2011. Alors que le Cameroun s'est fixé dans le cadre de la réalisation des OMD l'objectif de réduire la mortalité maternelle à 350 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015.



a) Causes de la mortalité maternelle

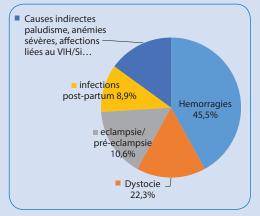
Le taux élevé de la mortalité maternelle est en partie dû à la faible utilisation des services de consultation prénatale par les femmes enceintes et un faible taux d'accouchements dans les formations sanitaires ou par un personnel qualifié. Ces indicateurs varient selon qu'on se trouve en milieu rural ou urbain.

Les causes directes majeures de la mortalité maternelle

Au Cameroun, les causes directes de la mortalité maternelle sont les hémorragies 45,5%, la dystocie 22,3%, l'éclampsie/pré-éclampsie 10,6% et les infections post-partum 8,9% (Etude SONU, 2010).

Les causes indirectes des décès maternels (9,8 % du total des décès) sont principalement le paludisme, les anémies sévères, les affections liées au VIH/Sida et les maladies cardio-pulmonaires.

Figure 2: Répartition des causes de la mortalité maternelle



Source: Etude SONU 2010

Causes sous-jacentes:

La mortalité maternelle s'explique également par des causes sous-jacentes et structurelles, liées notamment au faible accès des femmes aux services de soins et partant, à la faible utilisation des services de santé de reproduction, notamment la consultation prénatale recentrée, les soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence, la planification familiale.

Causes systémiques

Elles sont prises en compte dans l'analyse des goulots d'étranglement plus bas. Elles concernent essentiellement le cadre légo-règlementaire, la gestion et la disponibilité des ressources ou intrants.

b) Couverture des interventions prioritaires pour la mère

La Consultation Prénatale Recentrée (CPNR)

La CPNR est l'un des piliers de la réduction de la mortalité maternelle. Elle consiste en un ensemble de prestations dont le suivi clinique et paramédical de la grossesse, le counseling sur les signes de danger et les pratiques essentielles, y compris l'utilisation de la MILDA, la prévention du tétanos par le VAT, la prophylaxie de l'anémie par le fer et l'acide folique, le traitement préventif intermittent du paludisme et le soutien contre les carences en micronutriments.

Selon l'EDS-MICS 2011, malgré la couverture en première CPN de 84,7% (dont 95,6 % des femmes en milieu urbain contre 75 % en milieu rural), la déperdition dans le suivi des femmes conduit à un taux de CPN4 de 62,2 % (dont 77 % en milieu urbain et 50 % en milieu rural). Aussi, on note des disparités régionales, et les régions septentrionales ont les performances les plus basses, soit 87.8% pour l'Adamaoua, 59% pour l'Extrême-Nord, et 71.1% pour le Nord en CPN1. La couverture vaccinale contre le tétanos maternel et néonatal est de 59% pour le VAT2 +. Par ailleurs, la qualité du counseling est insuffisante, avec 49 % de femmes informées des signes de complications durant la grossesse.

Les causes de morbidité évitables demeurent fréquentes chez les femmes, notamment les anémies, la malnutrition, retrouvées chez 40% des femmes²; étant donné que beaucoup de femmes n'ont pas accès aux services de promotion de la santé et de la nutrition avant le 5^{ème} ou le 6^{ème} mois de grossesse. Il est important que les femmes en âge de procréer débutent leur grossesse dans un état nutritionnel optimal.

En outre, seulement 26 % des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de Traitement Préventif Intermittent (TPI) contre le paludisme et 41 % des femmes enceintes dorment sous MILDA (ECP-MILDA 2013, INS 2013), contre 17 % en 2011 (EDS-MICS 2011, INS 2012), ce qui reste largement insuffisant par rapport à l'objectif de couverture universelle de 80 % d'utilisation des MILDA.

La Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME)

Cette autre clé de la réduction de la mortalité maternelle adresse la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans un contexte de pandémie généralisée, avec une prévalence du VIH/Sida de 5,6% chez les femmes enceintes, selon EDS - MICS 2011. La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut se faire pendant la grossesse (20%), au moment de l'accouchement (6%), ou pendant la période de l'allaitement (15%). La transmission Mère-Enfant est la source d'infection VIH la plus importante chez les enfants âgés de moins de 15 ans. La PTME est un modèle de prise en charge familiale de l'infection à VIH. En effet, elle cible l'enfant, la mère, le partenaire et la famille. C'est une approche holistique et globale de prise en charge des cas de VIH/Sida. Depuis 2012, le pays a adopté une directive sur la PTME, l'option B+, suite aux recommandations de l'OMS. Cette option consiste en la mise sous ARV systématique de toutes les femmes enceintes séropositives dès le dépistage. Trois importantes recommandations entre autres avaient été faites

² On note 30% de malnutrition légère, 9% de modérémalnutrition modérée et 1% de malnutrition sévère.

sur la systématisation de la prophylaxie ARV dès la 14ème semaine de grossesse, la gratuité du comptage des CD4d'une part, et l'allaitement maternel exclusif protégé pendant les 06 premiers mois de vie d'autre part. La délivrance du traitement prophylactique de la PTME est gratuite pour la femme enceinte et l'enfant né de mère séropositive. C'est l'exclusivité des services PTME.

Le taux de séropositivité chez les enfants nés des mères séropositives testés à la PCR1 est de 8,4%³. Il est audessus de l'objectif de moins de 5% recommandée par l'OMS. Cette contreperformanceest liée entre autres au fait que la PTME est pratiquée dans moins de 20% des formations sanitaires, malgré une extension rapide de ce programme.

L'accouchement et les Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence (SONEU)

L'accouchement par un personnel qualifié est un autre levier pour la réduction de la mortalité maternelle. Il préconise un accompagnement de l'accouchement afin d'anticiper et de mieux gérer les complications non prévisibles à travers l'utilisation systématique du partogramme. Selon EDS MICS 2011), la moyenne des femmes accouchées par un agent de santé est de 63,6 %⁴; le pourcentage de femmes ayant accouché dans un service de santé est de 61,2%. Elle est superposable à l'accouchement par un personnel qualifié.

Sur cet aspect également, les régions septentrionales affichent les moyennes les plus basses :

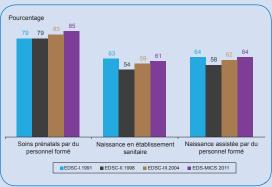
- Adamaoua: 66,9% (contre 34% en 2004),

- Extrême-Nord: 76,9% (contre 25% en 2004),

- Nord: 54,2% (contre 21% en 2004).

S'agissant de la CPoN, plus de la moitié des femmes n'ont reçu aucun soin (58%). Cette proportion atteint 79% dans la région de l'Extrême-Nord et 84% dans la région du Nord. Une proportion importante de décès maternels et de décès du nouveau-né surviennent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Cependant, 37% des femmes seulement ont reçu des soins postnatals au cours des deux premiers jours suivant l'accouchement.

Figure 3 : Soins prénatals, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement



Source : EDS 1991, 1998, 2004; EDS-MICS 2011

Les SONEU constituent un des maillons de la réduction de la mortalité maternelle. Ils visent la prise en charge exhaustive des accouchements et des complications éventuelles.

Selon EDS-MICS 2011, moins de 5% des complications de grossesse sont prises en charge dans les formations sanitaires.

Le taux national de prévalence de la césarienne est de 3,8%, en dessous de la plage de 5 à 15% recommandée par l'OMS⁵. Ceci est en partie tributaire de la mauvaise organisation du système de référence /contre- référence.

En 2010, une évaluation de soins obstétricaux d'urgence dans sept régions du pays avait montré que sur 61 établissements de santé SOUB visités, 4.8% seulement fournissaient toutes

les fonctions de soins obstétricaux d'urgence de base attendues et sur les 126 FOSA (hôpitaux de district et assimilés) devant fournir les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC), 26% répondaient aux exigences (Etude sur la Disponibilité, l'utilisation et la Qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun en 2010- MINSANTE/UNFPA). Il existe en moyenne 03 formations sanitaires SONU pour 500.000 habitants, alors que le standard est fixé à 05 Structures sanitaires SONU pour la même population dont une offrant des services SONU complets.

Le système de référence/contre référence reste encore largement défaillant et ne permet pas de gérer au mieux les cas compliqués. Selon les normes internationales, 15% des accouchements sont susceptibles de présenter des complications et 100% de ces complications obstétricales devraient être traitées dans

³ Ce taux varie de 4,3% au Littoral à 15,1% dans l'Adamaoua.

⁴ Cette moyenne nationale masque des disparités entre le milieu urbain (86.7%) et le milieu rural (46.7%)

⁵ Toutefois, les villes de Yaoundé et Douala sont à 9%.

les structures SONU. L'étude SONU 2010 montre que seul 8,7% de gestantes présentant une ou plusieurs complications obstétricales ont été traitées dans les formations sanitaires SONU.

Le dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales

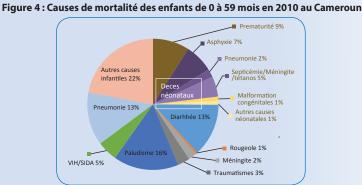
Les complications obstétricales sont très courantes chez les femmes des pays en voie de développement, touchant 16,5% d'entre elles.⁶ Parmi les complications obstétricales, la fistule obstétricale est l'une des plus invalidantes. Au Cameroun, selon la dernière enquête EDS-MICS 2011, la prévalence des fistules obstétricales est de 0,4% et les régions les plus touchées sont : le Centre, l'Est, l'Adamaoua, le Nord et l'Extrême-Nord. Dans les zones rurales où la fistule obstétricale est la plus répandue, les formations sanitaires sont situées à des distances considérables et les moyens de transport sont souvent rudimentaires. Les femmes ont recours aux accoucheuses traditionnelles qui ne reconnaissent pas toujours les signes de danger à temps et qui ne sont pas dotées des capacités requises pour pratiquer les interventions d'urgence salvatrices.

Dans le cadre de la lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun, le plan stratégique en cours prévoit les stratégies et interventions suivantes :

- Renforcer les efforts de prévention des fistules obstétricales à travers :
 - La promotion de la communication sur les fistules obstétricales, les facteurs favorisants la prévention et l'utilisation des services sanitaires à temps;
 - L'amélioration de la couverture des soins obstétricaux d'urgence sur l'ensemble du territoire national;
- La mise en place des actions de prise en charge globale des fistules obstétricales à travers :
 - Le renforcement des capacités des services de santé en vue d'une meilleure prise en charge médicochirurgicale et psychosociale des fistules obstétricales, avec au moins un centre de traitement des fistules obstétricales par région (dont un centre chargé de la formation);
 - L'organisation de la référence/contre-référence des cas de fistules obstétricales ;
 - La sensibilisation et la prise en charge psycho-social et la réinsertion sociale des femmes traitées;
 - La promotion de systèmes de partage de coût en faveur des soins obstétricaux d'urgence et de la prise en charge des cas de FO;
- Faire le plaidoyer et créer des alliances stratégiques pour l'élimination des fistules obstétricales à travers :
 - Un renforcement du plaidoyer à tous les niveaux ;
 - Un renforcement du partenariat et des réseaux.
- La coordination, suivi des interventions et recherche des stratégies adaptées à travers :
 - La mise en place d'un système de coordination des intervenants ;
 - Le monitoring régulier et évaluation annuelle des interventions ;
 - La recherche opérationnelle

2.1.1.2. La santé de l'enfant

Au Cameroun, la mortalité infanto - juvénile reste élevée (122 décès pour ‰ naissances vivantes). Elle est parmi les plus élevées, comparée aux autres pays de la sous-région : Ethiopie (77 pour 1000), Sénégal (65 ‰), Libéria (78 ‰), Gabon (66 ‰) (Committing to child survival. A promise renewed, 2012).



Source: Adapté des données de OMS/CHERG (2012)

⁶ Stratégie Nationale de Lutte Contre les Fistules Obstétricales 2005-2015 (MINSANTE)

2.1.1.2.1. La santé néonatale (0-28 jours)

La situation

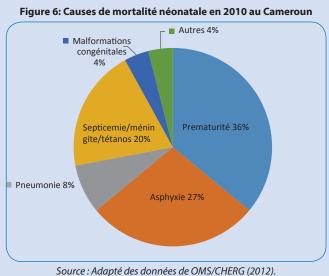
La mortalité néonatale représente au Cameroun 50 % des décès des enfants de moins d'un an et 26 % de ceux des enfants de moins de cinq ans. Après avoir baissé de 41‰ à 29‰naissances vivantes de 1998 à 2004, **la mortalité néonatale** a stagné à 31‰naissances vivantes en 2011.

Figure 5: Evolution de la mortalité néonatale par année Neonatal mortality (for 1000 living birth) 2004; 199 2011; 29

Source: EDS 1998,2004; EDS-MICS 2011

La mortalité néonatale est très influencée par le niveau socio-économique des mères. Ce taux moyen cache quelques disparités. Ainsi, elle varie de 29 ‰ en milieu urbain à 37 ‰ en milieu rural. Elle est faible dans la région de l'Ouest (16 ‰), et élevée dans le Sud-ouest (44 ‰)⁷. En comparaison, elle est en moyenne de 5 ‰dans les pays occidentaux. Les 2/3 des décès surviennent dans la première semaine de vie, soulignant la place des causes périnatales. Une proportion importante, mais difficile à chiffrer de cette mortalité, se produit dans la communauté, en dehors des formations sanitaires (EDS-MICS 2011). Dans le système de santé, la reconnaissance du nouveau-né comme entité spécifique n'est pas entièrement établie. Les neuf interventions recommandées par l'OMS pour la réduction de la mortalité néonatale ne sont pas suffisamment mises en œuvre. Il s'agit notamment de : i) la prise en charge de l'accouchement prématuré avec un focus sur l'utilisation des corticoïdes, ii) l'accouchement assisté avec l'utilisation systématique du partogramme, iii) les SONUB avec emphase sur l'accouchement vaginal assisté, iv) les SONUC avec focus sur la césarienne et la transfusion sanguine, v) les soins néonatals de base avec focus sur les soins du cordon, la normo thermie et l'allaitement maternel, vi) la réanimation néonatale, vii) les soins Kangourou, viii) le traitement des infections néonatales sévères avec utilisation des antibiotiques injectables, ix) les soins de soutien au nouveau-né malade et petits poids de naissance.

Les causes directes de la mortalité néonatale



Les principales causes directes de cette mortalité sont représentées par les complications de la prématurité (36%), l'asphyxie périnatale (28%), les infections (méningite et tétanos compris, 20%), la pneumonie (8%), les malformations congénitales (4%) et diverses autres pathologies (4%).

Le faible poids à la naissance (poids inférieur à 2500 g) et le retard de croissance intra-utérine (poids à la naissance compris entre le 3e et le 10e centile), sont deux importants facteurs de risque de mortalité chez les nouveau-nés.

Les causes indirectes de la mortalité néonatale sont: les **soins prénatals insuffisants chez la femme enceinte**, se répercutant sur la préparation de l'accouchement, la prévention du tétanos, de l'anémie et du paludisme, le dépistage et la prise en charge des complications obstétricales, du VIH/Sida et des infections survenues durant la grossesse. D'autres facteurs peuvent être évoquées notamment : l'insuffisance de la sensibilisation à l'allaitement maternel précoce et exclusif, la stimulation et les pratiques alimentaires adéquates chez la mère, les conseils sur l'alimentation pendant la grossesse et l'administration des suppléments nutritionnels. **La non-assistance de l'accouchement par du personnel de santé qualifié**, se répercutant sur la prise en charge des complications obstétricales et la survenue d'infections par l'absence de soins du cordon ombilical et le manque d'hygiène.

Les soins immédiats du nouveau-né à la naissance insuffisants, se répercutant sur le maintien d'une bonne température, la réanimation en cas d'asphyxie, la prévention de la conjonctivite et des hémorragies, l'administration du colostrum, l'initiation précoce à l'allaitement maternel et l'utilisation de la méthode Kangourou.

Les soins postnatals de l'enfant insuffisants, se répercutant sur la prévention de la transmission mère - enfant du VIH, la sensibilisation de la mère à l'allaitement maternel précoce et exclusif, l'alimentation chez la femme allaitante, les soins du cordon, la normo thermie, la prévention des maladies évitables par la vaccination, les lésions post-partum et la supplémentation en vitamine A (à travers la mère). Les sorties précoces des maternités et sans examens de dépistage des situations pathologiques, insuffisance du dépistage des signes de danger et mauvaise prise en charge du nouveau-né malade, absence de normes et standards de prise en charge du nouveau-né. L'intervalle inter génésique de moins de deux ans, le faible niveau d'instruction de la mère, etc. . . .

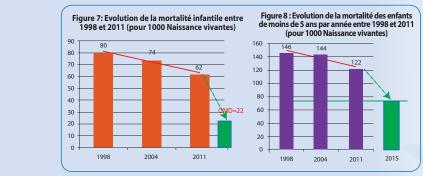
Les causes sous-jacentes de la mortalité néonatale liées aux services

L'insuffisance des infrastructures et du matériel de travail (intrants, couveuses, ventilateurs, aspirateurs etc...) et la faible accessibilité (financière) des soins au nouveau-né et l'insuffisance du personnel qualifié sont les principales causes sous-jacentes de la mortalité néonatales.

2.1.1.2.2. La santé infanto-juvénile (0-5 ans)

La situation

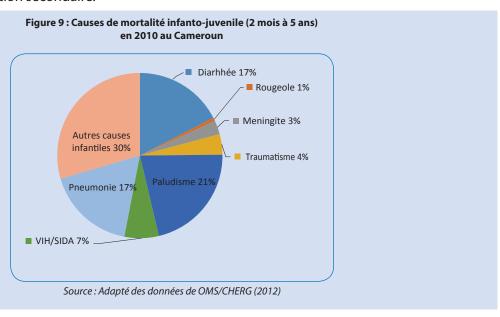
La mortalité infantile (0-1 an), a faiblement diminué, passant de 80‰ naissances vivantes en 1998 à 62‰ en 2011 (EDS II, III et IV), soit une réduction de moins de 2% par an (EDS II, III et IV 1998, 2004, 2011). La baisse de la mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) a été insuffisante, passant de 146‰ naissances vivantes en 1998 à 122‰ en 2011 (EDS II, III et IV), soit une réduction de seulement 1,3 % par an au lieu de 3 à 5% de baisse souhaitée chaque année. La mortalité des moins de cinq ans est nettement plus faible en milieu urbain (93 ‰) qu'en milieu rural (153 ‰).



Source: EDS 1998, 2004; EDS-MICS 2011

Les causes directes de mortalité infanto-juvénile

Chez les enfants de 02 mois à 05 ans, le paludisme (21%), la diarrhée (17%), la pneumonie (17%) et le VIH/SIDA (7%) constituent les principales causes de mortalité et sont étroitement liés aux mauvaises pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. La malnutrition en est une cause sous-jacente aggravante. La malnutrition chronique est cause de 14,7% des décès des enfants de moins de 05 ans. Les effets conjoints de : (i) la restriction de la croissance du fœtus, (ii) d'un allaitement non adéquat, (iii) de la malnutrition chronique, (iv) de la malnutrition aigüe, (v) des déficiences en vitamine A et en Zinc sont la cause de 44,7% des décès des enfants de moins de 05 ans. En outre, le niveau d'éducation des mères joue un rôle primordial dans la survie des enfants. Selon EDS MICS 2011, la probabilité de mourir avant cinq ans est de 175 pour 1000 pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction contre 77 pour 1000 lorsque celle-ci atteint au moins le niveau d'instruction secondaire.



Interventions prioritaires (haut impact) menées en faveur des enfants de moins de 05 ans

l a PCIME

Le Cameroun a adopté en 1998 la mise en œuvre de la PCIME dans le but de réduire la morbidité et la mortalité infantile. Actuellement, environ 35% des districts ont plus de 60% du personnel de santé formé en PCIME. En 2013, 70 DS sur 189 ont au moins 60% des prestataires formés en PCIME clinique. Son extension n'est pas effective tel que planifiée dans le PNDS à cause de la difficulté de mobilisation des ressources. Selon les données de la DSF, de 2009 à ce jour, 515 personnels ont été formées en PCIME pour renforcer les services. Depuis 2012, avec le développement du didacticiel IMCI Computarized Adaptation and Training Tool (ICATT) et face au coût élevé des formations classiques, le Cameroun est en phase d'expérimentation de l'utilisation de cet outil pour la formation du personnel. Une première évaluation d'ICATT a relevé les difficultés suivantes: faible accès à la connexion internet, absence de motivation financière et insuffisance de suivi .

La PCIME préconise une prise en charge holistique de l'enfant avec un focus sur les maladies les plus courantes que sont les IRA/pneumonie, la diarrhée, le paludisme (la fièvre), la malnutrition et les maladies évitables par la vaccination.

La Prise en charge des maladies

D'après l'EDSC-MICS 2011, parmi les enfants qui ont présenté les symptômes d'IRA, 44,7% ont consulté et 29,9% ont effectivement reçu un traitement antibiotique administré par par un personnel de santé. Le MINSANTE a signé le 16 Avril 2012 la note circulaire N° D31-22/NC/MINSANTE/SESP/SG/DSF autorisant l'utilisation de l'amoxicilline au niveau communautaire.

Les maladies diarrhéiques constituent la troisième cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq

ans. Les facteurs de ces maladies étant le manque d'eau potable, l'absence ou la non utilisation des latrines et le manque d'hygiène (hygiène corporelle, alimentaire etc.). Certaines activités ont été menées dans les régions prioritaires de l'UNICEF (Est, Nord, Extrême-Nord et Adamaoua), en vue de prévenir ces maladies d'origine hydrique. L'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC), qui a été expérimenté depuis 2009, a porté jusqu'en juillet 2013, de 50% à 88% le taux d'accès aux ouvrages d'assainissement au sein des communautés concernées. Globalement, le taux de défécation à l'air libre est de 7% au niveau national (EDS-MICS 2011).

L'accès à l'eau potable, levier privilégié de la prévention des maladies diarrhéiques est de 71% au niveau national.

Les pratiques essentielles dans la prise en charge des cas de diarrhée sont insuffisamment mises en œuvre : Très peu d'enfants souffrant de diarrhée reçoivent la SRO (17,2% selon EDS-MICS 2011),

S'agissant des enfants ayant présenté la fièvre, 26,9% ont recherché un traitement médical, 23.1% ont reçu un antipaludique dont 6% de l'ACT et 33.2% un antibiotique. Les régions du Nord et Extrême-nord sont les plus affectées et les enfants des milieux les plus pauvres paient le plus lourd tribut par rapport à ceux des milieux riches. La prise en charge du paludisme simple est gratuite depuis 2010 chez les moins de cinq ans dans les formations sanitaires. Le protocole de prise en charge des cas sévères de paludisme recommande depuis 2013 l'utilisation de l'artésunate injectable pour toutes les cibles.

La prise en charge des maladies courantes chez l'enfant qui se fait dans toutes les formations sanitaires du pays est très peu développée au niveau communautaire. Les agents de santé communautaire (ASC) existent pour quelques programmes (Paludisme, onchocercose, VIH) et la PEC intégrée à travers les ASC ne se fait qu'à petite échelle dans deux districts de santé de la région du Nord.

En période d'épidémie de choléra, l'approche de prise en charge communautaire des cas a été développée. Ce paquet d'activités comprend : la désinfection de l'environnement du malade, qui vise à neutraliser le vibrion cholérique, la sensibilisation des membres de la communauté sur les dispositions à prendre en cas de choléra, la vulgarisation des techniques simples de potabilisation de l'eau à domicile, la gestion des dépouilles mortuaires au sein de la communauté.

Le personnel de santé spécialisé dans la PEC des nouveau-nés et enfants notamment les pédiatres, gynécologues obstétriciens est très insuffisant et concentré dans les villes de Yaoundé et Douala.

L'allaitement maternel

La proportion d'enfants de moins de 06 mois exclusivement allaitée au lait maternel est faible (20%) ; soit un enfant sur cinq seulement ; 29% des décès d'enfants de moins d'un an sont imputables à une mauvaise pratique de l'allaitement maternel. L'introduction d'autres liquides ou suppléments est précoce.

Tableau 10: Evolution des taux d'allaitement au Cameroun

Indicateurs	1991	1998	2004	2011
Taux d'initiation précoce à l'allaitement maternel	-	37,7 %	31,9 %	39,9 %
Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois	7,3%	12,1%	21%	20%
Taux de poursuite de l'allaitement à 12 mois	76,9%	74,9%	83%	79.9%

Source: EDS II, EDS III etEDS-MICs 2011

On observe la mise au sein tardive des nouveaux nés, même lorsque l'accouchement est assisté par un personnel de santé (40% mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement, 71% dans les 24 heures après accouchement, EDS-MICS 2011).

L'alimentation de complément adéquate

Bien que la politique nationale d'alimentation et de Nutrition et les directives sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant soient adoptées depuis 2006, très peu d'action ont été menées pour assurer une alimentation adéquate à ces groupes cibles vulnérables. La mise en œuvre des actions essentielles en nutrition (AEN) dans 28 districts de santé du Nord et de l'Extrême-Nord a porté des fruits auprès des

communautés, mais il n'est pas suffisant. Une alimentation de complément adéquat chez les enfants de 6-59 mois, passe par la disponibilité alimentaire mais aussi par des bonnes pratiques au niveau de la communauté. C'est à noter que c'est une étape critique pour l'enfance.

La Supplémentation en vitamine A et Zinc

La supplémentation en vitamine A administrée chez les enfants réduit les causes de mortalité infantile de 24% et la mortalité liée à la diarrhée de 28%. La supplémentation des enfants et des mères en se fait à travers deux approches :

• La supplémentation en vitamine A intégrée dans le PEV de routine qui cible les enfants de 6-11 mois et lors des SASNIM pour les enfants de 6 à 59 mois.); chez les mère elle est administrée en post-partum immédiat après l'accouchement dans les formations sanitaires et pendant les SASNIM jusqu'à huit semaines après l'accouchement:

La supplémentation en Zinc chez les cibles à risque de déficience en zinc qui contribue à la réduction des cas de diarrhées, infections respiratoires aigü. Elle améliore la croissance et le gain pondéral au cours de la période infanto-infanto juvénile.

La prévention et le traitement de la malnutrition aigüeaigüe sévère

Les enfants qui souffrent de malnutrition aigüe sévère ont des risques élevés de décès. Au Cameroun, les régions septentrionales avec un climat de type sahélien, présentent des prévalences élevées pour la malnutrition aiguë. Les études SMART conduites chaque année montrent que la prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) est très importante, avec des taux de 48,3%, 47,5% et 44,3%, respectivement pour l'Extrême Nord, le Nord et l'Est, ce qui correspond à des situations critiques (Enquête SMART 2012). En fonction de la saison, les taux de malnutrition aiguë sévère dépassent les 2% pour les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. La prévention et le dépistage précoce sont importants. Au Cameroun, les CSI et les hôpitaux de 4 régions : Extrême- Nord, Nord, Adamaoua et Est disposent des centres de nutrition et des capacités à la prise en charge de la malnutrition aigüe. Mais ces services devront être aussi disponibles dans les régions aux fortes prévalences de VIH et intégrées dans les services CTA et des UPEC.

La vaccination

Selon les données administratives, la couverture au DTC 3 (antigène traceur) a augmenté de 79% à 85% entre 2005 et 2012. Entre 2009 et 2012, cette couverture fluctue autour de 80%. Toutefois, plusieurs campagnes supplémentaires de vaccination de masses sont organisées pour pallier à cette situation. Dans le cadre de l'Initiative d'Eradication de la Poliomyélite (JNV ou JLV tous les ans), les campagnes des années 2006, 2009 et 2012 ont permis de réduire la mortalité due à cette maladie de 80%. Le statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN) a été obtenu en novembre 2012. Un plan de maintien de l'élimination de ce TMN est en cours d'élaboration, ainsi que le Plan Stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020.

En plus, la SASNIM (Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle) institutionnalisée en 2008 est menée deux fois par an. Elle permet d'offrir un paquet d'interventions à haut impact et à moindre coût sur la santé de la mère et de l'enfant (supplémentation en vitamine A, déparasitage et dépistage nutritionnel, la prévention du paludisme chez la femme enceinte, la vaccination de masse ou de routine pour rattraper les enfants et les femmes incomplètement vaccinés entre autres). Cette intervention qui permet d'optimiser les gains de chaque activité menée isolément doit se poursuivre.

L'introduction progressive des nouveaux vaccins (Fièvre jaune, Hépatite B, Haemophilus influenzae b, pneumocoque) a permis de réduire la morbidité et la mortalité liées à ces maladies. Le vaccin contre les diarrhées à Rota virus est prévu en début 2014 et le vaccin contre la méningite à méningocoque A en 2015.

2.1.2. La Planification Familiale (PF)

La CIPD considère l'accès à la planification familiale comme un droit humain pour toute personne voulant limiter ou espacer les naissances. De plus, il est estimé que la mortalité maternelle peut être réduite de 27% si tous les couples désirant espacer ou limiter leurs grossesses avaient accès aux services de PF.8

⁸ Guttmacher Institute et UNFPA. Adding it up: The Cost and Benefits of Investing in Family Planning, Maternal, and Newborn Health.2011. 550,000 annualmaternaldeaths/150,000 fewermaternaldeaths

L'indice synthétique de fécondité demeure élevé au Cameroun en dépit du passage de 5,2 enfants par femme en 1998 à 5,0 en 2004 et 5,1 en 2011 (EDS III/EDS III/EDSIV-MICS). De manière générale, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste assez faible. La prévalence contraceptive moderne auprès des femmes en âge de procréer a évolué de 13,5 % en 2004 à 15,9% en 2011 (EDS /EDSIV-MICS). Cependant, l'utilisation des méthodes traditionnelles a baissé de 12,5% en 2004 à 7,5% en 2011 (EDS III/EDS IV-MICS). Il est généralement reconnu que les méthodes traditionnelles sont moins efficaces que les méthodes modernes.¹¹

Quant à l'utilisation des contraceptifs, force est de constater que les disparités socio-économiques et géographiques sont importantes avec 2,2% des femmes les plus pauvres utilisant une méthode moderne, contre 25,5% des femmes les plus riches (EDS IV-MICS). Les méthodes modernes auxquelles les femmes ont recours sont le condom masculin (10,8 %), les injectables (2,3%), les pilules (1,6%), et les implants (0,5 %), la stérilisation féminine (0,4%), les DIUs (0,2%), et le condom féminin (0,1 %) (EDS IV-MICS). L'usage des méthodes de longue durée reste faible. Le condom masculin, majoritairement utilisé pour la contraception, est relativement moins efficace que les autres méthodes modernes, mais offre la double protection contre les IST et le VIH et les grossesses non désirées.

Par ailleurs, la prévalence contraceptive auprès des jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs demeure faible (12,1%), ce qui entraine des accouchements précoces (31,2 %). En atteingnant 15 ans, 8% des femmes ont déjà eu au moins une naissance. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge : 55% ont eu une naissance avant d'atteindre 20 ans et 83% avant d'atteindre 25 ans (EDS IV-MICS).

Tableau 11 : Evolution de la prévalence contraceptive par méthode

Méthodes contraceptives utilisées par les femmes en âge de procréer	Prévalence contraceptive de chaque méthode			
Méthodes	2004	2011		
Stérilisation féminine	0,9%	0,4%		
Pilules	1,3%	1,6%		
DIU	0,2%	0,2%		
Injectables	1,1%	2,3%		
Condom Masculin	9.7%	10,8%		
Condom Féminin	0,0%	0,1%		
Jadelle	0,3%	0,5%		

Source: EDS 2004, 2011

Les besoins non-satisfaits en matière de PF au Cameroun ont augmenté de 14,5 % en 2004 à 16,6% en 2011 auprès les femmes en âge de procréer, ce qui pourrait pousser les femmes à opter pour les avortements provoqués (EDS II/EDS IV-MICS). Au Cameroun, 23,1% des avortements sont provoqués et le taux d'avortement des femmes de 15-35 ans au Cameroun se situe entre 30 à 40 % (Etude Camnafaw et Minsanté). Selon l'EDS-MICS 2011, 7% des femmes ont rapporté d'avoir pratiqué au moins un avortement provoqué. L'avortement provoqué reste une préoccupation majeure même si ce chiffre semble sous-estimé par rapport à la réalité¹².

La faible prévalence contraceptive et le taux élevé des besoins non-satisfaits sont liés en grande partie à la non-disponibilité des produits et des services de planning familial, notamment les ruptures fréquentes des stocks de contraceptifs dans les formations sanitaires, l'insuffisance des agents de santé formés surtout pour les méthodes de longue durée, la faible qualité des services fournis, la faible accessibilité financière et géographique aux différentes méthodes et services de PF et la dépendance aux financements extérieurs.

⁹ Dans l'EDS-MICS 2011, la MAMA est erroneusementconsidere comme methode moderne

¹⁰ Aupres les femmes en union, la prévalence contraceptive moderne a doublé depuis l'EDS II de 1998 passant de 7% à 12,5% en 2004 et à 14 ,4% en 2011 actuellement. Aupres les femmes non en-union mais sexuellement active, la prevalence a augmenté de 21,6% en 1998 à 46,6% en 2004 et 48,0% en 2011.

¹¹ Guttmacher Institute et UNFPA. Adding it up: The Cost and Benefits of Investing in Family Planning, Maternal, and Newborn Health.2011, 7.

¹² Une étude de l'Institut Guttmacher de 2003 estime que 20 % des jeunes femmes (20 à 29 ans) ont subi au moins un avortement provoqué. « Although abortion is highly restricted in Cameroon, it is not uncommon among young urban women». Guttmacher; 2003.

De plus, certaines normes socio- culturelles associées à la faible maitrise des méthodes contraceptives de longues durées limitent l'accès des femmes aux services de PF¹³.

Pour faire face à ces défis, des stratégies appropriées doivent être adoptées en vue de repositionner la planification familiale dans le paquet d'activités des formations sanitaires de toutes catégories. A cet effet, la planification familiale doit être intégrée aux autres services de santé appropriés.

Les interventions prioritaires sont :

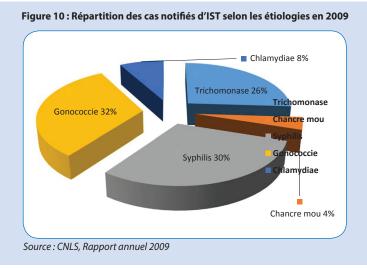
- Développer et mettre en œuvre un plan d'intégration de PTME, PF, et SONEU;
- Développer et mettre en œuvre un plan de formation/recyclage des personnels de santé en technique de planification familiale et surtout pour les méthodes de longue durée ;
- Développer et mettre en œuvre un plan de sécurisation des produits contraceptifs au niveau central, régional et périphérique ;
- Améliorer les infrastructures et compléter les équipements, y compris pour la stratégie avancée ;
- Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour le changement de comportement, y compris la mobilisation en milieu scolaire et au niveau communautaire ;
- Harmoniser les tarifs des contraceptifs et promouvoir l'accessibilité financière ;
- Augmenter le budget national pour la PF, dans l'objectif de renforcer la pérennité et la prévisibilité des finances.

ii.La lutte contre les IST, les Hépatites et le VIH/Sida

Au Cameroun, comme dans la plupart des pays en développement, les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un réel problème de santé publique. Elles représentent plus de 10% des motifs de consultation de la population sexuellement active.

Le syndrome le plus fréquemment évoqué est la douleur abdominale basse qui représente 57,2 % des cas notifiés chez les femmes.

Au plan des données épidémiologiques, les IST et le VIH/Sida partagent de nombreux points communs à savoir la transmission par voie sexuelle, les mêmes groupes à risque, les comportements à risque, les modes de prévention et les mêmes consultants.



Sur le plan sérologique, des études publiées par le Centre Pasteur de Yaoundé, font état d'une prévalence de la syphilis de 16,3% chez les filles libres de Yaoundé et Douala; et 2,8% chez les femmes enceintes (surveillance sentinelle 2001).

Selon les mêmes études, au plan des données bactériologiques, chez les hommes, le gonocoque représentait

¹³ « Utilisation des méthodes contraceptives de longue durée au Cameroun ». Etude TRAC PF 2012. ACMS.

2%, le chlamydia 32%, tandis que chez les femmes, le gonocoque représentait 8,8%, le Candida albicans 42% des PCV, Gardnerella vaginalis 31%, le Trichomonas vaginalis 3%. Chez les étudiants, 7,4% des infections urogénitales sont dues au Trichomonas vaginales.

Les IST sont cofacteurs de la transmission de l'infection à VIH. En général 40 à 50% des consultations en gynécologie concernent les infections pelviennes ou l'infertilité. Plus de 80% des cas d'infertilité sont dus aux IST. L'infécondité/infertilité concerne à la fois l'homme (35%) et la femme (65%). Les IST constituent les premiers facteurs de risque auxquels s'ajoutent les complications infectieuses des avortements provoqués et des accouchements septiques.

S'agissant du VIH, le Cameroun est en situation d'épidémie généralisée depuis les années 1990. L'EDS-MICS IV établit la prévalence du VIH à 4,3 % en 2011 pour la tranche d'âge de 15-49 ans. (5,6 % chez les femmes contre 2,9 % chez les hommes). Le milieu urbain est plus touché (4,8%) que le milieu rural (3,8 %) contre 6,7 % et 4,0 % en 2004). L'enquête de surveillance sentinelle menée en 2012 chez les femmes enceintes, révèle une prévalence de 7,8 %. L'impact social de l'épidémie à VIH/sida sur la population est important. De nombreux décès, enregistrés pour la plupart chez les adultes, laissent un nombre important d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV). En 2012, on estimait le nombre d'OEV du Sida à 388 621, contre 375 300 en 2010 (CNLS, Rapport EPP Spectrum, 2010-2020).

S'agissant de la Tuberculose, on constate une recrudescence des cas au sein de la population générale. Cette évolution s'est accentuée avec l'apparition du VIH dont la prévalence chez les patients tuberculeux est passée de 38,9 % en 2006 à 40,4 % en 2008, puis à 45,5% en 2010.¹⁴

iii.La lutte contre l'infertilité/infécondité et les dysfonctionnements sexuels

L'infertilité /infécondité est l'incapacité d'un couple d'avoir une grossesse après une année de relations sexuelles non protégées, régulières et sans contraception.

Les données statistiques sont rares dans notre milieu du fait de l'insuffisance des recherches dans le domaine. Il a été décrit des zones d'infécondité dans plusieurs pays d'Afrique : Cameroun, République Centre Africaine; Gabon, République Démocratique de Congo, Togo, Tanzanie, Soudan et le Kenya.

Près de 40% de consultations de gynécologie concernent l'infertilité.

Plus de 80% des cas d'infertilité surviennent dans un contexte d'IST.

Environ 70% des femmes qui consultent pour infertilité ont eu précédemment un avortement dans un contexte à risque de complications, que ce soit un avortement spontané ou provoqué.

Les facteurs étiologiques de l'infertilité en Afrique subsaharienne :

- Facteur masculin: 40%;
- Facteurs féminins : 50%;
 - Facteur cervical (femme): 5-10 %;
 - Facteur utérin (femme): 15-20 %;
 - Facteur tubaire (Femme): 45-55 %;
 - Facteur inexpliqué: 4-10 %.

La lutte contre l'infertilité/infécondité bénéficie d'un programme de lutte contre les IST et d'un protocole de prise en charge syndromique des IST. Cependant, l'on note une insuffisance des services de planification familiale, de chirurgie endoscopique et d'assistance médicale à la procréation (deux centres à Yaoundé et à Douala, dont les coûts sont très élevés) et une inégale répartition des spécialistes en gynécologie et obstétrique ainsi que l'absence d'approche intégrée pour les soins d'infertilité. Par ailleurs, il est également relevé une insuffisance d'études sur l'étendue, les causes, la distribution et l'impact de l'infertilité, ainsi que la non prise en compte de l'infertilité/infécondité comme une composante prioritaire du programme SR. En outre, l'absence de normes et procédures dans le domaine de la prise en charge de l'infertilité, l'absence de législation concernant l'AMP sont à mentionner. Enfin, la prévalence des avortements provoqués et des IST surtout chez les adolescents dont les besoins en contraceptifs ne sont pas couverts du fait de l'insuffisance

¹⁴ Profils des estimations et projections en matière de VIH au Cameroun 2010-2015 CNLS-MINSANTE.

des centres conviviaux de SR pour adolescents créés mais non fonctionnels par manque d'infrastructures dont les services sont offerts dans les 434 CMPJ au Cameroun figure parmi les faiblesses dans ce domaine.

Les dysfonctionnements sexuels les plus courants sont : i) éjaculation précoce, ii) perte de désir sexuel, iii) érection absente ou insuffisante pour entretenir les rapports sexuels, iv) absence de plaisir sexuel chez la femme ou frigidité.

La situation sur le dysfonctionnement sexuel est encore plus sombre car aucune donnée d'enquête à large échelle n'est disponible. L'imagination populaire est très fertile dans ce domaine et la rumeur sur les vertus thérapeutiques de plusieurs boissons ou décoctions végétales très répandue.

iv.La lutte contre les Fistules Obstétricales

Les complications obstétricales sont très élevées chez les femmes des pays en voie de développement, touchant 16,5% d'entre elles. Parmi ces complications, la fistule obstétricale est l'une des plus invalidantes. Au Cameroun, selon la dernière enquête EDS-MICS 2011, la prévalence des fistules obstétricales est de 0,4 % et les régions les plus touchées sont : le Centre, l'Est, l'Adamaoua, le Nord et l'Extrême-Nord.

La fistule obstétricale survient généralement chez les femmes jeunes, analphabètes, pauvres, de petite taille, qui accouchent pour la première fois et qui ont eu en moyenne 3 à 4 jours de travail, faute d'accès aux services de santé, notamment aux soins de santé maternelle et procréative. Dans les régions rurales où la fistule obstétricale est la plus répandue, les formations sanitaires largement dispersées sont situées à des distances considérables et les moyens de transport sont souvent rudimentaires. Les femmes s'en remettent souvent à des accoucheuses traditionnelles, qui ne reconnaissent pas toujours les signes de danger à temps et qui ne sont pas dotées de toute façon des capacités requises pour pratiquer les interventions d'urgence salvatrices.

Les types de fistules les plus rencontrées sont les fistules vésico-vaginales 79%, les fistules recto vaginales 1 à 8 % et une combinaison des deux 1 à 23 %.

Une grande proportion (81,4%) des victimes ont gardé leurs fistules pendant plus d'une année. Cette situation est aggravée par la culture de honte et de silence qui prévaut chez les femmes atteintes et qui fait qu'elles ne puissent pas chercher de l'aide à temps. Au Cameroun, les facteurs prédisposant les femmes au développement des fistules sont : l'insuffisance des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les formations sanitaires, le faible taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les formations sanitaires, les mariages et grossesses précoces et le taux élevé d'analphabétisme chez les femmes.

Selon l'EDS-MICS 2011, les femmes âgées de 15 à 49 ans ont une faible connaissance de la fistule obstétricale. En effet, la proportion de femmes de 15-49 ans ayant entendu parler de cette maladie est de 23%. Cette connaissance varie selon les caractéristiques sociodémographiques de la femme. La proportion de femmes qui connaissent la fistule augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 14 % chez les femmes de 15-19 ans à un maximum de 32% chez celles de 40-49 ans. Les femmes ayant déjà eu une naissance vivante ont déclaré plus fréquemment connaitre la fistule obstétricale (26%) que celles qui n'en ont jamais eu (16%). On constate également des disparités entre les régions : dans l'Extrême-Nord (31%) et dans le Centre (30%), une proportion relativement importante de femmes connaît la maladie. À l'opposé, dans les régions du Sud (15%) et dans l'Adamaoua (16%), les proportions sont plus faibles.

v.La lutte contre les pratiques néfastes

Les pratiques néfastes les plus couramment rencontrées sont : les violences sexuelles et domestiques, les mutilations génitales féminines, les mariages précoces et le lévirat/sororat.

On entend par violence sexuelle, tout acte posé par une personne usant de force, d'intimidation ou de ruse (du viol et inceste des petites filles) pour contraindre son semblable à des rapports sexuels non consentis. Il peut s'agir également du viol, de la violence conjugale, du mariage forcé, du proxénétisme, de l'excision, etc. Ces actes, qu'ils se produisent au sein du couple, de la famille, de la communauté, sur le lieu de travail, entraînent des conséquences néfastes tant pour la santé de la reproduction que pour la santé physique,

mentale et sociale des victimes et les empêchent de jouir de leurs droits et libertés.

L'inceste qui désigne les relations sexuelles entre les membres de la même famille est une pratique interdite. Il prend cependant différentes formes selon les formations sociales.

Parmi les facteurs favorisant, on peut citer: le statut social défavorisé de la femme, la pauvreté, l'indifférence de la communauté face aux actes de violence sexuelle et conjugale, la persistance du refus des victimes d'en parler, l'inexistence de structures de prise en charge adéquates, le faible niveau d'éducation et l'analphabétisme d'une grande majorité des femmes qui vivent dans l'ignorance de leurs droits et de leurs devoirs, certaines coutumes et traditions opposées à la scolarisation de la jeune fille et à l'épanouissement de la femme dans certaines régions du pays, ainsi que l'impunité de ces actes de violence. Les données concernant ce thème ne sont toujours pas disponibles, ou si elles existent, elles proviennent de quelques associations.

Selon une étude de l'UNFPA, MINJEUN et BUCREP, en 2011¹⁵ la proportion de jeunes femmes de 10 à 15 ans ayant débuté leur vie féconde est de 6,8% au Cameroun. Cette proportion atteint les 53,1% à l'âge de 19 ans (47,3% déjà mères et 5,9% encore enceintes). La proportion des adolescentes (femmes de 15 à 19 ans) qui ont débuté leur vie féconde selon le niveau d'instruction est de 47,4% chez celles sans instruction, 33,4% chez celles qui ont le niveau du primaire et 18,1% chez celles qui ont le niveau du secondaire et plus.

Selon l'EDS- MICs 2011, l'âge médian du mariage chez les femmes âgées de 10-24 ans selon le niveau d'instruction est de 15,6 ans chez celles qui n'ont aucun niveau d'éducation, de 19,8 ans pour le niveau primaire et plus. Selon l'étude de l'UNFPA, MINJEUN et BUCREP en 2011, la proportion de jeunes femmes de 10 à 15 ans ayant débuté leur vie sexuelle active est de 18% au Cameroun. Cette proportion est de 11,5% pour les garçons de 15 à 19 ans.

S'agissant de la pratique de l'excision, l'enquête EDS III (2004) montre que 1,4% des femmes ont été excisées. La pratique de l'excision est un peu plus courante chez les femmes en milieu rural (2%), les femmes de l'Extrême-Nord (5%), du Nord (2%), du Sud-ouest (2%) et chez les femmes musulmanes (5%).

Le repassage des seins constitue une pratique déshonorante pour la jeune fille du fait des séquelles physique et psychologique. Au Cameroun, 24% jeunes filles ont subi cette pratique (RENETA, 2006)

Le massage utérin traditionnel est une cause fréquente des hémorragies du post partum. Une étude menée au Cameroun par RENATA en 2007(Gerd EPPEL, août 2007) démontre que 80% des femmes subissent le massage utérin traditionnel après l'accouchement.

Lévirat et sororat

Le lévirat est le remariage d'une veuve avec le frère de son mari. Dans la pratique, le lévirat connaît des formes diverses. Selon la loi hébraïque, il est l'union entre un homme et la veuve de son frère mort sans enfant afin de perpétuer le nom du défunt et d'assurer la transmission du patrimoine. Par contre, dans certaines sociétés surtout africaines, ce type particulier de mariage est une pratique coutumière selon laquelle une veuve, ayant ou non des enfants, épouse le frère de son défunt mari. Cette pratique, souvent forcée peut être combinée à la polygamie.

Par contre, le sororat est le remariage d'un veuf avec la sœur de son épouse. Une coutume particulièrement acceptée lorsque la défunte laisse derrière elle des enfants en bas âge. La raison évoquée est qu'elle pourrait mieux s'occuper des enfants de sa défunte grande sœur.

Dans un document publié le 29 novembre 2004, l'Association Camerounaise de lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF) signale que dans la région de l'Extrême Nord du Cameroun, le lévirat est très répandu au sein de tous les groupes ethniques¹⁶. Par ailleurs, dans la partie occidentale du Cameroun, et notamment chez les Bamilékés, il arrive souvent que le fils aîné d'un chef traditionnel épouse la veuve ou les veuves de son père, à l'exception de sa mère.

¹⁵ Un Cameroun de 20 Million : Face aux Défis de la Jeunesse, par BUCREP, UNFPA et MINJEUN en 2011

¹⁶ http://www.irb-cisr.gc.ca:8080/RIR_RDI/RIR_RDI.aspx?id=449461&l=f

Les causes sous-jacentes de ce phénomène sont l'analphabétisme, le poids de la tradition, le manque d'activités génératrices de revenus, l'ignorance des lois, les lois inadaptées, le vide juridique, la peur des grossesses hors mariage de la part des parents, la confusion entre la religion et la tradition, la faible participation des femmes à la prise de décision et la corruption.

Toutefois, le lévirat et le sororat sont dénoncés comme étant des pratiques rétrogrades, limitant les droits des femmes, véhiculant aussi l'idée qu'une femme fait « partie de l'héritage ». De nos jours, le lévirat et le sororat constituent pour les femmes, une source d'exposition au VIH/Sida.

vi.La Santé de la Reproduction des Adolescents/jeunes (SRA)

D'après le 3ème RGPH, les moins de 25 ans représentent 64,2% de la population camerounaise dont 34,1% sont âgés de 10 à 24 ans. Ces jeunes sont de plus en plus exposés aux problèmes de santé de la reproduction en raison de la conjonction de plusieurs facteurs: aggravation de la pauvreté, conflits sociaux, épidémies, faible accès aux soins, précocité de la puberté, relâchement de l'encadrement familial. Ces facteurs conduisent à une augmentation de l'incidence des maux qui figurent au premier rang des menaces qui pèsent sur la santé des adolescents à savoir, les infections à VIH, les IST, et les grossesses précoces qui entrainent des avortements clandestins et une morbidité élevée du fait des maternités précoces.

Malgré des bonnes connaissances sur les méthodes contraceptives (91% de femmes et 100% d'hommes dans la tranche de 15-19 ans, 94% de femmes et 98,4% d'hommes chez les 20-24 ans connaissent au moins une méthode contraceptive), les jeunes et les adolescents ont le taux de prévalence contraceptive le plus bas. Chez les filles de 15-19 ans, seulement 12,1% utilisent une méthode moderne, dont (11% utilisent les condoms masculins et 1,1% utilisent les autres méthodes modernes).¹⁷

Selon l'EDS-MICS 2011, l'âge au premier rapport sexuel était plus précoce chez les filles que chez les garçons. Il était de 10 à 14 ans pour les filles et 15 à 18 ans pour les garçons. En effet, 16% de femmes contre 11% d'hommes avaient déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans. En outre, les résultats montrent que parmi les personnes de 18-24 ans, 60 % de femmes et 49 % d'hommes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans.

Au Cameroun les jeunes sont parfois victimes de certaines pratiques sexuelles néfastes telles que les mariages précoces et ou forcés, les mutilations génitales de la femme. Ces pratiques s'observent généralement en milieu rural. Ainsi, 17 % des femmes de 25-49 ans étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Pourtant l'ordonnance n° 81/062 du 29 juin 1981 fixe l'âge minimum au mariage à 15 ans pour les filles et à 18 ans pour les garçons.

Dans l'ensemble, 20% des femmes ont été forcées à avoir leurs premiers rapports sexuels au Cameroun. Cette proportion décroit avec l'âge : elle est maximale avant l'âge de 15 ans (30 %), reste encore élevée parmi les femmes entre 15 et 19 ans (18%), pour atteindre 8% entre 20-24 ans .¹⁸

S'agissant des structures d'encadrement de la santé des adolescents, en plus du Ministère de la Santé Publique, plusieurs départements ministériels (en charge de la Jeunesse et de l'Education Civique, de l'Education de Base, des Enseignements Secondaires, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur, Affaires Sociales, Promotion de la femme et de la Famille) développent des programmes d'Education à la Vie Familiale (EVF), d'Education en Matière de Population (EMP), et assurent un encadrement des jeunes en milieu scolaire et extra scolaire. Plusieurs associations ont également vu le jour et œuvrent dans ce domaine.

Au niveau du Ministère de la Santé Publique, la faiblesse réside dans l'inexistence de structures adaptées ou du moins l'inexistence d'espaces aménagés pour prendre en compte les problèmes spécifiques de santé des adolescents (cliniques adaptées à leurs problèmes, counseling, planning familial, les espaces conviviaux). Les services, notamment de planning familial, sont inaccessibles aux jeunes. Ils rencontrent beaucoup de

¹⁷ EDS-MICS 2011, p.104.

 ¹⁸ Un Cameroun de 20 Million: Face aux Défis de la Jeunesse, par BUCREP, UNFPA et MINJEUN en 2011

barrières : culturelles, économiques, l'attitude discriminatoire des prestataires de services. Dans les supports de collecte des données de routine, il n'existe pas de rubriques pouvant permettre de capter les informations sanitaires spécifiques aux jeunes et aux adolescents.

Au Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique, les centres multifonctionnels de promotion des jeunes (CMPJ) nouvellement créés ne disposent en général pas d'infrastructures d'accueil et d'écoute. Dans les CMPJ existants, le personnel n'est pas toujours bien outillé pour répondre aux besoins d'encadrement des jeunes en matière de santé de la reproduction. Par ailleurs, il n'existe que très peu d'activités de sensibilisation et d'information des jeunes et des adolescents, celles existantes ne concernant généralement que les jeunes et les adolescents des zones urbaines.

Au Ministère de l'Enseignement Supérieur, les centres médico sociaux sont sous utilisés par les jeunes du fait du manque de communication, de l'insuffisance des infrastructures adaptées et du personnel qualifié.

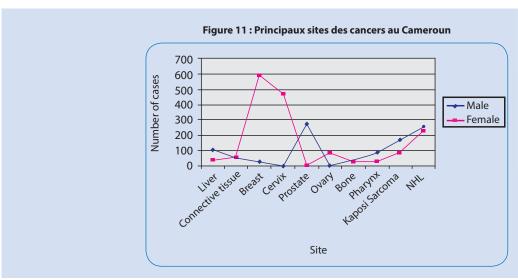
Au Ministère des Enseignements Secondaires et au Ministère de l'Education Base, les infirmeries scolaires ne pratiquent très souvent que les premiers soins sans aucune prise en charge des problèmes liés aux comportements sexuels (puberté et ses conséquences).

Aucune véritable synergie d'actions, ni plate-forme d'échange n'existe entre les différents ministères en charge des jeunes tant sur le plan de leur encadrement sur le terrain que sur la coordination des programmes et projets initiés en leur faveur. Bien plus, les messages communs adaptés aux jeunes et aux adolescents sont soit non élaborés, soit non partagés par ces départements.

vii.La lutte contre les cancers génitaux et mammaires

Selon le Programme National de Lutte contre le Cancer, au Cameroun, il y a environ 12 000 nouveaux cas de cancer par an avec une prévalence de 25 000 cas en 2010. Sur une population de 18 millions d'habitants, on avait un taux de 110 cas par 100 000 habitants. Malheureusement, plus de 80% des cas sont reçus dans les services de soins à un stade avancé. C'est ainsi que ces cancers sont causes de 8-10% de la mortalité au niveau national. Les cancers les plus fréquents sont ceux du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du foie et les lymphomes.

Plus de 80% de personnes atteintes se font dépister à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent le diagnostic (EDS MICS, 2011).



La venue du VIH/Sida a vu une augmentation de ces cancers. De plus en plus, des cancers sont dépistés chez les jeunes. L'âge moyen de survenue du cancer est passé de 57 à 43 ans actuellement.

De plus, la HPV (Human papilloma virus) qui est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde est la cause du cancer du col utérin.

La corrélation avec le cancer du col utérin a été établie depuis des décennies. Chez les femmes camerounaises, les cancers du col de l'utérus et du sein sont très fréquents et causent près de 22 % des tumeurs. 70% des malades reçues pour les cancers gynécologiques souffrent du cancer du col de l'utérus.

Malgré ce tableau, au Cameroun on note une régression de l'incidence et de la mortalité liée aux cancers depuis l'avènement des campagnes de dépistage.

En octobre 2005, le vaccin contre le papillomavirus type 6, 11, 16 et 18 a été mis sur le marché. Ce vaccin nommé Gardasil est de nature à prévenir les lésions précancéreuses et les cancers non invasifs du col de l'utérus dus aux papillomavirus de type 6, 11, 16 et 18. La mise en œuvre a débuté dans deux districts de santé pilotes (Foumban et Edéa).

viii.La prise en charge de la santé de la reproduction des personnes âgées

Bien que l'espérance de vie ne soit que de 52 ans (Rapport sur le développement humain, 2013), la population des personnes âgées (60-65 ans et plus) tend à augmenter grâce aux progrès de la médecine, ce qui crée un besoin en matière de santé de la reproduction chez les personnes âgées (les cancers génitaux, les IST/VIH, ménopause/andropause et leurs complications, les dysfonctionnements sexuels). Selon l'EDS-MICs de 2011, 2,3% des personnes âgées de 50-59 ans avaient une IST, 2% un écoulement du pénis, 2,3% une plaie/ulcère génital et 4,7% une IST/ écoulement/plaie ou ulcère. Pour y faire face, le Ministère de la Santé Publique a retenu la prise en charge de leur santé reproductive comme l'une des priorités de ses interventions. Ceci s'est traduit par la création d'un service en charge de la SR des personnes âgées.

La santé reproductive des personnes âgées est confrontée à de nombreuses barrières parmi lesquelles l'ignorance des questions y relatives par les populations et le personnel médical d'une part, et l'insuffisance de l'offre des soins de SR aux personnes âgées d'autre part (pas de structures adaptées, insuffisance de personnel formé pour la gestion de la ménopause, andropause, des dysfonctionnements sexuels, etc.).

Malgré la volonté politique affichée, cette composante du programme tarde à connaître un développement visible. On peut néanmoins relever des points forts et opportunités à saisir pour améliorer la qualité des soins offerts à ce groupe de personnes comme l'existence d'un Programme National de Lutte contre les Cancers qui organise des campagnes annuelles de dépistage des cancers du sein, du col utérin, de la prostate et l'existence de documents de PNP qui prend en compte la SR des personnes âgées et l'ouverture en 2014 d'une école d'infirmiers spécialisés en gériatrie par le MINSANTE.

2.2. Analyse des goulots d'étranglement des services SRMNI

L'analyse de la situation indique qu'il y a 06 goulots d'étranglement structurels/endogènes et 07 goulots d'étranglement systémiques qui empêchent la couverture effective des services SRMNI (annexes 3).

2.2.1. Les goulots d'étranglement structurels/endogènes majeurs

Les goulots d'étranglement structurels/endogènes sont les suivants :

Faiblesse du cadre institutionnel et réglementaire pour la mise en œuvre des activités de SRMNI caractérisée par :

- La non actualisation des cadres stratégiques et opérationnels, des documents normatifs pour la SRMNI : plan de sécurisation des produits contraceptifs, protocoles de prise en charge SRMNI, modules de formation PCIME ;
- · Absence de stratégie de financement de la santé ;
- L'insuffisance de cadre réglementaire pour l'utilisation des moyens logistiques dans le cadre des référencescontre-références et évacuations des urgences.

Insuffisance dans la gestion et coordination des acteurs principaux dont les causes sont :

- la faible implication des acteurs principaux (directions du MINSANTE, DRSP, Districts de santé, communautés, ONG, société civile, PTF) à tous les niveaux de gestion et de prise de décision : planification, budgétisation, mise en œuvre et évaluation ;
- le manque de transparence dans la gestion ;
- l'insuffisance du leadership de la part du Gouvernement.

Ruptures fréquentes de stocks d'intrants (médicaments, consommables, et équipements)

Elles sont essentiellement causées par :

- Le faible système de gestion des intrants et le manque d'intégration de l'information pour la prise des décisions entre la CENAME et les CAPR/Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS) et entre les différents CAPR/FRPS. Ceci entraine des insuffisances dans la quantification et la planification des besoins en intrants.
- La forte dépendance du gouvernement vis-à-vis des bailleurs de fonds en matière de financement, d'achat et de distribution des médicaments essentiels, consommables médicaux et intrants nutritionnels.
- La faible capacité des acteurs en gestion logistique de médicaments et consommables médicaux et intrants nutritionnels.

Insuffisance en ressources humaines

L'insuffisance de ressources humaines s'explique essentiellement par la faible mise en œuvre du Plan de Développement des RHS 2013- 2017. Cette situation s'explique entre autres par :

- La suspension prolongée des recrutements et des divers départs du personnel du système (retraite ; décès; départ à l'étranger, abandons de poste, etc.) ;
- Le déploiement déséquilibré du personnel en faveur des grandes villes aux dépends des zones rurales et/ ou reculées souvent d'accès difficile;
- L'instabilité du personnel aux postes pour des raisons diverses ;
- Mauvaise identification des prestataires à former quand les opportunités se présentent ;
- L'insuffisance des moyens financiers pour l'organisation des formations continues ;
- La faible incitation du personnel à la performance due notamment au bas niveau de traitement des agents de santé :
- L'insuffisance de mécanismes de fidélisation des RHS dans les zones rurales.

Faible suivi et évaluation des interventions SRMNI

- La faible complétude et promptitude des données de SRMNI issues du système d'informations sanitaire ;
- Faible analyse (absence d'outils de synthèse harmonisés), documentation et archivage des données inadéquats;
- L'insuffisance des supervisions formatives à tous les niveaux et absence de retour d'informations ;
- L'utilisation insuffisante des données disponibles pour la prise de décision ;
- L'insuffisance du monitorage et de l'évaluation.

Faible continuité dans la demande et l'utilisation des services de SRMNI

Très souvent après l'utilisation initiale des services, on note une chute brusque par la suite. Ceci s'explique par:

- Le non-respect des tarifs officiels en vigueur et la non harmonisation des coûts des prestations entre formations sanitaires de même niveau qui laisse libre cours à des pratiques déviantes, renforçant l'inaccessibilité financière aux soins ;
- Le mauvais accueil des clients par le personnel caractérisé par l'insolence, l'extorsion financière, des longues attentes dans la dispensation des soins, etc.;
- La sensibilisation insuffisante des patients sur l'importance de services de soins SRMNI;
- L'existence de croyances et pratiques défavorables à l'utilisation des services de soins SRMNI.

Faible organisation et financement insuffisant des interventions sous directives communautaires

Ceci s'explique par:

- L'absence d'un cadre réglementaire et institutionnel pour l'organisation des interventions sous directives communautaires telles que la PCIME communautaire, la PF, le suivi post-natal communautaire, la référence par les accoucheuses traditionnelles ;
- L'insuffisance de financement aussi bien par les collectivités locales décentralisées que par le budget de l'Etat :
- La gestion/coordination insuffisante des acteurs (interventions trop verticales par les programmes et acteurs);
- La faiblesse du leadership communautaire dans ses propres activités ;
- L'absence d'implication des acteurs communautaires à tous les niveaux de décision.

2.2.2. Les goulots d'étranglement systémiques

Certains de goulots d'étranglement identifiés lors de l'analyse situationnelle sont d'ordre systémique. Ces goulots d'étranglement sont répertoriés dans les domaines des normes sociales, des facteurs légaux et politiques, du budget/dépenses et de la gestion/coordination. Il s'agit de :

Normes sociales

- La persistance des croyances et pratiques traditionnelles néfastes entretenues par l'insuffisance de communication pour le changement de comportement ;
- La faible autonomie des femmes limitant l'accès aux services SRMNI;
- L'insuffisance d'accompagnement et de participation active des hommes aux services SRMNI.

Facteurs légaux et politiques

- L'absence d'un cadre légal ou réglementaire pour la conduite de certaines interventions comme l'accouchement assisté;
- L'alignement insuffisant de certains partenaires techniques et financiers aux plans opérationnels ;
- la faible harmonisation et coordination des contributions des partenaires qui émane de l'insuffisance de leadership, ainsi que des capacités de négociation et de suivi des accords de partenariat du côté du Gouvernement, d'où le non-respect des termes des accords de coopération et de partenariat.

Budget/dépenses

- L'inaccessibilité financière des services SRMNI à la population a pour raisons :
 - L'absence d'harmonisation de la tarification des produits et services, entrainant des dépenses excessives pour les utilisateurs ;
 - L'absence de critères clairs d'éligibilité pour une assistance financière ;
 - Le coût élevé des services de soins, comparé au niveau de vie des populations.
- Le déséguilibre entre les prévisions budgétaires et les besoins en financement découle de :
 - La faible capacité de budgétisation et de négociation des gestionnaires ;
 - L'insuffisance de priorisation dans l'allocation des ressources ;
 - L'insuffisance de la collaboration intra et interministérielle pour l'allocation budgétaire.

Gestion/coordination

- La mauvaise gouvernance est due à :
 - L'absence de transparence dans la gestion et de redevabilité des acteurs;
 - La pratique de la corruption à tous les niveaux ;
 - La faible exécution des mécanismes de contrôle et de discipline ;
- L'inefficacité et l'inefficience dans la mise en œuvre des activités planifiées à tous les niveaux dont les causes sont :
 - L'insuffisance de la coordination des contributions de divers partenaires à tous les niveaux;
 - L'insuffisance des moyens financiers pour la coordination des interventions;

- Le faible leadership du gouvernement dans l'opérationnalisation des plans d'action;
- L'implication insuffisante des acteurs clés dans la planification et le financement intégré des activités de SRMNI.

2.3. Régions et Districts Sanitaires prioritaires

La priorisation des régions a été réalisée à partir de 15 indicateurs relatifs aux interventions à haut impact SRMNI ayant servi à la construction d'un score.

Les 15 indicateurs utilisés pour la priorisation des régions sont :

- 1. Contraceptive prevalence (all methods)
- 2. Percentage of adolescents aged 15-19 years with at least one live birth
- 3. At least ANC 1 conducted by a qualified staff
- 4. Deliveries assisted by a skilled personnel
- 5. C-sections
- 6. Post natal care within 48h after delivery
- 7. HIV positive mothers receiving ARV
- 8. Breastfeeding within 1 hour
- 9. Early infant diagnosis (EID) of HIV using DBS/PCR
- 10. Hygienic evacuation of fecal matters (proxy for WASH)
- 11.Uneducated women
- 12.DPT3
- 13.ORS and continued ORT
- 14. Under 5 using LLINs the previous night
- 15.% of declared births

Avec un score respectivement de 26 et de 28, le Nord et l'Extrême-Nord sont les deux régions ayant les couvertures les plus faibles en matière de SRMNI. Suivent les régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Centre (sans Yaoundé) et du Sud dont les scores varient entre 18 et 21. Ces 6 régions sont prioritaires en matière de SRMNI.

Les populations les plus pauvres sont concentrées dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord (EDS-MICS 2011). Cette situation réduit l'accès desdites populations aux services de santé SRMNI. Par contre, les régions du Littoral et du Sud-Ouest sont les plus avantagées en termes d'accès financier aux soins avec seulement 15,1 % et 20,6 % de la population qui appartient aux deux derniers quintiles de richesse.

Les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest, avec un score de 9, sont celles qui présentent les couvertures des services SRMNI les plus élevées. Toutefois, ces scores cachent des disparités entre les districts dans les régions (Tableau 12).

Tableau 12: Analyse du score des régions selon la couverture des interventions SRMNI et quintiles les plus pauvres

Région	Score	% de pop pauvre (Q4 + Q5)	Mortalité néo-natale	Accouchement à domicile	Pas de soin post-natals
Adamaoua	20	39,6	41	53,7	50,5
Centre (sans Yaounde)	19	30,4	33	27,1	60,7
Douala	7	0	34	1,4	26,2
Est	21	47,4	23	52,4	62,9
Extreme-Nord	28	79,7	38	75,6	79,3
Littoral	14	15,1	34	6,8	41,1
Nord	26	67,1	35	68,5	83,6
Nord-Ouest	9	42,7	26	4,5	48,2
Ouest	13	31,1	16	5,6	43,1
Sud	18	31,1	23	21,8	59,3
Sud-Ouest	9	20,6	44	17,5	38,4
Yaoundé	11	0	33	6,6	41,1

Source: EDS-MICS 2011

CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL

Les interventions de ce Plan Stratégique National sont alignées sur celles de la SSS 2001-2015. Elles permettront l'amélioration des indicateurs sectoriels, notamment ceux concernant la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents/jeunes et de l'homme.

3.1. Vision

La population camerounaise, et prioritairement ses couches les plus vulnérables et les plus défavorisées, bénéficie d'un accès universel aux services et soins de santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile de qualité.

3.2. Mission

Promouvoir, faciliter et soutenir de façon intégrée, efficace et efficiente les prestations des services de SRMNI à haut impact, ainsi que la demande en vue d'accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité chez la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent/jeune et l'homme.

3.3. But

Contribuer à l'amélioration de la santé des populations en vue de l'atteinte des objectifs de la Stratégie Sectorielle de Santé.

3.4. Objectifs

3.4.1. Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité chez la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent/jeune et chez l'homme, dans le domaine de la santé de reproduction à l'horizon 2020.

3.4.2. Objectifs spécifiques

Ils se déclinent en :

3.4.2.1. Objectifs spécifiques d'impact

- 1- Réduire la mortalité maternelle de 782 à 500 pour 100 000 Naissances Vivantes (NV) entre 2014 et 2020 (soit une réduction de 6,2% par an);
- 2- Réduire les décès du nouveau-né de 31‰ à 20‰NV entre 2014 et 2020 (soit une réduction de 6,1% par an);
- 3- Réduire de 122‰ à 80 ‰NV les décès infanto-juvéniles (soit une réduction de 7 % par an);
- 4- Réduire de 50 % la morbidité liée à la santé de la reproduction (adolescents/jeunes, femmes, personnes âgées et hommes).

3.4.2.2. Objectifs spécifiques d'effet

- 1 Atteindre une couverture d'au moins 80 % des interventions à haut impact SRMNI de qualité;
- 2 Assurer le dépistage et la prise en charge appropriée d'au moins 60% des cas de fistules obstétricales d'ici 2020;
- 3 Augmenter le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer de 16% à 30 % d'ici 2020;
- 4 Réduire de 50% la prévalence de grossesses précoces et IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020 ;
- 5 Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des dysfonctionnements sexuels, infécondité/infertilité diagnostiqués d'ici 2020;
- 6 Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas de pratiques néfastes à la SRMNI et des violences faites aux femmes ayant consulté dans les formations sanitaires d'ici 2020 ;
- 7 Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas de cancers génésiques dépistés d'ici 2020;
- 8 Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des problèmes de santé de la reproduction spécifiques aux personnes âgées dépistées d'ici 2020.

3.5. Axes stratégiques et interventions prioritaires

Pour atteindre les objectifs spécifiques ci-dessus, sept axes stratégiques assortis d'interventions prioritaires ont été définis :

- 1- 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 ;
- 2- 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 ;
- 3- Le renforcement de l'offre de soins SRMNI de qualité;
- 4- Le renforcement des capacités des prestataires de services ;
- 5- Le renforcement de la Gouvernance et de la gestion du système de santé;
- 6- Le renforcement du mécanisme de suivi et évaluation de la mise en œuvre ;
- 7- Le renforcement du processus de mise en œuvre des interventions sous directives communautaires ;
- 8- La recherche des mécanismes de financement pérenne.

AXE STRATEGIQUE 1 : Communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour de la SRMNI en faisant de la survie de la femme, du nouveau-né et de l'enfant une cause nationale.

- Mobiliser tous les acteurs de la société camerounaise pour faire de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile une cause nationale, nécessite de :
 - Mener des actions de communication pour le développement des communautés afin de renforcer leurs capacités et de les responsabiliser ;
 - Elaborer et mettre en application un plan intégré de communication pour le développement ;
 - Responsabiliser les prestataires de soins afin d'assurer une offre de soins essentiels de qualité;
 - Organiser un plaidoyer auprès des leaders politiques et traditionnels pour l'élaboration et l'adoption des cadres légaux et/ou réglementaires, et l'augmentation des allocations budgétaires.

AXE STRATEGIQUE 2 : 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.

Pour y parvenir, il faut :

- Rationaliser les coûts
 - Codifier et harmoniser les prix des actes/services par niveau de la pyramide sanitaire après une évaluation avec une large participation de la communauté ;

- Contrôle de la mise en application des tarifs à harmonisés
- Assurer une large diffusion des prix codifiés et harmonisés auprès des utilisateurs et des prestataires de services :
- Financer la performance basée sur les résultats
- Mobiliser les ressources additionnelles
 - Renforcer le financement du niveau opérationnel avec la mobilisation effective du budget de l'Etat, des partenaires et du secteur privé.
- Réduire les dépenses directes des ménages pour la santé
 - Concevoir et mettre en application un système de subvention de la demande basé sur l'équité (chèque santé, kits obstétricaux, mutuelle de santé, subventions sélectives par district et/ou par population cible, gratuité pour certaines cibles, transferts sociaux, etc.).

AXE STRATEGIQUE 3: Renforcement de l'offre de soins SRMNI de qualité

Cet axe cible la disponibilité de divers intrants, le renforcement de l'offre communautaire et l'amélioration de la qualité des soins, d'où les stratégies ci- après :

- Assurer la disponibilité des médicaments, intrants nutritionnels, réactifs, consommables essentiels, équipements et matériels, notamment :
 - Renforcer la gestion de tous les intrants;
 - Renforcer le plateau technique¹⁹ pour les interventions prioritaires²⁰ avec emphase sur le système de maintenance des équipements ;
 - Equiper les HD pour l'opérationnalisation des banques de sang ou postes de stockage de sang pour la transfusion selon le cas ;
 - Réhabiliter/construire les infrastructures abritant les services SRMNI.
- Renforcer l'offre de soins auprès des communautés, pour ce faire :
 - Développer les cases d'attente maternité;
 - Prioriser les activités en stratégies avancées afin de réduire les barrières géographiques des populations vivant dans les zones reculées, avec un accent particulier sur une offre intégrée de services ;
 - Assurer l'implication effective des bénéficiaires dans la programmation, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions ;
 - Assurer l'approvisionnement adapté et adéquat en eau, électricité et assainissement ;
 - Assurer la mise à disposition des produits et services essentiels par des interventions sous directives communautaires (Diagnostic communautaire, plan de développement sanitaire, mise en œuvre, suivi et évaluation);
 - Assurer le développement des interventions intégrées sous directives communautaires.
- Améliorer la qualité des soins consistera à :
 - Améliorer la qualité de l'accueil réservé aux patients par le personnel ;
 - Renforcer le système de référence/contre référence, d'évacuation d'urgence avec kit de soins d'urgence .
 - Renforcer les supervisions facilitantes intégrées et régulières ;
 - Instituer les revues/audits systématiques des mortalités maternelles et néonatales aussi bien dans les formations sanitaires que dans la communauté ;
 - Assurer un continuum de soins et l'intégration des services à fournir (préventifs, curatifs, promotionnels, paquet WASH et paquet nutrition) ;
 - Développer le financement basé sur les performances.

^{19 (}équipement, matériel, système de kit y compris le kit d'urgence)

²⁰ (SONEU, kits familiaux pour la prise en charge des pathologies mineures PCIME, etc.)

AXE STRATEGIQUE 4 : Renforcement des capacités des prestataires de services

- Appuyer la mise en œuvre des stratégies de développement des ressources humaines existantes à travers les actions suivantes :
 - Renforcer la mise en œuvre du Plan National de Développement des Ressources Humaines (PNDRH) en ciblant en priorité les zones défavorisées ;
 - Mettre en œuvre la politique de maintien et de fidélisation du personnel au poste (primes spéciales, subventions pour hébergement ou hébergement gratuit, moyens de locomotion, recrutement basé sur le poste etc.);
 - Améliorer le système de motivation effective du personnel (attribution des quotes-parts basée sur la performance, reconnaissance publique de la bonne performance);
 - Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de développement des capacités des prestataires, des acteurs communautaires et des acteurs des secteurs apparentés pour répondre aux besoins de la SRMNI.
- Améliorer le niveau de performance du personnel soignant
 - Mener les supervisions facilitantes intégrées et régulières ;
 - Doter les régions avec du matériel didactique (unité de formation avec modules de formation, modèles anatomiques appropriés, aides visuels etc.);
 - Former le personnel de santé en PCIME, SONEU, PF, etc.

AXE STRATEGIQUE 5 : Renforcer la gouvernance et la gestion du système de santé à travers les stratégies ci- après :

- Améliorer le niveau de compétence des gestionnaires
 - Renforcer les capacités des gestionnaires en leadership et en techniques de négociation ;
 - Mettre en place une gestion basée sur les résultats à tous les niveaux avec des mécanismes de suiviévaluation ;
 - Assurer la redevabilité et la transparence dans la gestion du bien public ;
 - Planifier et mettre en œuvre une évaluation systématique et régulière des assistances techniques et financières par les partenaires bilatéraux et multilatéraux.
- Renforcer les mécanismes de contrôle de gestion et de transparence
 - Organiser des audits de gestion financière réguliers;
 - Tenir régulièrement des conseils de discipline pour assurer le respect de la déontologie médicale et les règles de bonne gestion.
- Créer un système d'assurance qualité
 - Généraliser le Financement basée sur la performance;
 - Mettre en place un système d'accréditation en faveur des cliniques amies des populations cibles;
 - Introduire les documents de politique de normes et des procédures sur les composantes prioritaires de SRMNI (santé sexuelles et reproductive des adolescents/jeunes).

AXE STRATEGIQUE 6 : Renforcement du mécanisme de suivi-évaluation de la mise en œuvre

Cet axe se décline en 03 stratégies :

- · Améliorer le système d'information sanitaire
 - Renforcer les équipements et outils de collecte pour le fonctionnement effectif du système d'information sanitaire ;

- Renforcer la collecte, et la transmission régulière des données pour exploitation;
- Renforcer le système de contrôle de qualité des données et de supervision du système;
- Renforcer l'analyse et la diffusion des informations sanitaires en SRMNI
- Renforcer la planification et le monitorage décentralisé
 - Concevoir un cadre de suivi-évaluation par niveau de la pyramide sanitaire ;
 - Mettre en place un monitorage des soins de santé primaire et des activités communautaires ;
 - Renforcer la capacité des gestionnaires sur l'utilisation des données pour la prise de décision surtout au niveau opérationnel.
- Développer la recherche opérationnelle
 - Renforcer la conduite des recherches opérationnelles avec large diffusion et utilisation des résultats.

AXE STRATEGIQUE 7: Renforcement de la santé communautaire

Cet axe se structure autour de 03 principales orientations :

- Renforcer l'organisation communautaire
 - Fournir une assistance technique aux communautés pour leur organisation et fonctionnement en capitalisant les acquis du passé, comme les comités de santé et leur comité de gestion à tous les niveaux;
 - Elaborer et mettre en œuvre un cadre réglementaire pour les activités des agents de santé communautaires (Assurer leur recrutement, leur encadrement et leur suivi) ;
 - Organiser des formations pour les leaders et membres communautaires sur leurs rôles civiques pour le développement avec une emphase sur la SRMNI.
- Améliorer la coordination et l'appui intégré des partenaires de santé publique
 - Investir dans les activités à base communautaire dans le cadre des budgets de l'Etat et de ses partenaires;
- Développer les capacités communautaires à mobiliser les ressources locales;
- Renforcer le leadership communautaire en SRMNI.
- Améliorer l'adoption par les communautés de pratiques familiales essentielles
 - Etablir un lien fonctionnel entre des agents de santé communautaires et le personnel sanitaire :
 - Former les jeunes filles sorties du système scolaire, des groupes associatifs, des femmes dans les Centres de Promotion de la femme et les Centres multifonctionnels de Promotion des Jeunes dans les domaines de la SRMNI:
 - Mettre en place des fora/mécanismes de discussions régulières et de suivi des activités des acteurs communautaires dans les districts de santé.

AXE STRATEGIQUE 8 : Recherche des mécanismes de financement pérennes

- Le dernier axe stratégique comporte 02 orientations clés :
 - Plaidoyer pour la mobilisation des ressources pérennes en faveur de la SRMNI dans les sous-secteurs (public central et décentralisé) parapublic, privé ainsi que chez les partenaires ;
 - Organisation d'événements de levée des fonds en faveur de la SRMNI à tous les niveaux du système de santé

Tableau 13: Interventions prioritaires par composante

Composantes	Axe stratégiques	Interventions prioritaires
	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégré (pratiques familiales essentielles)
	2 : Levée des barrières financières	Subventionner les soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
Santé maternelle, néonatale et infantile	3 : Offre de soins SRMNI de qualité	 Inscrire la tétracycline collyre, Chlorhexidine 7 % dans la liste des médicaments essentiels Accréditer des formations sanitaires Financer la performance Rendre systématique le plan de préparation à l'accouchement durant la CPNR Rendre systématique la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) Rendre systématique l'utilisation du partogramme Prendre en charge les prématurés Pratiquer systématiquement les soins du nouveau-né de base Pratiquer la réanimation du nouveau-né Pratiquer la méthode Kangourou Prendre en charge les infections et des nouveaux -nés malades et de faible poids à la naissance Introduire le vaccin contre rota virus, HPV et méningocoque A Mise en place des unités régionales fonctionnelles de prise en charge des fistules obstétricales
	4 : RH	- Former/recycler les prestataires de soins en SONEU, PTME, PCIME, PF, PEC/réanimation du nouveau-né - Renforcer le programme de formation des sages-femmes
	5 : Gouvernance	
	6:S&E	Mettre à échelle la surveillance et revu/audits des décès maternels et néonatals
	7 : Santé communautaire	Mettre à échelle des interventions intégrées sous directives communautaires
	8. Financements perennes	

	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégré
	2 : Levée des barrières financièresfinancières	Standardiser et contrôler les prix, les produits et services PF Subventionner la vente des produits contraceptifs
Planification familiale	3 : Offre de soins	Développer et mettre en œuvre un plan d'intégration PF, PTME et SONEU Développer et mettre en œuvre un plan de sécurisation des contraceptifs Mettre en place des services conviviaux pour les adolescents/ jeunes dans les hôpitaux Renforcer les infrastructures et les équipements des formations sanitaires Mettre en place un système d'accréditation des formations sanitaires Financer la performance Intégrer la PF aux stratégies avancées Offrir les services de PF dans chaque F.S
	4:RH	Développer et mettre en œuvre un plan de formation/recyclage en PF Former et recycler des personnels de santé en PF, en particulier méthodes de longue durée
	5 : Gouvernance	
	6:S&E	Intégrer les données de la PF dans le Système National d'Information Sanitaire
	7 : Santé communautaire	Intégrer la PF aux interventions sous directives communautaires
	8. Financements perennes	
	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégrée (double protection)
	2 : Levee barrières financières	Subventionner le diagnostic et le traitement du VIH Subventionner la vaccination HPV et Hépatite B Sensibiliser les prestataires de soins à l'application de la subvention du diagnostic du VIH
IST VIH/SIDA	3 : Offre de soins	Approvisionner en intrants pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des IST et des VIH/SIDA Promouvoir le diagnostic syndromique et la prise en charge des IST dans les CSI et CMA Renforcer le système de référence-contre référence
	4 : RH	Former/recycler les prestataires de soins à la prise en charge des IST/VIH
	5 : Gouvernance	
	6:S&E	
	7 : Santé communautaire	Mettre à l'échelle le réseau de pairs éducateurs
	8. Financements perennes	

	•	
	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégré (facteurs de risque évitables de l'infécondité)
	2 : Levée barrières	
	financièresfinancieres	
Dysfonctionnnements	3 : Offre de soins	Dépister et prendre en charge des IST
sexuels /infertilité / infécondité	4:RH	Former/recycler les prestataires de soins sur le counseling et le soutien des personnes affectées
	5 : Gouvernance	
	6:S&E	Intégrer les données d'infécondité/infertilité dans le système intégré d'information sanitaire
	7 : Santé communautaire	
	8. Financements perennes	
	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégré Promotion la dénonciation des pratiques néfastes et violences basées sur le genre et sur le sexe
	2 : Levee barrières financières	Subventionner la prise en charge des conséquences médicales des pratiques néfastes et violences
Pratiques néfastes et	3 : Offre de soins	Prendre en charge médicales et psychologiques des conséquences médicales des pratiques néfastes et violences
violences	4:RH	Former/renforcer les capacités des prestataires de soins sur le counseling, soutien et la prise en charge des violences
	5 : Gouvernance	
	6:S&E	Intégrer les données sur les violences dans le RMA
	7 : Santé communautaire	Mettre à l'échelle le réseau de pairs éducateurs Appuyer le développement et fonctionnement des groupes de soutien
	8. Financements perennes	
	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégré (sexualité a moindre risque) Redynamiser l'éducation à la vie et à l'amour en milieu scolaire
	2 : Levee barrières financières	Gratuité des visites médicales annuelles dans les collèges, lycées et universités
Santé de la reproduction des adolescents	3 : Offre de soins	Organiser des consultations médicales périodiques dans les CMPJ et assimilés dans le cadre des stratégies avancées Développer des services conviviaux pour les adolescents/jeunes dans les hôpitaux
	4:RH	Renforcement les capacités des personnels des centres medio sociaux, des infirmeries des collèges et lycées
	5 : Gouvernance	
	6:S&E	Réaliser des enquêtes CAP sur la SRA
	7 : Santé communautaires	Mettre à l'échelle le réseau de pairs éducateurs
	8. Financements	
	perennes	

	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégré (dépistage précoce)
	2 : Levee barrières financières	Organiser des campagnes Campagne de dépistage gratuit des cancers du sein, de la prostate et du col de l'utérus
	3 : Offre de soins	Inscrire les antimitotiques dans la liste des médicaments essentiels
Cancers génésiques et mammaires	4:RH	Former le personnel des hôpitaux pour le dépistage précoce des cancers génésiques Former le personnel des hôpitaux régionaux et centraux pour la prise en charge des cancers génésiques
	5 : Gouvernance	
	6 : S&E	Mettre à échelle les registres du cancer dans tous les hôpitaux Former les prestataires sur l'utilisation des registres de cancer
	7 : Santé communautaire	
	8. Financements perennes	
	1: Communication	Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégrée (ménopause, arthropode)
	2 : Levée des barrières financières	
Santé de la	3 : Offre de soins	Promouvoir le diagnostic systématique des problèmes de la santé de la reproduction des personnes âgées par le personnel de sante
reproduction des personnes âgées	4:RH	Former/recycler le personnel de sante sur le counseling et la prise en charge des problèmes de la sante de la reproduction des personnes âgées
	5 : Gouvernance	
	6 : S&E	
	7 : Santé communautaire	



CHAPITRE 4 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1. Principes directeurs

Les principes suivants vont orienter et guider la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de ce plan stratégique pour en assurer l'efficacité, l'appropsriation et la pérennité des interventions.

4.1.1. L'équité et l'accessibilité

Le but est de soutenir le passage à échelle des interventions à haut impact sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile avec pour priorité les couches les plus vulnérables et les plus défavorisées.

4.1.2. Intégration

Tous les efforts doivent être faits pour une mise en œuvre cohérente et efficace en saisissant toutes les opportunités offertes par les autres programmes afin de mieux répondre aux besoins des différents groupes cibles. Il s'agit de capitaliser les avantages comparatifs dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions SRMNI.

De plus, il est nécessaire de renforcer la coordination et de réaliser une planification et un suivi conjoints des interventions par les différentes parties prenantes, incluant tous les niveaux (central, intermédiaire, opérationnel) et tous les secteurs (public et privé). A cet effet, la visibilité dans la mobilisation et l'utilisation des ressources par les différents ministères et partenaires doit être renforcée.

4.1.3. La gestion axée sur les résultats

L'emphase doit être mise sur l'obtention des résultats en veillant à la participation de tous les intervenants à la définition et l'atteinte des résultats escomptés. La prise de décision doit reposer sur les évidences et les leçons apprises.

La transparence, la probité et la reddition des comptes des gestionnaires des ressources doivent être renforcées pour assurer une rationalisation de leur utilisation et la pérennité des financements.

4.1.4. Les droits de l'Homme et la promotion du genre en santé

Le renforcement de l'approche genre et de l'approche basée sur les droits de l'Homme dans la programmation et la mise en œuvre des interventions est essentiel pour assurer l'équité en faveur des membres les plus vulnérables (les mères, les enfants, les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les populations autochtones vulnérables... etc.).

4.1.5. Approche multisectorielle

L'implication des différents secteurs et parties prenantes (administrations apparentées, partenaires techniques et financiers, acteurs de la société civile, associations professionnelles, organisations confessionnelles, organisations à base communautaire, ménages, tradi-praticiens, secteur privé à but lucratif) est impérative pour adresser les causes sous-jacentes de la mortalité élevée dans les différents groupes cibles.

4.2. Rôles et responsabilités spécifiques par niveau

4.2.1. Rôles et responsabilités du Ministère de la Santé Publique

Le MINSANTE assure le leadership pour la mise en œuvre du plan stratégique. Les rôles suivants seront assurés par niveau :

4.2.1.1. Niveau central

Il porte le leadership technique et donne les grandes orientations pour la mise en œuvre et le suiviévaluation du plan stratégique. Il est responsable de la mobilisation des ressources et du plaidoyer en faveur de la SRMNI. A cet effet il a été créé par décision No. 0387 /d/MINSANTE/SG/CT2 du 13/08/2012, un Groupe Technique de Travail Santé Mère-Enfant (GTT-SME) en appui au Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé du Ministère de la Santé Publique. Au sein de ce Comité, le groupe de travail multisectoriel a pour rôle de veiller à la programmation, au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des interventions du domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Sur le plan global, les rôles et responsabilités spécifiques suivants sont attribués aux directions techniques ci-dessous mentionnées:

La Direction de la Santé Familiale (DSF)

La Direction de la Santé Familiale a pour rôle de faciliter, superviser et coordonner toutes les activités techniques en relation avec l'atteinte des objectives du plan stratégique. Elle devra exécuter notamment les activités suivantes :

- Mener le plaidoyer en faveur de la mise en œuvre du plan stratégique SRMNI (initiation et coordination des activités de plaidoyer) ;
- Coordonner l'implication de toutes les parties prenantes de la SRMNI dans la planification et la mise en œuvre du plan stratégique national ;
- Produire et disséminer les guides techniques, normes, protocoles et les manuels de formation en collaboration avec les autres directions techniques concernées en vue de renforcer les capacités du personnel à tous les niveaux ;
- Produire et disséminer, en collaboration avec les autres directions et secteurs impliqués, les matériaux d'IEC/CCC pour les différents groupes cibles et les disséminer auprès d'eux ;
- Déterminer les besoins en intrants en collaboration avec les acteurs du circuit d'approvisionnement;
- Assurer le suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités au niveau clinique ;
- Actualiser les outils de collecte des données, et le système d'information de gestion à base communautaire (SIG-BC) ;

Identifier les sujets de recherche en SRMNI et faciliter leur exécution et l'exploitation des résultats en collaboration avec les autres structures concernées :

La Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP)

Intégrer les interventions du plan stratégique dans le budget programme du MINSANTE en vue d'une allocation budgétaire adéquate pour la SRMNI;

La Cellule des Informations Sanitaires (CIS)

Collecter, centraliser et disséminer les données de routine SRMNI et des indicateurs dans le système d'information et de gestion sanitaire (SIGS),

La Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire (DPML)

Assurer la régulation et la disponibilité permanente de médicaments essentiels et autres intrants (réactifs et consommables) en collaboration avec la DSF en s'assurant qu'ils sont :

- commandés à temps en qualité et en quantité suffisante ;
- bien gérés dans le cadre du système national d'approvisionnement.

La Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS)

Identifier les sujets de recherche en SRMNI, préparer les études, les exécuter, assurer une large diffusion des résultats pour exploitation en collaboration avec la DSF.

La Direction des Ressources Humaines (DRH)

Assurer la mise en œuvre effective du plan de développement des ressources humaines ;

Pourvoir les formations sanitaires en personnel qualifié en:

- Prenant en compte la réglementation en vigueur en la matière ;
- Actualiser les besoins en personnels afin de solliciter des recrutements de personnels supplémentaires selon les postes disponibles ;
- Rationnalisant le redéploiement du personnel en place ;
- Assurant une formation/recyclage pour une remise à niveau ;
- Assurant et coordonnant la prise en compte de la SRMNI dans les curricula de formation initiale et continue ;
- Assurant la mise en place des mécanismes de déploiement et de fidélisation du personnel au poste à travers des mécanismes d'incitation spécifiques.

Assurant la formation des sages femmes

La Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS)

- Assurer la qualité des équipements mis en place à tous les points de prestation de soins ;
- Assurer la qualité technique des soins prodigués en mettant en place les guides et protocoles de soins.

La Direction de Lutte contre les Maladies des Epidémies et des Pandémies (DLMEP)

• Faciliter le renforcement des capacités des personnels à tous les niveaux dans la lutte contre les infections liées à la SR en contribuant à l'élaboration des guides techniques, normes, protocoles et manuels de formation en collaboration avec la DSF.

La Direction de la Promotion de la Santé (DPS)

Faciliter la mise en œuvre des interventions de communication pour le développement relatives à la SRMNI et aux aspects liés à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement, en collaboration avec la DSF. La DPS exécutera les activités suivantes :

- Contribuer à l'élaboration /révision des guides techniques, normes, protocoles et des manuels de formation en nutrition, en collaboration avec les autres directions techniques concernées ;
- Concevoir et élaborer les matériaux de CCC notamment en matière d'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant en collaboration avec les autres directions et secteurs concernées ;
- Assurer la formation sur la prise en charge des malnutritions aiguës ;
- Collaborer avec le système d'approvisionnement des intrants pour la détermination des besoins en intrants nutritionnels et en équipements pour les mesures anthropométriques ;
- Définir et partager les indicateurs désagrégés pour le suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités liées à la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ;
- Elaborer et valider les outils de supervision ;
- Assurer la supervision facilitante régulière et l'inspection des structures sanitaires offrant les services de SRMNI;
- Apporter un appui technique pour la supplémentation /supplémentation /enrichissement en micronutriments.

4.2.1.2. Niveau régional

La Délégation Régionale de la Santé Publique assure l'appui technique et coordonne toutes les activités techniques en relation avec l'atteinte des objectifs du plan stratégique dans les districts de santé.

A cet effet, elle supervise, coordonne et suit la mise en œuvre du plan au niveau régional. Elle se chargera de:

- Disséminer le plan stratégique national SRMNI dans les districts de santé;
- Fournir un appui technique pour l'opérationnalisation et la mise en œuvre effective et intégrée du plan ;

- Coordonner, suivre et superviser les activités SRMNI dans la région ;
- Conduire des recherches opérationnelles et développer les capacités des districts en la matière ;
- Soutenir les districts de santé dans la collecte des données, l'analyse et l'utilisation de celles-ci dans la prise des décisions ;
- Assurer la centralisation et la communication des données au niveau supérieur ;
- Identifier les besoins en formation et assurer le développement de la capacité du personnel en SRMNI;
- · Assurer le suivi du système d'assurance qualité.

4.2.1.3 Niveau District de santé

Le District de Santé supervise et coordonne la mise en œuvre des activités techniques et de communication en relation avec l'atteinte des objectifs du plan stratégique. A cet effet, il est chargé de :

- Disséminer le plan stratégique national SR à toutes les parties prenantes dans les districts de santé (ONG, organisations religieuses et autres);
- Assurer la planification et la mise en œuvre effective et intégrée du plan SRMNI;
- Coordonner, suivre et superviser les activités SRMNI de tous les acteurs du district ;
- Conduire des recherches opérationnelles dans le district en matière de SRMNI;
- Assurer la collecte régulière des données, l'analyse et l'utilisation dans la prise de décisions ;
- Assurer l'envoi régulier et à temps des données au niveau supérieur ;
- Identifier les besoins en formation et assurer le renforcement des capacités du personnel des formations sanitaires et communautaire en SRMNI;
- Fournir un appui technique aux acteurs SRMNI pour la mise en application des mécanismes d'assurance qualité;
- Assurer le suivi et la revue des décès maternels, néonataux et infantiles, aussi bien dans les formations sanitaires (publiques et privées) que dans la communauté;
- Assurer la prise en compte des activités de santé en général et de la SRMNI en particulier dans le budget des communes.

4.2.1.4. Les formations sanitaires (Centres de Santé, CMA et Hôpitaux)

Les formations sanitaires offriront les soins et services, les activités de communication en relation avec l'atteinte des objectifs du plan stratégique. Elles se chargerons de :

- Incorporer les activités SRMNI dans le plan d'action des formations sanitaires ;
- Fournir des services SRMNI de qualité auprès de la population;
- Suivre et évaluer la qualité de prestation du personnel ;
- Assurer la disponibilité à temps et en quantité suffisante de tous les intrants SRMNI (consommables, médicaments, équipements, etc.);
- Faire la revue des décès maternels, néonataux et infantiles, aussi bien dans les formations sanitaires (publiques et privées) que dans la communauté;
- Assurer la collecte régulière des données, la consolidation, l'analyse préliminaire et l'utilisation dans la prise des décisions ;
- Assurer l'envoi régulier et à temps des données SRMNI au niveau supérieur ;
- Collaborer étroitement avec le niveau communautaire dans la prestation des services de SRMNI.

4.3. Rôles et responsabilités des autres Ministères apparentés, des Collectivités Territoriales Décentralisées et autres acteurs impliqués

La problématique de la mortalité maternelle, néonatale et infantile est multifactorielle et exige de ce fait une approche multisectorielle. C'est ainsi que les administrations apparentées suivantes interviendront, en collaboration avec le MINSANTE, dans le cadre du présent plan stratégique selon leurs missions spécifiques.

4.3.1. MINEPAT et MINFI

- Intégrer des interventions du plan stratégique SRMNI dans le budget programme de chaque Ministère partenaire, pour l'augmentation des ressources financières en faveur de la SRMNI;
- Accorder une priorité à la santé et plus particulièrement à la SRMNI dans l'attribution des budgets ;
- Plaider pour une augmentation du budget de la santé, SRMNI en particulier.

4.3.2. MINCOM

- Mener des actions de communication relatives à la SRMNI en direction des populations cibles ; (Concevoir/Produire/Diffuser des spots radios et TV sur la SRMNI, concevoir/Produire/Distribuer les dépliants sur la SRMNI, produire des microprogrammes sur la SRMNI en langues locales au sein des radios-communautaires) ;
- Renforcer les capacités des Journalistes à la production des émissions sur la SRMNI;
- Organiser des actions de communication/Plaidoyer auprès des leaders d'opinion et autorités publiques et autres partenaires en faveur de la SRMNI.

4.3.3. MINESUP/ MINESEC / MINEDUB

Assurer la formation initiale des médecins, des spécialistes, pédiatres et gynécologues obstétriciens :

- Contribuer à la formation des Sages-Femmes, maïeuticiens en partenariat avec le MINSANTE :
- Assurer la prise en charge des adolescents et des femmes enceintes dans les huit Centres Médico-Sociaux ;
- Contribuer à l'encadrement des jeunes en milieu éducatif sur le plan de la santé sexuelle et reproductive (SSR).

Pour cela il va falloir:

- Promouvoir un accès universel à l'éducation, surtout des filles ;
- Assurer la prise en compte effective de la SRMNI dans les curricula des écoles de formation professionnelle (pour le MINESUP);
- Organiser des fora d'IEC en faveur de SRMNI dans le programme des élèves (ex. Entretenir les clubs santé dans les écoles);
- Contribuer à l'encadrement des jeunes en milieu éducatif sur le plan de la SSR;
- Faciliter l'accès aux soins pour les étudiants.

4.3.4. MINPROFF

- Promouvoir la prise en compte du genre et des droits sexuels en matière de santé de la reproduction;
- Faire le plaidoyer pour la mise en place d'une réglementation et législation favorable à la SMNI;
- Assurer la mobilisation et la sensibilisation communautaire de proximité sur la SRMNI;
- Renforcer la promotion de la SRMNI au sein des Centres de Promotion de la Femme;
- Renforcer les capacités des associations d'encadrement des femmes et des familles en techniques et outils de communication en vue de l'adoption des pratiques familiales essentielles favorables à la santé maternelle et infantile ;
- Renforcer le plaidoyer pour la budgétisation sensible au genre ;
- Vulgariser le guide d'écoute ;
- Promouvoir l'éducation prénuptiale, matrimoniale et familiale ;
- Renforcer le plaidoyer sur la budgétisation de l'encadrement psychosociale ;
- Faciliter la mobilisation des groupes vulnérables pour des activités génératrices de revenus ;
- Renforcer l'organisation des communautés en faveur de la promotion de la SRMNI (ex. l'évacuation des urgences obstétricales et néonatales) ;
- Vulgariser les textes législatifs et règlementaires relatifs à la santé reproductive et sexuelle, politique nationale sur le genre.

4.3.5. MINJEC

- Assurer la sensibilisation et l'encadrement des jeunes/adolescents pour la prise en compte de leur santé sexuelle et reproductive (SSR);
- Faciliter l'insertion socio-économique des jeunes/adolescents;
- Renforcer les capacités des encadreurs des jeunes en matière de SRMNI.

4.3.6. MINJUSTICE

- Mettre en place une législation/règlementation en matière d'enregistrement des décès maternels et néonatals (vital statistics) ;
- Mettre en place une législation/règlementation en matière de SRMNI (accoucheuses traditionnelles, sexualités des jeunes, adolescents, personnes âgées...);
- Assurer la mise en application des droits sexuels et reproductifs des citoyens.

4.3.7. MINATD

- Faciliter la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé, y compris les CTD en faveur de la SRMNI;
- Faciliter la mise à disposition des ressources financières du budget de l'Etat issues de la décentralisation ;
- Faciliter la mobilisation de la population autour de la SRMNI;
- Assurer l'enregistrement systématique des décès maternels et des naissances (vital statistics) ainsi que la mobilisation des Collectivités Territoriales Décentralisées en faveur de la SRMNI.

4.3.8. MINEE

• Assurer l'assainissement, la disponibilité de l'eau potable et de l'énergie électrique dans les formations sanitaires et les communautés.

4.3.9. MINADER

• Promouvoir la sécurité alimentaire pour toute la population.

4.3.10. MINAS

- Assurer la prise en charge des populations vulnérables en matière de SRMNI (OEV, personnes handicapées, populations autochtones vulnérables, personnes âgées) ;
- Faciliter la réinsertion sociale des personnes vulnérables (OEV, personnes handicapées, populations autochtones vulnérables, personnes âgées) à travers les AGR.

4.3.11. Collectivités Territoriales Décentralisées (Communes et Communautés Urbaines)

- Faciliter la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé en faveur de la SRMNI ;
- Faciliter la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local (prise en compte des interventions SRMNI dans les budgets des services décentralisés) et accompagnement/organisation des communautés en faveur du financement des soins (ex développement/mise en place des mutuelles de santé);
- Faciliter la mobilisation de la population autour de la SRMNI;
- Faciliter la collecte des données en matière de « statistiques vitales », notamment l'enregistrement des décès maternels et des naissances ;
- Accompagner la communauté en vue du transfert/évacuation efficace des urgences obstétricales.

4.4. Rôles et responsabilités de la communauté

Le comité de développement local, représentatif de la société civile, à travers son comité de santé/comité de gestion sera responsable de la mise en œuvre des activités et de la supervision des activités SRMNI à base communautaire dans les aires de santé, avec un appui technique du personnel du centre de santé. Les interventions seront :

- La participation à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan d'action SRMNI communautaire ;
- L'identification et la gestion du personnel communautaire (agent de santé communautaire) ;
- La mobilisation des ressources locales en faveur des activités SRMNI;
- La mise en place et le suivi d'un système de collecte et envoi régulier des données sur les activités à base communautaire au niveau supérieur ;
- La mobilisation de la communauté (les organisations à base communautaire, les associations, les leaders, etc.) à participer aux activités SRMNI;
- · La revue et la notification des décès dans la communauté ;
- La distribution des produits de SRMNI essentiels et élémentaires dans la communauté;
- L'appui à l'émergence d'un leadership communautaire.

Leaders d'opinion (traditionnels, politiques, religieux, etc.)

S'impliquer dans le combat en apportant leur contribution dans le but de :

- Faciliter la mobilisation des populations en faveur de SRMNI (ex : le transfert/évacuation efficace des urgences obstétricales) ;
- Faciliter la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local ;
- Faciliter la collecte des données en matière de « statistiques vitaux », notamment l'enregistrement des décès maternels et des naissances ;
- Faciliter l'acceptation de la restitution des données de mise en œuvre de la SRMNI au niveau communautaire ;
- Faciliter l'acceptation des interventions à base communautaire.

4.5. Rôles et responsabilités des Partenaires Techniques et Financiers

Accompagner efficacement l'action gouvernementale. Pour cela, il faut :

- Assurer une complémentarité entre PTF et les autres acteurs dans l'appui technique et financier au gouvernement pour l'exécution du plan SRMNI;
- Contribuer à assurer une transparence dans la gestion des fonds alloués au pays;
- Mener un plaidoyer en faveur de la SRMNI comme droit fondamental des populations cibles;
- Mettre en place des fonds/appuyer la mobilisation des ressources financières et techniques;
- Renforcer l'approvisionnement en intrants ;
- Exécuter des plans d'action en SRMNI sous la coordination du Gouvernement.

4.6. Rôles et responsabilités de la société civile, secteur privé, ONG/OBC, associations professionnelles et religieuses

Accompagner efficacement l'action gouvernementale à travers des interventions consistant à :

- Mener le plaidoyer en faveur de SRMNI comme droit fondamental des populations cibles ;
- Créer un partenariat avec les leaders d'opinion et autres acteurs pour la SRMNI;
- Organiser et/ou faciliter des activités à base communautaire ;
- Assurer la mobilisation des ressources financières pour la SMNI;
- Faire de l'IEC/CCC en faveur de l'utilisation des services SRMNI;
- Assurer une complémentarité avec le gouvernement dans la prestation des services SRMNI.



CHAPITRE 5:

CADRE D'INTERVENTION, DE SUIVI-EVALUATION ET DE RESULTATS

Tableau 14: Cadre d'interventions

	Axes stratégiques	1.1 Ek communication intégrée à tous lintégrée à tous plaid mobilisation citoyenne autour de la SRMNI en faisant de	ause ause	
	Interventions	1.1 Elaborer le plan de communication intégré SRMNI, y compris le plaidoyer pour la mobilisation des ressources	1.2. Mettre en œuvre le plan de communication intégré SRMNI, y compris le plaidoyer pour la mobilisation des ressources	
	Responsable /concernés	DSF	DSF	
Chronogramme	2014	×	×	
me	2015		×	
	2016		×	
	2017		×	
	2018		×	
	2019		×	
	2020		×	
	Hypothèses (H)/Risques (R)	H : Le financement est disponible	H : Disponibilité du plan de communication	
	Budget 2014-2020		9,100,000,000	

×		2.2. Appui à la mise en place des mutuelles de santé et d'une assurance maladie obligatoire
×	PROFF, ADER, AS JEC	2.3 Appui à la mise MINPROFF, en place des activités MINADER, génératrices de revenus MINAS par les ONG MINJEC

4,200,000,000	13,000,000,000	63,750,000,000	000'000'006
H: réduire les iniquités en termes de demande de service	R : Absence d'un plan de maintenance des équipements	R : Absence d'un plan de maintenance des bâtiments	R : Absence d'un plan de maintenance des bâtiments
×	×	×	×
×	×	×	×
×	×	×	×
×	×	×	×
×	×	×	×
×	×	×	×
×	×	×	×
DSF	DOSTS	DEP	DEP
3.1 Renforcer l'organisation des activités intégrées en stratégie avancée	3.2 Fournir les motos, les motos-ambulances et les ambulances médicalisées aux formations sanitaires prioritaires SRMNI	3.3 Rénover / réhabiliter les maternités des formations sanitaires (5 ^{ème} et 6 ^{ème} cat.), les hôpitaux (1 ^{ère} à 4 ^{ème} cat.) et les maisons d'astreinte dans les DS prioritaires SRMNI	3.4 Construire / réhabiliter les logements pour personnels dans les zones enclavées
	3. Renforcement de l'offre de soins SRMNI de qualité		

		,	
10,875,000,000	9,000,000,000,000	950,000,000	600,000,000
R : Absence d'un plan de maintenance des équipements	H: Adhésion des populations au don du sang R: Absence d'un plan de maintenance des équipements	R : lenteur du processus	H: disponibilité permanente des intrants SRMNI
×	×		×
×	×		×
×	×		×
×	×		×
×	×	×	×
×	×	×	×
×	×	×	×
DEP	DEP	DPML	DSF
3.5 Doter les CSI, les hôpitaux de districts, les hôpitaux régionaux et centraux en équipements de SRMNI selon les besoins dans les DS prioritaires SRMNI	3.6 Mettre en place et équiper les CMA, les hôpitaux de district, régionaux, centraux en banques de sang selon les besoins	3.7 Appuyer l'extension des fonds régionaux de promotion de la santé dans toutes les régions	3.8 Renforcer la gestion logistique incluant l'inter connectivité des informations entre la CENAME et les Centres Régionaux d'Approvisionnement des intrants SRMNI,

1,260,000,000	1,400,000,000		0	910,000,000
R: absence d'un plan de maintenance des installations R: absence de contrôle de la qualité de l'eau	R : absence d'un plan de maintenance des installations			H:visibilité et marketing des formations sanitaires accréditées (label)
×	×	×	×	×
×	×	×	×	×
×	×	×	×	×
×	×	×	×	×
×	×	×	×	×
×	×	×	×	×
×	×	×	×	×
DEP/ MINSANTE MINEE MINEPAT MINATD Collectivités décentralisées	DEP/ MINSANTE MINEE MINEPAT MINATD Collectivités décentralisées	Unité SWAP DCOOP	Unité SWAP DCOOP	DOSTS
3.10 Rendre l'eau potable disponible pour les formations sanitaires (forage, connexion CDE)	3.11 Alimenter les CSI en énergie électrique	3.12 Etendre le paiement à la performance à toutes les interventions SRMNI à haut impact	3.13 Mettre à l'échelle le paiement à la performance dans tous les districts de santé prioritaires SRMNI	3.14 Développer et mettre en œuvre un système d'accréditation des formations sanitaires ciblées sur les soins SRMNI
	e MINSANTE R: absence d'un plan de maintenance des installations MINATD Collectivités de l'aqualité de la qualité décentralisées	MINSANTE MINSE MINEE MINEPAT MINATD Collectivités DEP/ MINSANTE M	MINSANTE MINSANTE MINSANTE MINNE MIN	e MINSANTE MINEPAT MINEPAT MINEPAT MINATD Collectivités décentralisées MINATD Collectivités décentralisées décentralisées

	4.1 Former (i) les médecins généralistes en chirurgie obstétricale et anesthésie et (ii) les infirmiers en anesthésie	DSF DRH	×	×	×	×	× ×		400,000,000
	4.2 Former / Mettre à niveau les formateurs dans les domaines de la SMNI (PF, SONEU, y compris la réanimation néonatale, méthode kangourou et PTME, CPNR, CPoN, PCIME et PCIMA, ANJE, SRAJ)	DSF DRH DPS MINJEC	^ ×	× ×	×	×	× ×	H:toutes les formations sanitaires disposent d'un personnel formé dans les domaines de la SMNI	1,214,000,000
	4.3 Former les acteurs communautaires (ASC, OBC, leaders communautaires, structures de dialogue, animateurs des CMPJ, pairs éducateurs, etc.) en SONEU, PTME, PCIME, PF, SRAJ et ANJE.	DPS MINPROFF DRH MINJEC	~ ×	×	×	×	× ×		19,839,750,000
	4.4 Former les prestataires en PCIME clinique et communautaire, PCIMA, SONEU (y compris les kits obstétricaux, réanimation néonatale et la méthode kangourou), PTME, CPNR, CPON, PF	DOSTS DSF DRH	× ×	×	×	×	× ×		2,140,000,000
4. Renforcement	4.5 Equiper les délégations régionales de la santé publique et écoles de formation en matériels pédagogiques selon les besoins	DOSTS	×	×	×	×	×		1,400,000,000
des capacités du personnel soignant	4.6 Former / Mettre à niveau les personnels de médias /Presse sur les thématiques et la valeur de la SRMNI-J et les Pratiques Familiales Essentielles	DPS MINCOM	×	×	×	×	×		183,750,000
	4.7 Former / Mettre à niveau les formateurs des administrations apparentées (MINPROFF, MINDEF, MINAS, MINCOM, MINEE, MINJEC, MINATD, DGSN, MINEPAT, MINEDUB, MINESEC, MINESUP) et des ONG des niveaux central et régional sur les thématiques et la valeur de la SRMNI-J et les Pratiques Familiales Essentielles	DPS MINCOM	×	× ×	×	×	× ×		35,000,000
	4.8 Appuyer la révision des curricula de formation du personnel de santé en matière de SRMNI	DRH DSF	×	×	×	×	×		5,400,000
	4.9 Développer/Réviser les protocoles, normes et standards SRMNI	DSF/ DOSTS	^ ×	×					200,000,000
	4.10 Mettre à niveau /former les enseignants des écoles de formation de sage femmes/IDE/aide-soignants	DRH	×	×	×	×	×		147,000,000
	4.11 Subventionner la formation des sages -femmes (pension))	DRH	×	×	×	×	×		3,500,000,000
	4.12 Equiper les CMPJ et les centres d'écoute pour la sensibilisation en SRAJ	MINJEC MINSUP MINESEC	×	×	×	×	× ×		1,800,000,000
	4.13 Equiper les coins adolescents/jeunes dans les hôpitaux	DOSTS	×	×	×	×	×		1,312,500,000

350,000,000	5,600,000,000	350,000,000
×	×	
×	×	
×	×	
×	×	
×	×	
×	×	
×	×	
ST/CPSSS DEP	ST-CP SSS DSF DEP	DRH DOSTS DRSP
5.1 Appuyer les réunions de coordination intégrées des plateformes centrales et régionales avec emphase sur la redevabilité	5.2 Organiser des ateliers annuels de planification intégrée à tous les niveaux	5.3 Mettre en place un système d'incitations en direction des prestataires de soins à tous les niveaux (sanctions pour les bonnes et les mauvaises pratiques)
	5. Renforcement de la gestion du système de santé et et de la gouvernance	

7. Renforcement de la santé	7.1 Organiser les semaines d'action de santé et de nutrition infantile et maternelle (SASNIM)	DSF DPS	×	×	×	×	×	×	×	3,500,000,000
communautaire	7.2 Mettre à échelle les interventions intégrées sous directives communautaires	DOSTS	×	×	×	×	×	×	×	1,323,000,000
	8.1 Plaidoyer pour la mobilisation des ressources pérennes en faveur de la SRMNI à l'égard du secteur public central et décentralisé, parapublic et privé et des partenaires ;	DSF/ DCOOP	×	×	×	×	×	×	×	210,000,000
	8.2 Organiser des évènements de levée des fonds en faveur de la SRMNI à tous les niveaux du système de santé	DSF	×	×	×	×	×	×	*	1,400,000,000
8. Recherche de mécanisme de financements pérennes	8.3 Faire le plaidoyer en faveur de la mise en place de mécanisme de financements innovants de la SRMNI (taxes sur le tabac, l'alcool, le téléphone, taxe aéroportuaire, fonds hypothécaires, fonds d'investissement)	DRFP/MINSANTE MINFI MINEPAT		×	×	×	×	×	H : fort leadership du MINSANTE	A budgétiser
	8.4 Mettre en place un groupe de travail pour la recherche de fonds en faveur de la SRMNI (proposals, réseaux,)	DSF Programme national de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile (PNLMNI) DCOOP								

Tableau 15 : Cadre des résultats

Indicateurs objectivement vérifiables IMPACT 1: La mortalité maternelle est réduite de 782 à 500 décès pour 100 000 naissances viva naissances vivantes entre 2014 et 2020 soit une réduction de 6,2% par an								•	
	urs objectivement	Situation de base	Cibles de	Cibles de 2015à2020	0				Moyen de
	es	(2014)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	vérification
41	Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	782	701	661	621	581	540	200	EDS
41	Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel formé	64%	%99	%69	72%	74%	77%	80%	EDS Données de routine
a:	césarienne	3,8%	4 %	4, 2%	4,4%	4,6%	4,8 %	2 %	EDS Données de routine
41	Taux de CPN4 dont la CPN1 a été effectuée lors du 1er trimestre de la grossesse	95%	67%	%02	72%	75%	77%	%08	EDS Données de routine
	Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de Traitement Préventif Intermittent (TPI)	27%	42%	20%	57%	65%	72%	%08	EDS, Données de routine
les femmes enceintes.	couverture en VAT2+ chez nes enceintes.	29%	%69	74%	%08	85%	%06	%56	EDS, Données de routine
Disponibilité des services (pour 500.000 habitants)	Disponibilité des services SONEU (pour 500.000 habitants)	ĸ	æ	m	4	4	4	2	Etude SONU 2020
Taux de couverture en dans les 48 heures apr	couverture en CPoN1 48 heures après nement ;	11,7 %	15%	25%	30%	40%	45%	20%	EDS
Pourcentage des femmes enceintes séropositives attenc sous Traitement Préventif ARV	Pourcentage des femmes enceintes séropositives attendues sous Traitement Préventif ARV	96,70%	61%	62%	64%	%99	%89	20%	Progress report n 7 Données de routine

EFFET 1.2 Augmenter le taux de prévalence contraceptive	Pourcentage des femmes en âge de procréer utilisant une méthode moderne de contraception	16%	21%	23%	25%	27%	29%	30%	Projection Démographique, Atelier de quantification des Contraceptifs
(méthodes modernes) pour toutes les femmes en âge de procréer de 16 à 30 % d'ici 2020	Pourcentage des femmes en âge de procréer utilisant une méthode moderne de longue durée	4%	10 %	12 %	14 %	16%	18%	20 %	EDS
	Pourcentage des femmes en âge de procréer dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits	17 %	15 %	14 %	13 %	12%	11%	10%	EDS
	Pourcentage des agents de santé formés en planification familiale	3 %							Enquêtes Données de routine
	Pourcentage des formations sanitaires qui fournissent la planification familiale								Enquêtes Données de routine

	Prévalence des grossesses précoces chez les adolescentes de 15 à 19 ans	25,2%	23,0%	21,5%	19,5%	17,5%	15,5%	12,5%	EDS
EFFET 1.3: La prévalence des grossesses précoces et des IST/VIH chez les	Pourcentage des IST/VIH chez les adolescentes et jeunes de 15-24 ans	2,2 %	2 %	1,8 %	1,6 %	1,4%	1,2 %	1,1%	EDS-MICS
adolescents et jeunes est réduite de 50% d'ici 2020, par rapport à la situation de 2014	Pourcentage des accouchements d'adolescentes pris en charge par le personnel qualifié	%9′09	%5′99	%0′69	71,5%	74,5%	77,5%	%08	EDS
	Prévalence contraceptive moderne chez les adolescents/jeunes sexuellement actifs et non en union de 15 à 19 ans	51%	26%	29%	62%	65%	67%	70%	EDS
	Pourcentage de formations sanitaires et autres structures qui offrent des services de SR accessibles et adaptés aux adolescents/jeunes	Ω	14,5%	21,5%	28,5%	35,5%	42,5%	20%	Rapports
IMPACT 2 Le ratio de mortalité néonatale est réduit de 31 décès pour 1000 naissances vivantes en 2014 à 20 décès pour 1000 naissances en 2020, soit une réduction de 6,1% par an	Ratio de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	31%o NV	28%o NV	26%o NV	24‰ NV	22%o NV	21%o NV	20% NV	EDS

EFFET 2.1: Atteindre une couverture d'au moins 80 % des interventions à haut impact sur la santé néonatale de qualité	Proportion de nouveau-nés prématurés qui atteignent l'âge de un an	Q Q	10,5%	12,5%	16,5%	20,5%	25,5%	30%	EDS
	Taux de prématurité chez les nouveau- nés vivants	10%	%9′8	%6'L	7,1%	6,4%	2,7%	2%	EDS
	Pourcentage de nouveau-nés qui bénéficient dans les 14 jours suivant la naissance d'un suivi correct	27,8%	34,5%	37,5%	40,5%	43,5%	46,5%	20%	EDS
	Pourcentage de nouveau-nés qui sont mis au sein maternels dans l'heure suivant la naissance.	40%	20%	54%	28%	62%	%99	70%	EDS
	Pourcentage des formations sanitaires sans rupture de stocks en kits de réanimation du nouveau-né	Ŋ	14,3 %	21,4 %	28,6 %	35,7%	42,9%	% 05	EDS
	Taux de couverture vaccinale chez les nouveau-nés pour la polio 0	48%	%0′09	%0′99	72,0%	78,0%	84,0%	%06	EDS
	Taux de couverture vaccinale chez les nouveau-nés pour le BCG	Ŋ	14,3 %	21,4 %	28,6 %	35,7%	42,9%	% 05	EDS Rapports
	Proportion de nouveau-nés qui reçoit des soins en période post-natale dans la communauté selon les normes nationales.	Q	22,9%	34,3%	45,7%	57,1%	%9'89	%08	EDS Rapports

IMPACT 3: Le ratio de mortalité infanto-juvénile est réduit de 122 décès pour 1000 naissances vivantes en 2014 à 80 décès pour 1000 naissances en 2020, soit une réduction de 7% par an	Ratio de mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) (pour 1000 naissances vivantes)	122‰ NV	114‰ NV	106‰ NV	99% NN	92‰ NV	86‰ NV	80‰ NV	EDS
	Ratio de mortalité infantile (0-1 an) (pour 1000 naissances vivantes)	62‰ NV	58% NV	53‰ NV	48%º NV	45% NV	42% NV	40‰ NV	EDS
	Ratio de mortalité juvénile (1-5 ans) (pour 1000 naissances vivantes)	63‰ NV	55% NV	50‰ NV	45%o NV	40% NV	35‰ NV	30‰ NV	EDS
EFFET 3.1. Atteindre une couverture d'au moins 80 % des interventions a haut impact sur la santé infanto-juvénile de qualité	Pourcentage d'enfants de 11-23 mois complètement vaccinés	53%	64%	%69	74%	%62	%58	%06	EDS
	Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous les moustiquaires imprégnés à longue durée d'action (MILDA) ;	46,4%	20%	25%	%09	%59	75%	%08	Enquête sur le paludisme, EDS, MICS
	Pourcentage des enfants nés des mères séropositives qui sont séropositifs au VIH/SIDA.	8,4%	%8	%2	%9	%5	4,5%	4,2%	Rapport Annuel CNLS
	Proportion d'enfants nés des mères séropositives qui font un diagnostic précoce à VIH ;	26%	44,5%	53,5%	63%	72%	81%	%06	Rapport de progrès N°7
	Proportion d'épisodes de fièvre pris en charge chez les enfants de moins de 5 ans selon les normes nationales (ACT dans les 24 hrs);	23,1%	36,5%	43,2%	49,9%	%9′95	63,3%	%02	EDS
	Proportion d'épisodes de diarrhée simple correctement pris en charge avec ORL chez les enfants de moins de 5 ans	23%	30,7%	34,6%	38,4%	42,3%	46,1%	%05	EDS
	Proportion d'épisodes d'infection respiratoire aigüe pris en charge selon les normes nationales chez les enfants de moins de 5 ans.	QN	14,3%	21,4%	28,6%	35,7%	42,9%	%05	EDS
	Pourcentage de formations sanitaires des districts de santé fournissant des prestations en PCIME selon les normes nationales	Q	20%	30%	40%	20%	%09	%02	EDS
	Pourcentage des districts de santé fournissant des prestations en PCIME selon les normes nationales	QN	20%	30%	40%	20%	%09	%02	EDS

IMPACT 4: Réduire de 50 % la morbidité liée à la santé de la reproduction (femmes, enfants, nouveau-nés, adolescents/jeunes, personnes âgées et des hommes).									
	Taux de dépistage et de prise en charge appropriée des IST/VIH chez les personnes âgées au cours de l'année passée.	ΩN	17,1%	25,7%	34,3%	42,9%	51,4%	%09	EDS
EFFET 4.1 Au moins 60% des problèmes de SR spécifiques aux personnes âgées sont pris en charge de manière appropriée d'ici 2020.	Taux de dépistage et de prise en charge appropriée pour les problèmes d'andropause/ ménopause parmi les personnes âgées.	Ω	17,1%	25,7%	34,3%	42,9%	51,4%	%09	EDS
	Proportion des régions avec au moins une structure qui offre des services de santé de la reproduction spécifique aux personnes âgées d'ici 2020 ;	ΩZ	10%	20%	40%	%09	80%	100%	Rapports
	Proportion des régions avec au moins une structure de prise en charge efficace de cancers génésiques	ΩN	28,6%	42,9%	57,1%	71,4%	85,7%	100%	EDS
EFFET 4.2: Au moins 60% des cas de cancers génésiques dépistés sont pris en charge de manière appropriée et selon les normes d'ici 2020.	% de la population cible ayant eu un test de dépistage des cancers génésiques au cours des 2 dernières années	Ω	17,1%	25,7%	34,3%	42,9%	51,4%	%09	EDS
	Pourcentage de la population cible dépistée pour les cancers génésiques au cours des 2 dernières années qui ont été pris en charge selon le protocole	ΩZ	17,1%	25,7%	34,3%	42,9%	51,4%	%09	EDS

EFFET 4.3: Au moins 60 % des pratiques néfastes à la SRMNI et des violences faites aux femmes sont prises en charge d'ici 2020	Proportion de femmes qui ont été victimes de violences domestiques physiques.	45%	36,4%	32,1%	27,9%	23,6%	19,3%	15%	EDS
	Proportion de femmes victimes de mutilations génitales prises en charge de façon adéquate	1,4%	1,2%	1,1%	1,0%	%6′0	%8′0	%02'0	EDS
	Pourcentage de la population sensibilisée sur les pratiques néfastes à la santé de la reproduction	NO	14,3%	21,4%	28,6%	35,7%	42,9%	20%	EDS
	Pourcentage des hommes capacités en leur rôle dans la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction	ND	5,7%	%9′8	11,4%	14,3%	17,1%	20%	EDS
	Pourcentage de jeunes filles et femmes (0-49 ans) victimes de viol ayant bénéficié d'une prise en charge adéquate (VIH+grossesse)	N O	14,3%	21,4%	28,6%	35,7%	42,9%	20%	EDS
	Pourcentage de jeunes filles et adolescentes (10-24 ans) victimes de viol ayant bénéficié de la double protection (VIH + grossesse)	ND	14,3%	21,4%	28,6%	35,7%	42,9%	20%	EDS

EFFET 4.8: Au moins 80% des dysfonctionnements sexuels, infécondité/infertilité sont pris en charge d'ici 2020	Pourcentage de cas de dysfonctionnements sexuels pris en charge selon les normes	Q	22,9%	34,3%	45,7%	57,1%	68,6%	80%	EDS
	Pourcentage des cas d'infécondité/infertili- té pris en charge selon les normes	Q	22,9%	34,3%	45,7%	57,1%	%9′89	80%	EDS
	Pourcentage de femmes victimes des fistules obs- tétricales.	0,4%	%8′0	%8′0	%8′0	0,3%	0,2%	0,20%	EDS
	Pourcentage de cas de fistules obstétricales pris en charge	ND	20%	30%	40%	20%	55%	%09	EDS
EFFET 4.9: Au moins 60% des cas de fistules obstétricales sont pris en charge selon les normes d'ici 2020	Pourcentage de la popu- lation sensibilisée sur les fistules obstétricales	23%	31%	35%	39%	42%	46%	20%	EDS
	Pourcentage des hommes dont les capacités sont renforcées en leur rôle dans la lutte contre les fistules obstétricales	QN	14,3%	21,4%	28,6%	35,7%	42,9%	20%	EDS

Tableau 16: Cadre de Suivi

Montant du budget de l'Etat % d'adolescentes/jeunes ayant bénéficié du counseling sur la alloué à la SRMNI planification familiale/IST/VIH		
ires aux AG/ sent ins urs	Prévalence des grossesses précoces chez les adolescentes Prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer Incidence des IST/VIH chez les adolescents/jeunes Pourcentage de besoins en PF satisfaits Prévalence du VIH/SIDA chez les enfants de moins de cinq ans nés de mères séropositives Prévalence des maladies évitables par la vaccination Taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de cinq ans Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans Incidence des fistules obstétricales Pourcentage d'enfants exclusivement allaités dans les 6 premiers mois	Ratio de mortalité maternelle Ratio de mortalité infanto- juvénile Ratio de mortalité des adolescents/jeunes (10-24 ans) Morbidité liée à la santé de la reproduction des femmes, adolescents/jeunes, hommes et personnes âgées.



CHAPITRE 6: BUDGET

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Axe stratégique 1								
1.1 Mettre en œuvre le plan de commu- nication intégré SRMNI y compris le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la pro- motion des PFE	1,300,000,000	1,300,000,000 1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	9,100,000,000
Total 1	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	1,300,000,000	9,100,000,000
Axe stratégique 2								
2.1 Subventionner les soins du nouveau- né, des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes (y compris les kits obstétricaux)	3,922,846,720	4,275,504,330	4,644,913,654	5,031,736,305	5,369,949,590	5,791,812,390	6,233,167,866	35,269,930,855
2.2 Appuyer la mise en place des mu- tuelles de santé et d'une assurance ma- ladie obligatoire	750,000,000	525,000,000	525,000,000	300,000,000	300,000,000	300,000,000	300,000,000	3,000,000,000,8
2.3 Appuyer la mise en place des activi- tés génératrices de revenus par les ONG	3,500,000	3,500,000	3,500,000	3,500,000	3,500,000	3,500,000	3,500,000	24,500,000
Total 2	4,676,346,720	4,804,004,330	5,173,413,654	5,335,236,305	5,673,449,590	6,095,312,390	6,536,667,866	38,269,930,855

Axe Stratégique 3								
3.1 Renforcer la stratégie avancée intégrée	000'000'009	000'000'009	000'000'009	000'000'000	000'000'009	000'000'009	000'000'009	4,200,000,000
3.2 Fournir les motos, les motos-ambulances et les ambulances médicalisées aux formations sanitaires dans les D.S prioritaires SRMNI	3,175,000,000	2,525,000,000	2,100,000,000	1,725,000,000	1,725,000,000	875,000,000	875,000,000	13,000,000,000
3.3 Rénover / réhabiliter les maternités des formations sanitaires (5 ^{eme} et 6 ^{eme} cat.), les hôpitaux (1 ^{ére} à 4 ^{éme} cat.) et les cases d'dans les D.S prioritaires SRMNI	14,250,000,000	12,750,000,000	9,750,000,000	7,875,000,000	6,375,000,000	6,375,000,000	6,375,000,000	63,750,000,000
3.4 Construire/réhabiliter des logements pour persoennels dans les zones enclavées	225,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	75,000,000	75,000,000	75,000,000	900,000,000
3.5 Equiper les maternités des CSI, des hôpitaux de districts, régionaux et centraux selon les besoins dans les D.S prioritaires SRMNI	2,100,000,000	1,725,000,000	1,650,000,000	1,450,000,000	1,450,000,000	1,250,000,000	1,250,000,000	10,875,000,000
3.6 Mettre en place et équiper les CMA, les hôpitaux de district, régionaux, centraux en banques de sang selon les besoins	1,800,000,000	1,500,000,000	1,500,000,000	1,200,000,000	1,200,000,000	000'000'006	000'000'006	000'000'000'6
3.7 Appuyer l'extension des fonds régionaux de promotion de la santé dans toutes les régions	250,000,000	250,000,000	250,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	50,000,000	950,000,000

3.8 Renforcer la gestion logistique et la sécurisation des intrants SRMNI, y inclus la mise en place d'un système interconnecté d'information pour la gestion logistique informatisée entre la CENAME et les Centres Régionaux d'Approvisionnement	150,000,000	120,000,000	000'000'06	000'000'09	000'0000'09	000'000'099	000'000'09	000'000'009
3.9 Renforcer le système de référence contre-référence y compris l'évacuation des urgences obstétricales infantiles, et autre malades vers les formations sanitaires à tous les niveaux	17,100,000	13,500,000	11,700,000	000'006'6	8,100,000	6,300,000	4,500,000	71,100,000
3.10 Rendre l'eau potable disponible pour les formations sanitaires (forage, connexion CDE)	180,000,000	180,000,000	180,000,000	180,000,000	180,000,000	180,000,000	180,000,000	1,260,000,000
3.11 Alimenter les CSI en énergie	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	1,400,000,000
3.12 Mise à l'échelle du paiement à la performance	0	0	0	0	0	0	0	0
3.13 Développer et mettre en œuvre un système d'accréditation des formations sanitaires	10,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	910,000,000
Total 3	22,957,100,000	20,163,500,000	16,631,700,000	13,649,900,000	12,073,100,000	10,721,300,000	10,719,500,000	106,916,100,000

Axe Stratégique 4								
4.1 Former (i) les médecins généralistes en chirurgie obstétricale et (ii) les infirmiers en anesthésie	70,000,000	70,000,000	000'000'09	60,000,000	000'000'09	45,000,000	35,000,000	400,000,000
4.2 Former/ Recycler les formateurs/encadreurs dans les domaines de la SRMNI (PF, SONEU, CPNR, CPON, PCIME et PCIMA)	219,000,000	219,000,000	215,200,000	215,200,000	115,200,000	115,200,000	115,200,000	1,214,000,000
4.3. Former les ASC et assimilés en PCIME communautaire, SONEU, PTME, PF	250,000,000	2,500,000,000	250,000,000	250,000,000	2,500,000,000	2,500,000,000	2,500,000,000	10,750,000,000
4.4 Former les acteurs communautaires (ASC, OBC, Leaders communautaires, structures de dialogue, pairs éducateurséducateurs, etc.)) en SONEU, PTME, PF et SRA, .etc.	425,000,000	262,250,000	372,500,000	320,000,000	2,570,000,000	2,570,000,000	2,570,000,000	9,089,750,000
4.5 Former les prestataires en PCIME clinique et communautaire, PCIMA, SONEU (y compris les kits obstétricaux et la méthode kangourou), PTME, CPNR, CPoN, PF	531,500,000	378,000,000	371,000,000	217,500,000	214,000,000	214,000,000	214,000,000	2,140,000,000
4.6 Equiper les sites régionaux de formation en matériels pédagogiques selon les besoins	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	1,400,000,000

4.7 Former/recycler les hommes et les femmes de médias /Presse sur les thématiques et la valeur de la SMNI-J et le Planning Familial Essentiel	26,250,000	26,250,000	26,250,000	26,250,000	26,250,000	26,250,000	26,250,000	183,750,000
4.8 Former / Recycler les formateurs des administrations apparentés et des ONG des niveaux central et régional sur les thématiques et la valeur de la SRMNI et les Pratiques Familiales Essentielles	8,750,000	7,000,000	5,250,000	5,250,000	5,250,000	1,750,000	1,750,000	35,000,000
4.9 Réviser Réviser les curriculacuricula de formation du personnel de santé en matière de SRMNI	1,800,000	0	0	1,800,000	0	0	1,800,000	5,400,000
4.10 Développer/ réviserDévelopper/réviser et disséminerdisséminer les protocoles, normes et standards	50,000,000	0	50,000,000	0	50000000	0	50,000,000	200,000,000
4.11 Recycler /former les enseignants des écoles de formation de sages- femmes	21,000,000	21,000,000	21,000,000	21,000,000	21,000,000	21,000,000	21,000,000	147,000,000
4.12 Subventionner la formation des sages- femmes	200'000'000	500,000,000	500,000,000	500,000,000	500,000,000	200,000,000	500,000,000	3,500,000,000
4.13 Equiper les CMPJ pour la sensibilisation en SRA	300,000,000	300,000,000	275,000,000	250,000,000	250,000,000	225,000,000	200,000,000	1,800,000,000
4.14 Equiper les coins adolescents/ jeunes dans les hôpitaux	262,500,000	262,500,000	187,500,000	187,500,000	187,500,000	112,500,000	112,500,000	1,312,500,000
Total 4	2,865,800,000	4,746,000,000	2,533,700,000	2,254,500,000	6,699,200,000	6,530,700,000	6,547,500,000	32,177,400,000

Axe Stratégique 5								
5.1 Appuyer les réunions de coordination des plateformes régionales intégrées, avec emphase sur la redevabilité	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	20,000,000	20,000,000	350,000,000
5.2 Organiser des ate- liers annuels de plani- fication intégrée a tous les niveaux	800,000,000	800,000,000	800,000,000	800,000,000	800,000,000	800,000,000	800,000,000	5,600,000,000
5.3 Mettre en place un système d'incitation aux bonnes pratiques en di- rection des prestataires de soins	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	350,000,000
Total 5	000,000,006	000,000,006	000,000,006	000'000'006	000'000'006	000'000'006	000'000'006	6,300,000,000

Axe Stratégique 6								
6.1 Suivre et monitorer les performances du plan SRMNI aux niveaux D.S, régional et national	100,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000	700,000,000
6.2 Mener des études sur la SRMNI et documentation des bonnes pratiques (recherche fondamentale et opérationnelle) et disséminer les résultats	000'000'099	200,000,000	60,000,000	000'000'09	000'000'09	000'000'09	000'000'09	560,000,000
6.3 Renforcer la surveillance, la revue/ audit des décès maternels et néonatals avec riposte	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	20,000,000	350,000,000
6.4 Mener l'évaluation à mi-parcours et finale	0	0	0	115,500,000	0	0	115500000	231,000,000
6.5 Réviser le plan stratégique SRMNI à mi- parcours	0	0	0	25,000,000	0	0	0	25,000,000
6.6 Conduire des supervisions intégrées à tous les niveaux	300,000,000	300,000,000	300,000,000	300,000,008	300,000,008	300,000,008	300,000,000	2,100,000,000
6.7 Renforcer le système d'information sanitaire	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	1,400,000,000

o.8 Former les formateurs des niveaux central et régional (y compris les administrations apparentés) sur les techniques de planification, de suivi de la mise en œuvre des interventions à haut	50,000,000	20,000,000	50,000,000	20,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	350,000,000
6.9 Mener des audits de la qualité des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	350,000,000
6.10 Former le personnel de sante, les ECD, les DRSP et les directions centrales a la gestion des données SR	220,000,000	220,000,000	0	0	0	0	0	440,000,000
Sous-total 6	1,030,0,000,000	1,170,000,000	810,000,000	950,500,000	810,000,000	810,000,000	925,500,000	6,506,000,000

Axe Stratégique 7								
7.1 Organiser les semaines d'action de santé et de nutrition infantile et maternelle (SASNIM)	500,000,000	200,000,000	500,000,000	200,000,000	500,000,000	500,000,000	500,000,000	3,500,000,000
7.3 Mise à échelle des interventions intégrées sous directives communautaires	189,000,000	189,000,000	189,000,000	189,000,000	189,000,000	189,000,000	189,000,000	1,323,000,000
Total 7	689,000,000	689,000,000	000'000'689	000,000,689 000,000	689,000,000	689,000,000	689,000,000	4,823,000,000

Axe Stratégique 8								
8.1 Plaidoyer pour la mobilisation des ressources pérennes en faveur de la SRMNI à l'égard du secteur public central et décentralisé, parapublic et privé et des partenaires;	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	210,000,000
8.2. Organisation d'évènements de levée des fonds en faveur de la SRMNI à tous les niveaux du système de santé	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	1,400,000,000
Total 8	230,000,000	230,000,000	230,000,000	230,000,000	230,000,000	230,000,000	230,000,000	1,610,000,000
Grand Total	34,648,246,720 34,002,504,330	34,002,504,330	28,267,813,654	28,267,813,654 25,309,136,305 28,374,749,590 27,276,312,390 27,848,167,866 205,702,430,855	28,374,749,590	27,276,312,390	27,848,167,866	205,702,430,855

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Institut National de la Statistique. (2011), « Annuaire Statistique du Cameroun », Yaoundé, Cameroun
- Zohra S Lassi, Batool A Haider, and Zulfiqar A Bhutta, (2011), "Community-Based Intervention Packages for Reducing Maternal Morbidity and Mortality and Improving Neonatal Outcomes", xxxx
- République du Cameroun (2010), Document de Stratégie pour la Croissance et L'Emploi Cameroun (DSCE), Cameroun ;
- Institut National de la Statistique et Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (1999), « Enquête Démographique et de Santé 1998 », Yaoundé, Cameroun :
- Institut National de la Statistique et Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2005), « Enquête Démographique et de Santé 2004 », Yaoundé, Cameroun
- Institut National de la Statistique et Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2012), « Enquête Démographique et de Santé 2011 », Yaoundé, Cameroun
- Institut national de la Statistique (2012), « Enquête Nationale sur les indicateurs du paludisme au Cameroun 2011 », Yaoundé, Cameroun ;
- Institut national de la Statistique (2013), « Enquête post-campagne sur l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'insecticide a Longue Durée d'action », Yaoundé, Cameroun ;
- UNFPA (2010), « Etude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux néonataux d'urgence au Cameroun », Yaoundé, Cameroun ;
- UNICEF, Information sur les IST et le VIH/SIDA(www.unicef.org/wcaro/WCARO_Cameroon_Pub_KitPTME-fr. pdf °)
- La Population du Cameroun en 2010 3e RGPH
- MINSANTE Banque Mondiale Département d'Afrique Centrale Région Afrique (Draft du 27 octobre 2012) Note de politique: Améliorer la gouvernance du système de santé au Cameroun du Février 2013, ;
- Plan National d'Elimination de la Transmission Mère Enfant du VIH à l'horizon 2015 au Cameroun ; MINSANTE
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, MINSANTE, Cameroun;
- Plan Pluriannuel 2011-2015 du Programme Elargi de Vaccination, MINSANTE Cameroun;
- Plan Stratégique de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile (CARMMA) au Cameroun 2011 2013)
- Plan Stratégique du Programme National de Santé de la Reproduction 2010-2015, Novembre 2009, MINSANTE;
- Plan dede Développement desdes Ressources Humaines du Système de Santé du Cameroun 2013-2017, DRH- MINSANTE, 2013 ;
- Pourquoi investir dans la Santé de la Reproduction au Cameroun ? 2012 ;
- Rapport annuel 2012 des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun, Comité National de Lutte Contre le SIDA, MINSANTE, Cameroun ;
- Rapport annuel d'activités, PEV, 2012;
- $\bullet \ Rapport \ ECAM \ III \ 2007 (http://www.statisticshttp://www.statisticscameroon.org/downloads/annuaire 2010/chap 5.pdf)$
- Rapport national de progrès des Objectifs du Millénaire pour le Développement Année 2010 (http://www.statistics-cameroon.org/downloads/OMD/OMD_National_2010.pdf)
- Rapport national sur l'état de la Population (Enjeux et défis d'une population de 20 millions d'habitants au Cameroun en 2011), 2011, Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population ;
- Rapport sur le développement humain, 2013, PNUD;
- Réponses aux demandes d'information (RDI) par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (http://www.irb-cisr.gc.ca:8080/RIR_RDI/RIR_RDI.aspx?id=449461&l=fhttp://www.irb-cisr.gc.ca:8080/RIR_RDI/RIR_RDI/RIR_RDI.aspx?id=449461&l=f)
- Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun RaSSS Volume 1 : Résultats
- Stratégie Nationale de Lutte contre les Fistules Obstétricales 2005-2015, MINSANTE Cameroun , Année ?;
- Studies in Family Planning. 2002 Sep; 33(3):249-260. de Calves AE: , http://www.popline.org/node/243705;
- Troisième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM3), Institut National de la Statistique du Cameroun, Année ?;
- Un Cameroun de 20 Millions de ??? Face aux Défis de la Jeunesse, BUCREP, UNFPA et MINJEUN, 2011;
- Vers l'Elimination virtuelle de la transmission du VIH de la Mère à l'enfant à l'horizon 2015, Rapport de progrès N° 6, 2011, CNLS-MINSANTE ;

ANNEXES

L'offre physique des structures de santé semble globalement satisfaisante à l'échelle nationale. Toutefois, l'on note des disparités entre les Régions au regard de la population à la période de référence. Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'apprécier l'adéquation entre les formations sanitaires fonctionnelles et la demande de soins et de services

Tableau 17 : Ratios des Centres de Santé Intégrés par rapport à la population en 2010

Régions	Populations	Nombre de CSI (publics et privés)	Ratios CSI/Population
ADAMAOUA	1015622	124	1/8190
CENTRE	3525664	571	1/6174
EST	801968	157	1/5108
EXTREME-NORD	3480414	308	1/11300
LITTORAL	2865795	262	1/10938
NORD	2059229	182	1/11314
NORD-OUEST	1804695	263	1/6861
OUEST	1785285	383	1/4661
SUD	692142	187	1/3701
SUD-OUEST	1384286	211	1/6560
TOTAL Pays	19406110	2648	1/7328

Source : extrait de MINSANTE/DOSTS_2010/ RGPH 2010

ANNEXE 2 RESULTAT DE L'ANALYSE DES DISPARITES GEOGRAPHIQUES

ANALYSE DES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES BASEE SUR L'ÉQUITÉ

L'évaluation de la couverture des populations dans les régions par les interventions SRMNI à haut impact indique que les régions de L'Extrême Nord et du Nord sont les plus défavorisées, suivies de l'Est, de l'Adamaoua, et du Sud. Les 5 autres sont relativement mieux couvertes par les interventions. Voir Tableaux 8 et 9 pour une présentation comparative des régions.

TABLEAU 18: SCORING DES REGIONS PAR INDICATEUR DE COUVERTURE DE LA POPULATION EN SERVICES SRMNI

COVERAGE BY THE	INTER		ONS PER	REGI	ON										
	Prevalence Contraceptive Rate	Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante	>CPN1, personnel qualifiee	Accouchement assistee, personelforme	C-section	Soins postnatals chez mère dans 48h	ARV Chez les femmes enceintes	PCR enfts	Early initiation of BF 1h	Evacuation des selles de façon hygiénique**	Femmes sans instruction	DPT3 vaccine	SRO et rehydration continue	enfant MILDA nuitderniere	% Naissances non déclarés
ADAMAOUA	11.1	24	87.8	47.4	2.2	44.2	86	13.3	77.4	94.9	39.5	69	30.8	61.1	46
CENTRE (SANS YDE)	33.6	26.2	92.8	78.5	2.5	33.1	63.4	30.2	73.4	69.8	2.1	75.5	55.1	45.9	53.5
DOUALA	40.7	6.7	99.2	98.8	6.3	67.4	na	na	75.3	91.8	1.7	84.1	59.8	67.4	75.9
EAST	12.5	37.9	85.4	48.9	2.6	31.3	62	24.6	82.8	67.5	15.3	65.9	59.8	45.1	41.5
EXTREME NORD	3.7	29.7	59	25.1	0.5	19.4	57.5	6.3	62	60.2	62.6	45.2	36.3	17.2	27.3
LITTORAL (SANS DLA)	29.4	16.6	97.4	94.2	4	52.8	43	23.6	79.5	82.4	2.6	80.9	46.5	52.8	63.7
NORD	4.9	26.6	71.7	32.9	2.5	14.9	71.3	42.3	5.7	64.4	52	48.9	44.4	26.8	32.2
NORD - OUEST	38.1	15.7	97.6	93.6	5.9	44.7	131	68	85.8	83.6	6.3	95.4	62.3	60.8	61.4
OUEST	33.7	13.2	98.9	95.8	4.4	52.4	57	44	84.7	72.8	2.3	75.5	58.9	39.3	71.7
SUD	32.4	31.5	94.2	82.2	3.8	37.6	64	10.3	79.3	68	1.1	56.7	45.6	51.4	52.4
SUD - OUEST	40	14.4	91.3	80.1	6	53.8	121	112	80.4	79.1	2.8	88.7	67.9	53.2	39
YAOUNDE	37.3	19.4	97.6	92.9	11.5	49.7	na	na	74.4	90.8	1.6	79.3	54	49.9	71.8

TABLEAU 19 : COUVERTURES DES POPULATIONS DES REGIONS PAR LES INTERVENTIONS SRMNI A HAUT IMPACT

	Contraceptive Prevalence rate	Percentage of adolescents aged 15-19 years who has given birth at least 1	At least one ANC by qualified personnel CPN1,	Assisted deliveries	C-section	maternal- PoNC within 48h	ARV for pregnant women.	PCR test for infants	Early initiation of BF	Evacuation of fecal matters in a hygienic way.	Non-literate women	DPT3 vaccination	ORS and continuous rehydration	Child undue LLIN the night before	% declared births		Interpretation	classification
Codage	> 70% =0, 40%- 69%=1,<40%=2	> 50% =2, 49%- 20%=1, <20%=0	> 80% =0, 50%- 79%=2,<50%=4	> 80% =0, 50%- 79%=2,<50%=4	≥10% =0, 5%-9% =1 , <5% =2	> 80% =0, 50%- 79%=1,<50%=2	> 80% =0, 50%- 79%=1,<50%=2	> 80% =0, 50%- 79%=1,<50%=2	> 80% =0, 50%- 79%=1, <50%=2	> 80% =0, 50%- 79%=1, <50%=2	> 60% =2, 40%- 59% =1 , <40% =0	79% =1 , <50% =2	> 80% =0, 50%- 79%=1,<50%=2	> 80% =0, 50%- 79%=1, <50%=2	> 80% =0, 50%- 79%=1, <50%=2	TOTAL	Very disfavoured > 22 (max=34) Disfavoured =15-22 Coverage acceptable < 15 (min = 0)	
Adamaoua	2	1	0	4	2	2	0	2	1	0	0	1	2	1	2	20	Adamaoua	4
Centre (without																	Centre (without	5
Yde) Douala	2	1	0	2	2	2	1	2	1	1	0	1	1	2	1	19	Yde) Douala	12
	1	0	0	0	1	1			1	0	0	0	1	1	1	7		
East	2	1	0	4	2	2	1	2	0	1	0	1	1	2	2	21	East	3
Far Nord	2	1	2	4	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	28	Far Nord	1
Littoral (without																	Littoral (without	7
Dla) North	2	0	0	0	2	1	2	2	1	0	0	0	2	1	1	14	Dla)	2
	2	1	2	4	2	2	0	1	2	1	1	2	2	2	2	26	North	2
North-West	2	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	9	North-West	10
West	2	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	13	West	8
South	2	1	0	0	2	2	1	2	1	1	0	2	2	1	1	18	South	6
South-west	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	1	1	1	9	South-west	11

Une analyse plus poussée dans les régions, (utilisant des indicateurs plus limités en nombre) faite dans le souci de plus de visibilité sur la disparité géographique à l'intérieur des régions et pour mieux cibler les interventions, démontre qu'il y a des districts à risque partout (avec une faible couverture de la population en intervention), même à l'intérieur des régions considérées comme relativement mieux performantes..

TABLEAU 20: DISTRIBUTION DES DISTRICTS SANITAIRES PAR CATEGORIE DE RISQUE

	NOMBRE DE D	DISTRICTS PAR CA	TEGORIE DE RIS	SQUE		
REGION	TRES HAUT RISQUE	HAUT RISQUE	FAIBLE RISQUE	TRES FAIBLE RISQUE	TOTAL DISTRICTS	%
ADAMAOUA	4	4	0	0	8	4,5
CENTRE	22	8	0	0	30	16,9
EST	8	6	0	0	14	7,9
EXTREME NORD	4	22	0	2	28	15,7
LITTORAL	8	10	0	1	19	10,7
NORD	4	11	0	0	15	8,4
NORD-OUEST	8	7	1	3	19	10,7
OUEST	0	10	0	7	17	9,6
SUD	4	6	0	0	10	5,6
SUD OUEST	8	6	1	3	18	10,1
TOTAL	70	90	2	16	178	100,0
%	39,3	50,6	1,1	9,0	100,0	

C'est ainsi que selon les scores sur les couvertures des populations par les interventions SRMNI, sur les 178 districts analysés, (voir la distribution détaillée dans le tableau 10) 39,3% sont considérés comme à très haut risque (couverture très faible), 50,6% sont à haut risque, 1,1% sont à faible risque et 9% sont à très faible risque (couverture la plus élevée). Il faut noter que la notion de risque ici n'est que relative, entre les districts.

i. RESULTAT DE L'ANALYSE DES DISPARITES GEOGRAPHIQUES AU NIVEAU DISTRICT PAR REGION

		CRITE	RIA											
		ANC				DELI	VERIE	ES 25/	/100	VACC				GENERAL SCORES PER DISTRICT /16
		At leas ANC1, qualific staff (p	by ed o 100	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	eries O	Caesa section rate (Live l	on p 100	Measl vaccir		Penta	13	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigh	ıts		••••		·•·······		· ••••••••••••••••••••••••••••••••••••		······		•	YELLOW= LOW RISK
		max =	1	max	=2	max	=4	max	α=4	max	=2	max	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
ADAMAOUA	BANYO	57,8	0,75	18,0	2,0	17,8	4,0	0,8	4,0	76,0	1,0	81,3	1,0	12,8
ADAMAOUA	TIGNERE	58,9	0,75	16,0	2,0	23,3	4,0	0,9	4,0	74,1	1,0	84,7	1,0	12,8
ADAMAOUA	MEIGANGA	67,8	0,50	17,0	2,0	25,1	4,0	0,8	4,0	77,2	1,0	83,7	1,0	12,5
ADAMAOUA	NGAOUNDERE RURAL	75,6	0,50	24,0	2,0	17,3	4,0	0,7	4,0	68,9	1,0	90,0	0,0	11,5
ADAMAOUA	TIBATI	77,8	0,50	20,0	2,0	23,9	4,0	0,8	4,0	89,6	0,0	91,1	0,0	10,5
ADAMAOUA	DJOHONG	53,3	0,75	16,0	2,0	30,2	3,0	0,1	4,0	84,7	0,0	93,8	0,0	9,8
ADAMAOUA	BANKIM	70,0	0,50	22,0	2,0	39,5	3,0	1,3	4,0	93,2	0,0	98,3	0,0	9,5
ADAMAOUA	NGAOUNDERE URBAIN	80,0	0,00	30,0	1,5	54,5	1,0	3,5	3,0	58,0	1,5	74,6	1,0	8,0
CENTRE	NTUI	5,9	1,00	2,0	2,0	1,6	4,0	0,0	4,0	8,4	2,0	79,1	1,0	14,0
CENTRE	EFOULAN	0,7	1,00	0,6	2,0	0,2	4,0	0,0	4,0	58,4	1,5	65,3	1,0	13,5
CENTRE	MBALMAYO	5,6	1,00	4,4	2,0	3,8	4,0	0,1	4,0	53,1	1,5	67,8	1,0	13,5
CENTRE	MBANKOMO	16,6	1,00	7,7	2,0	6,0	4,0	0,0	4,0	55,9	1,5	70,0	1,0	13,5
CENTRE	NGOG MAPUBI	6,4	1,00	2,9	2,0	2,8	4,0	0,0	4,0	55,2	1,5	69,9	1,0	13,5

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACC INFAI				SCORES PER DISTRICT /16
		At leas ANC1, qualifi staff (Live b	by ied p 100	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	eries	Caesa sectio rate (p Live b	n o 100	Measl vaccir		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weig	hts											YELLOW= LOW RISK
		max =	=1	max	=2	max	=4	max	=4	max :	=2	max	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
CENTRE	CITE VERTE	1,2	1,00	0,8	2,0	0,5	4,0	0,1	4,0	72,7	1,0	77,3	1,0	13,0
CENTRE	DJOUNGOLO	2,0	1,00	0,6	2,0	0,5	4,0	0,0	4,0	68,7	1,0	82,8	1,0	13,0
CENTRE	ESEKA	0,0	1,00	0,0	2,0	0,0	4,0	0,1	4,0	60,1	1,0	70,0	1,0	13,0
CENTRE	MBANDJOCK	0,0	1,00	0,0	2,0	0,0	4,0	0,1	4,0	73,9	1,0	87,7	1,0	13,0
CENTRE	NANGA EBOKO	1,9	1,00	0,8	2,0	0,8	4,0	0,0	4,0	74,1	1,0	79,3	1,0	13,0
CENTRE	NKOLNDONGO	8,1	1,00	2,8	2,0	2,1	4,0	0,0	4,0	75,5	1,0	82,8	1,0	13,0
CENTRE	OKOLA	11,1	1,00	7,4	2,0	1,8	4,0	0,0	4,0	73,2	1,0	82,3	1,0	13,0
CENTRE	YOKO	5,2	1,00	1,6	2,0	2,8	4,0	0,0	4,0	70,8	1,0	77,3	1,0	13,0
CENTRE	AYOS	7,7	1,00	6,0	2,0	4,4	4,0	0,2	4,0	68,8	1,0	98,6	0,0	12,0
CENTRE	BAFIA	0,8	1,00	0,2	2,0	0,5	4,0	0,0	4,0	67,8	1,0	88,1	0,0	12,0
CENTRE	ELIG MFOMO	9,2	1,00	10,0	2,0	4,6	4,0	0,0	4,0	72,7	1,0	88,9	0,0	12,0
CENTRE	ESSE	1,1	1,00	0,7	2,0	0,3	4,0	0,0	4,0	88,0	0,0	83,5	1,0	12,0

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACC INFA				SCORES PER DISTRICT /16
		At leas ANC1, qualific staff (p	by ed o 100	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	eries)	Caesa section rate () Live b	on o 100	Measl vaccir		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigh	its			:		·						YELLOW= LOW RISK
		max =	1	max	=2	max	=4	max	:= 4	max	=2	max =	:2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
CENTRE	EVODOULA	19,8	1,00	13,8	2,0	8,0	4,0	0,2	4,0	64,9	1,0	110,0	0,0	12,0
CENTRE	MFOU	12,6	1,00	4,7	2,0	1,8	4,0	0,0	4,0	76,1	1,0	93,6	0,0	12,0
CENTRE	NGOUMOU	5,5	1,00	3,5	2,0	2,9	4,0	0,0	4,0	80,9	0,0	86,0	1,0	12,0
CENTRE	SAA	15,7	1,00	12,7	2,0	7,8	4,0	0,1	4,0	64,5	1,0	89,0	0,0	12,0
CENTRE	SOA	16,5	1,00	6,8	2,0	5,5	4,0	0,0	4,0	93,4	0,0	82,8	1,0	12,0
CENTRE	AKONOLINGA	8,9	1,00	5,6	2,0	3,0	4,0	0,1	4,0	94,1	0,0	104,9	0,0	11,0
CENTRE	AWAE	17,8	1,00	10,1	2,0	5,4	4,0	0,0	4,0	132,0	0,0	129,8	0,0	11,0
CENTRE	BIYEM ASSI	16,2	1,00	15,1	2,0	5,4	4,0	0,3	4,0	149,6	0,0	89,4	0,0	11,0
CENTRE	EBEBDA	8,0	1,00	6,5	2,0	3,8	4,0	0,0	4,0	80,2	0,0	98,5	0,0	11,0
CENTRE	MONATELE	16,9	1,00	7,1	2,0	7,0	4,0	0,2	4,0	81,3	0,0	98,1	0,0	11,0
CENTRE	NDIKINIMEKI	3,8	1,00	3,0	2,0	4,1	4,0	0,0	4,0	81,5	0,0	99,7	0,0	11,0
CENTRE	NKOLBISSON	18,1	1,00	10,4	2,0	9,9	4,0	0,1	4,0	97,2	0,0	97,6	0,0	11,0

		CRITI	ERIA											CENEDAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACC INFAI				GENERAL SCORES PER DISTRICT /16
		At lea ANC1, qualif staff (Live b	, by ied p 100	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	eries)	Caesa sectio rate (p Live b	n o 100	Measl vaccin		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weig	hts											YELLOW= LOW RISK
		max :	=1	max	=2	max :	=4	max	=4	max =	=2	max :	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
CENTRE	OBALA	21,2	1,00	18,3	2,0	15,5	4,0	0,6	4,0	80,9	0,0	97,2	0,0	11,0
EST	MOLOUNDOU	5,5	1,00	1,8	2,0	8,9	4,0	0,1	4,0	67,1	1,0	71,8	1,0	13,0
EST	BERTOUA	38,0	1,00	4,3	2,0	11,9	4,0	0,0	4,0	110,9	0,0	83,9	1,0	12,0
EST	DOUME	29,0	1,00	4,9	2,0	10,3	4,0	0,5	4,0	95,5	0,0	81,0	1,0	12,0
EST	LOMIE	31,5	1,00	2,8	2,0	10,7	4,0	1,3	4,0	101,2	0,0	78,4	1,0	12,0
EST	MESSAMENA	30,3	1,00	3,2	2,0	20,5	4,0	0,5	4,0	93,7	0,0	75,6	1,0	12,0
EST	BETARE OYA	51,1	0,75	5,6	2,0	21,0	4,0	0,6	4,0	125,2	0,0	82,3	1,0	11,8
EST	NDELELE	49,7	0,75	2,4	2,0	20,8	4,0	0,3	4,0	86,8	0,0	81,6	1,0	11,8
EST	YOKADOUMA	41,4	0,75	4,7	2,0	15,7	4,0	0,7	4,0	87,7	0,0	67,9	1,0	11,8
EST	MBANG	24,8	1,00	4,7	2,0	23,7	4,0	1,7	4,0	87,5	0,0	89,4	0,0	11,0
EST	NGUELEMENDOUKA	15,9	1,00	2,0	2,0	14,7	4,0	1,0	4,0	83,5	0,0	89,2	0,0	11,0

		CRITE	RIA											CENEDAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACC INFAI				GENERAL SCORES PER DISTRICT /16
		At leas ANC1, qualific staff (p	by ed o 100	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	eries)	Caesa sectio rate (p Live b	n o 100	Measl vaccin		Penta:	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigh	its							Ē				YELLOW= LOW RISK
		max =	1	max	=2	max :	=4	max	=4	max =	=2	max =	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
EST	ABONG MBANG	59,8	0,75	5,8	2,0	32,2	3,0	0,6	4,0	85,3	0,0	83,5	1,0	10,8
EST	BATOURI	52,1	0,75	10,9	2,0	25,6	4,0	1,4	4,0	393,5	0,0	105,2	0,0	10,8
EST	KETTE	43,7	0,75	1,8	2,0	18,1	4,0	0,1	4,0	112,4	0,0	90,7	0,0	10,8
EST	GAROUA BOULAI	113,7	0,00	19,7	2,0	42,9	3,0	3,0	3,0	110,6	0,0	97,8	0,0	8,0
EXTR. NORD	KOUSSERI	18,4	1,00	18,0	2,0	21,5	4,0	0,34	4,0	69,4	1,0	86,1	1,0	13,0
EXTR. NORD	VELE	41,8	0,75	14,8	2,0	7,1	4,0	0,00	4,0	70,7	1,0	75,7	1,0	12,8
EXTR. NORD	MORA	6,9	1,00	7,5	2,0	2,0	4,0	0,00	4,0	81,1	0,0	82,2	1,0	12,0
EXTR. NORD	MOULVOUDAYE	17,7	1,00	4,0	2,0	1,4	4,0	0,00	4,0	104,8	0,0	83,4	1,0	12,0
EXTR. NORD	KAR HAY	30,1	1,00	11,6	2,0	4,9	4,0	0,00	4,0	96,7	0,0	90,7	0,0	11,0
EXTR. NORD	KOZA	28,2	1,00	18,1	2,0	1,9	4,0	0,00	4,0	104,8	0,0	107,7	0,0	11,0
EXTR. NORD	MAROUA RURAL	10,9	1,00	4,4	2,0	1,3	4,0	0,00	4,0	95,5	0,0	98,5	0,0	11,0

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100		INAT NTS/			SCORES PER DISTRICT /16
REGIONS	DISTRICTS	At leas ANC1, qualific staff (p Live bi	by ed o 100 rth)	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	eries)	Caesa sectio rate (p Live b	n o 100	Meas vaccii		Penta:	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
		max =		max	=2	max	=4	max	: =4	max	=2	max =	= 2	VELLOW= LOW RISK (7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
EXTR. NORD	MINDIF	0,9	1,00	0,4	2,0	10,1	4,0	0,17	4,0	85,5	0,0	92,8	0,0	11,0
EXTR. NORD	MOGODE	137,4	0,00	41,6	1,0	9,4	4,0	0,00	4,0	71,7	1,0	86,7	1,0	11,0
EXTR. NORD	PETTE	11,7	1,00	1,4	2,0	1,7	4,0	0,19	4,0	81,9	0,0	96,9	0,0	11,0
EXTR. NORD	ROUA	39,6	1,00	25,8	2,0	8,4	4,0	0,00	4,0	83,5	0,0	92,8	0,0	11,0
EXTR. NORD	TOKOMBERE	80,4	0,00	54,7	1,0	26,2	4,0	0,82	4,0	72,9	1,0	75,3	1,0	11,0
EXTR. NORD	GUERE	42,3	0,75	15,1	2,0	15,2	4,0	0,00	4,0	88,5	0,0	93,3	0,0	10,8
EXTR. NORD	GUIDIGUIS	45,1	0,75	14,4	2,0	5,0	4,0	0,00	4,0	98,9	0,0	97,1	0,0	10,8
EXTR. NORD	MAGA	49,9	0,75	22,9	2,0	10,1	4,0	0,17	4,0	99,3	0,0	100,9	0,0	10,8
EXTR. NORD	MAKARY	49,9	0,75	22,9	2,0	10,1	4,0	0,17	4,0	84,9	0,0	101,2	0,0	10,8
EXTR. NORD	MAROUA URBAIN	44,1	0,75	21,8	2,0	14,9	4,0	0,00	4,0	102,9	0,0	91,8	0,0	10,8
EXTR. NORD	MERI	49,9	0,75	22,9	2,0	10,1	4,0	0,17	4,0	96,2	0,0	91,7	0,0	10,8
EXTR. NORD	MOUTOURWA	42,3	0,75	28,9	2,0	19,5	4,0	0,32	4,0	83,7	0,0	90,1	0,0	10,8

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	ES 25/	100	VACC INFAN				SCORES PER DISTRICT /16
DECIONS	DISTRICTS	At leas ANC1, qualific staff (p Live bid	by ed o 100	4 ANC least 100 Li birth	(р	Assis deliv (p 10 Live l	eries	Caesa section rate (p Live bi	n 100	Measlo vaccin		Penta:	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigh	its											YELLOW= LOW RISK
		max =	1	max	=2	max	=4	max	=4	max =	=2	max =	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
EXTR. NORD	YAGOUA	52,7	0,75	21,3	2,0	4,2	4,0	0,01	4,0	89,6	0,0	96,4	0,0	10,8
EXTR. NORD	GOULFEY	88,6	0,00	34,8	1,5	12,3	4,0	0,00	4,0	82,0	0,0	83,0	1,0	10,5
EXTR. NORD	MADA	115,6	0,00	23,6	2,0	12,0	4,0	0,21	4,0	122,0	0,0	103,1	0,0	10,0
EXTR. NORD	BOURHA	79,3	0,50	56,5	1,0	26,3	4,0	0,23	4,0	95,0	0,0	97,8	0,0	9,5
EXTR. NORD	MOKOLO	70,7	0,50	40,3	1,0	12,1	4,0	0,71	4,0	99,7	0,0	101,1	0,0	9,5
EXTR. NORD	KAELE	107,4	0,00	44,8	1,0	20,3	4,0	0,08	4,0	86,7	0,0	92,7	0,0	9,0
EXTR. NORD	HINA	123,5	0,00	87,0	0,0	24,6	4,0	1,90	4,0	99,4	0,0	110,1	0,0	8,0
EXTR. NORD	BOGO	509,0	0,00	13,8	2,0	96,1	0,0	0,22	4,0	89,8	0,0	100,1	0,0	6,0
EXTR. NORD	KOLOFATA	241,4	0,00	89,5	0,0	46,4	1,0	0,30	4,0	111,8	0,0	125,8	0,0	5,0
LITTORAL	YABASSI	56,1	0,75	7,4	2,0	17,1	4,0	1,9	4,0	37,7	2,0	51,8	1,5	14,3
LITTORAL	DEIDO	29,1	1,00	23,8	2,0	25,3	4,0	1,8	4,0	49,0	1,5	52,5	1,5	14,0
LITTORAL	LOGBABA	40,6	0,75	5,9	2,0	9,5	4,0	0,5	4,0	10,9	2,0	65,4	1,0	13,8

		CRITE	RIA											CENEDAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACC INFAI				GENERAL SCORES PER DISTRICT /16
		At leas ANC1, qualific staff (p	by ed o 100	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live k	eries	Caesa sectio rate (p Live b	n 5 100	Measl vaccir		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigh	nts											YELLOW= LOW RISK
		max =	1	max	=2	max	=4	max	=4	max :	=2	max :	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
LITTORAL	CITE PALMIERS	30,1	1,00	12,6	2,0	23,4	4,0	1,0	4,0	58,1	1,0	62,0	1,0	13,0
LITTORAL	DIBOMBARI	26,1	1,00	7,8	2,0	17,6	4,0	0,0	4,0	72,6	1,0	81,0	1	13,0
LITTORAL	EDEA	123,6	0,00	1,3	2,0	7,0	4,0	0,0	4,0	51,9	1,5	61,5	1,0	12,5
LITTORAL	NKONGSAMBA	23,0	1,00	16,0	2,0	23,1	4,0	2,3	3,0	54,9	1,5	67,8	1,0	12,5
LITTORAL	MELONG	102,2	0,00	8,0	2,0	22,8	4,0	1,6	4,0	65,9	1,0	79,9	1,0	12,0
LITTORAL	NKONDJOCK	82,3	0,00	11,0	2,0	32,4	3,0	0,7	4,0	66,6	1,0	79,8	1	11,0
LITTORAL	NDOM	58,8	0,75	8,0	2,0	24,0	4,0	0,0	4,0	84,1	0,0	91,8	0,0	10,8
LITTORAL	MANJO	32,1	1,00	12,3	2,0	34,4	3,0	1,9	4,0	92,4	0,0	92,6	0,0	10,0
LITTORAL	NGAMBE	203,5	0,00	8,7	2,0	28,3	4,0	1,9	4,0	96,4	0,0	97,7	0,0	10,0
LITTORAL	MANOKA	194,7	0,00	33,2	1,5	5,1	4,0	1,9	4,0	211,8	0,0	200,8	0,0	9,5
LITTORAL	NYLON	37,8	1,00	35,4	1,5	42,0	3,0	1,5	4,0	102,4	0,0	102,2	0,0	9,5

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACC INFA				SCORES PER DISTRICT /16
		At leas ANC1, qualific staff (p	by ed o 100	4 ANC least 100 Li birth	(р	Assist delive (p 100 Live b	eries)	Caesa sectio rate (p Live b	n o 100	Measl vaccir		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigh	its											YELLOW= LOW RISK
		max =	:1	max :	=2	max	=4	max	=4	max:	=2	max:	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
LITTORAL	NEW BELL	68,1	0,50	152,8	0,0	43,4	3,0	3,6	3,0	53,9	1,5	62,6	1,0	9,0
LITTORAL	MBANGA	127,4	0,00	21,5	2,0	52,3	1,0	0,7	4,0	95,9	0,0	87,6	1,0	8,0
LITTORAL	POUMA	28,2	1,00	9,9	2,0	53,1	1,0	3,0	3,0	75,3	1,0	93,1	0,0	8,0
LITTORAL	BONASSAMA	56,6	0,75	54,8	1,0	38,2	3,0	4,0	2,0	81,5	0,0	85,0	1,0	7,8
LITTORAL	LOUM	200,7	0,00	20,8	2,0	87,9	0,0	7,2	0,0	107,9	0,0	122,0	0,0	2,0
Name of Region	District	Perf.	scores	Perf.	scores	Perf.	scores	Perf.	scores	Perf.	scores	Perf.	scores	scores
NORD	POLI	49,2	0,75	23,1	2,0	6,9	4,0	0,2	4,0	53,0	1,5	60,0	1,0	13,3
NORD	GAROUA II	42,7	0,75	14,7	2,0	11,2	4,0	0,4	4,0	60,0	1,0	68,0	1,0	12,8
NORD	GAROUA URBAIN	20,5	1,00	19,8	2,0	10,1	4,0	0,4	4,0	87,0	0,0	84,0	1,0	12,0
NORD	PITOA	58,7	0,75	56,7	1,0	18,7	4,0	0,0	4,0	61,0	1,0	71,0	1,0	11,8
NORD	BIBEMI	97,6	0,00	57,1	1,0	15,8	4,0	0,1	4,0	68,0	1,0	85,0	1,0	11,0

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACC INFA				SCORES PER DISTRICT /16
REGIONS	DISTRICTS	At leas ANC1, qualifi staff (Live bi	by ed p 100 rth)	4 ANG least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	ries)	Caesa section rate () Live b	on p 100	Measi vaccir		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11), YELLOW=
		max =		max	=2	max :	=4	max	:= 4	max :	=2	max =	=2	LOW RISK (7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
NORD	GASCHIGA	69,1	0,50	31,2	1,5	7,5	4,0	0,4	4,0	82,0	0,0	85,0	1,0	11,0
NORD	REY BOUBA	33,3	1,00	64,0	0,0	12,4	4,0	0,4	4,0	75,0	1,0	87,0	1,0	11,0
NORD	TCHOLLIRE	15,3	1,00	11,3	2,0	3,0	4,0	0,1	4,0	88,0	0,0	95,0	0,0	11,0
NORD	TOUBORO	138,8	0,00	45,0	1,0	1,6	4,0	0,1	4,0	64,0	1,0	69,0	1,0	11,0
NORD	FIGUIL	56,6	0,75	62,4	0,0	25,1	4,0	0,4	4,0	71,0	1,0	80,0	1,0	10,8
NORD	LAGDO	85,2	0,00	45,3	1,0	20,5	4,0	0,4	4,0	105,0	0,0	86,0	1,0	10,0
NORD	NGONG	84,6	0,00	52,5	1,0	12,0	4,0	0,1	4,0	82,0	0,0	82,0	1,0	10,0
NORD	GUIDER	69,0	0,50	63,2	0,0	20,4	4,0	3,1	3,0	72,0	1,0	80,0	1,0	9,5
NORD	MAYO OULO	62,6	0,50	47,7	1,0	15,8	4,0	0,1	4,0	101,0	0,0	110,0	0,0	9,5
NORD	GOLOMBE	121,4	0,00	49,8	1,0	8,1	4,0	0,4	4,0	92,0	0,0	98,0	0,0	9,0
NORD OUEST	BAFUT	21,7	1,00	0,3	2,0	31,5	4,0	1,0	4,0	56,5	1,5	56,9	1,5	14,0

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100		INAT NTS/			SCORES PER DISTRICT /16
DECIONS		At leas ANC1, qualifi staff (Live b	by ed p 100	4 ANC least 100 Li birth	(р	Assist delive (p 100 Live b	eries O	Caesa section rate (Live k	on p 100	Meas vaccii		Penta:	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weig	hts											YELLOW= LOW RISK
		max =	=1	max	=2	max	=4	max	x = 4	max	=2	max =	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
NORD OUEST	BENAKUMA	23,2	1,00	19,1	2,0	10,1	4,0	0,4	4,0	64,2	1,0	75,0	1,0	13,0
NORD OUEST	NWA	49,9	0,75	18,7	2,0	35,2	4,0	0,0	4,0	64,1	1,0	72,8	1,0	12,8
NORD OUEST	WUM	42,5	0,75	40,1	1,5	32,3	4,0	1,2	4,0	78,9	1,0	79,5	1,0	12,3
NORD OUEST	MBENGWI	31,7	1,00	5,6	2,0	46,3	2,0	1,7	4,0	59,0	1,5	59,6	1,5	12,0
NORD OUEST	BALI	58,0	0,75	24,8	2,0	45,6	2,0	1,7	4,0	41,2	1,5	46,9	1,5	11,8
NORD OUEST	BATIBO	43,6	0,75	35,8	1,5	39,8	4,0	3,4	3,0	54,6	1,0	63,4	1,0	11,3
NORD OUEST	NKAMBE	56,1	0,75	33,8	1,5	34,5	4,0	1,6	4,0	82,0	0,0	87,7	1,0	11,3
NORD OUEST	NJIKWA	35,0	1,00	7,1	2,0	28,3	4,0	0,0	4,0	105,5	0,0	114,0	0,0	11,0
NORD OUEST	AKO	42,2	0,75	41,6	1,5	24,3	4,0	0,5	4,0	121,8	0,0	130,4	0,0	10,3
NORD OUEST	BAMENDA	27,5	1,00	9,6	2,0	47,5	2,0	2,9	3,0	59,8	1,0	64,5	1,0	10,0
NORD OUEST	OKU	43,5	0,75	26,8	2,0	58,6	1,0	0,7	4,0	69,3	1,0	73,6	1,0	9,8
NORD OUEST	NDU	48,3	0,75	25,3	2,0	64,2	0,0	1,4	4,0	75,3	1,0	85,6	1,0	8,8

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI\	/ERIE	S 25/	100		INAT NTS/1			SCORES PER DISTRICT /16
DECIONS	DISTRICTS	At leas ANC1, qualific staff (p Live bi	by ed o 100	4 ANC least 100 Li birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	ries	Caesa sectio rate (_I Live b	on p 100	Meas vaccii		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigh	ıts											YELLOW= LOW RISK
		max =	1	max	=2	max =	=4	max	: =4	max	=2	max :	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
NORD OUEST	NDOP	61,1	0,50	45,8	1,0	57,2	1,0	1,3	4,0	79,5	1,0	84,4	1,0	8,5
NORD OUEST	FUNDONG	49,7	0,75	39,1	1,5	39,7	4,0	6,5	0,0	68,1	1,0	82,0	1,0	8,3
NORD OUEST	TUBAH	46,6	0,75	42,7	1,5	118,6	0,0	1,9	4,0	69,0	1,0	89,2	0,0	7,3
NORD OUEST	KUMBO EAST	94,5	0,00	80,8	0,0	85,9	0,0	2,9	3,0	64,5	1,0	72,3	1,0	5,0
NORD OUEST	SANTA	74,4	0,50	43,9	1,5	63,3	0,0	3,6	3,0	87,8	0,0	94,6	0,0	5,0
NORD OUEST	KUMBO WEST	93,3	0,00	84,0	0,0	93,3	0,0	11,6	0,0	66,3	1,0	77,6	1,0	2,0
OUEST	BAHAM	76,5	0,50	28,1	2,0	37,1	4,0	1,7	4,0	96,0	0,0	104,0	0,0	10,5
OUEST	BAMENDJOU	94,5	0,00	33,9	1,5	32,7	4,0	2,3	3,0	58,0	1,0	74,0	1,0	10,5
OUEST	MBOUDA	112,1	0,00	43,2	1,5	37,8	4,0	3,1	3,0	69,0	1,0	79,0	1,0	10,5
OUEST	PENKA MICHEL	87,9	0,00	37,5	1,5	29,9	4,0	1,1	4,0	80,0	0,0	86,0	1,0	10,5
OUEST	BANGANGTE	78,1	0,50	31,4	1,5	32,6	4,0	1,2	4,0	83,0	0,0	88,0	0,0	10,0
OUEST	BANDJOUN	45,0	0,75	20,9	2,0	27,0	4,0	3,9	3,0	81,0	0,0	91,0	0,0	9,8

		CRITEI	RIA											CENEDAL
		ANC				DELI	VERIE	S 25/	100	VACCI INFAN				GENERAL SCORES PER DISTRICT /16
REGIONS	DISTRICTS	At least ANC1, I qualifie staff (p Live bir	oy ed 100 eth)	4 ANC least 100 Li birth	(р	Assist delive (p 100 Live b	eries)	Caesa sectio rate (p Live b	on o 100	Measle vaccin		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
		max =		max	=2	max	=4	max	: =4	max =	:2	max :	=2	VELLOW= LOW RISK (7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
OUEST	GALIM	93,2	0,00	37,2	1,5	35,7	4,0	0,4	4,0	116,0	0,0	115,0	0,0	9,5
OUEST	BANDJA	77,2	0,50	30,6	1,5	27,1	4,0	2,3	3,0	94,0	0,0	112,0	0,0	9,0
OUEST	DSCHANG	93,2	0,00	54,2	1,0	33,6	4,0	1,8	4,0	101,0	0,0	102,0	0,0	9,0
OUEST	BATCHAM	139,5	0,00	58,2	1,0	47,5	1,0	0,9	4,0	76,0	1,0	82,0	1,0	8,0
OUEST	KEKEM	133,4	0,00	42,4	1,5	45,9	1,0	0,1	4,0	79,0	1,0	95,0	0,0	7,5
OUEST	MASSANGAM	111,4	0,00	25,3	2,0	49,3	1,0	0,3	4,0	137,0	0,0	142,0	0,0	7,0
OUEST	BAFANG	100,1	0,00	40,7	1,5	44,2	2,0	4,7	2,0	81,0	0,0	86,0	1,0	6,5
OUEST	BANGOURAIN	191,8	0,00	72,0	0,0	73,4	0,0	0,2	4,0	62,0	1,0	78,0	1,0	6,0
OUEST	MIFI	110,4	0,00	44,8	1,5	46,4	1,0	2,6	3,0	112,0	0,0	112,0	0,0	5,5
OUEST	KOUOPTAMO	211,5	0,00	67,2	0,0	74,6	0,0	0,5	4,0	100,0	0,0	112,0	0,0	4,0
OUEST	MALENTOUEN	147,6	0,00	66,1	0,0	62,2	0,0	1,8	4,0	143,0	0,0	142,0	0,0	4,0
OUEST	FOUMBAN	121,0	0,00	64,0	0,0	60,3	0,0	2,9	3,0	106,0	0,0	124,0	0,0	3,0

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELIN	/ERIE	S 25/	100	VACC INFAI				SCORES PER DISTRICT /16
REGIONS	DISTRICTS	At leas ANC1, qualific staff (p Live bi	by ed o 100 rth)	4 ANC least 100 Li birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	ries	Caesa section rate (p	n o 100	Measl vaccin		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
		max =		max	=2	max :	=4	max	: =4	max :	=2	max :	=2	VELLOW= LOW RISK (7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
OUEST	SANTCHOU	174,5	0,00	69,7	0,0	64,5	0,0	2,3	3,0	96,0	0,0	118,0	0,0	3,0
OUEST	FOUMBOT	197,8	0,00	92,0	0,0	114,1	0,0	6,9	0,0	100,0	0,0	142,0	0,0	0,0
SUD	DJOUM	8,8	1,00	2,2	2,0	4,1	4,0	0,5	4,0	43,0	1,5	30,0	2,0	14,5
SUD	MEYOMESSALA	48,9	0,75	16,8	2,0	19,5	4,0	0,2	4,0	64,0	1,0	80,0	1,0	12,8
SUD	ZOETELE	57,9	0,75	19,4	2,0	21,2	4,0	0,8	4,0	70,0	1,0	75,0	1,0	12,8
SUD	EBOLOWA	70,8	0,50	22,9	2,0	20,5	4,0	0,5	4,0	95,0	0,0	81,0	1,0	11,5
SUD	AMBAM	36,6	1,00	7,8	2,0	5,0	4,0	0,1	4,0	85,0	0,0	97,0	0,0	11,0
SUD	KRIBI	10,5	1,00	4,6	2,0	3,5	4,0	0,5	4,0	89,0	0,0	93,0	0,0	11,0
SUD	LOLODORF	21,5	1,00	4,8	2,0	6,0	4,0	0,7	4,0	86,0	0,0	101,0	0,0	11,0
SUD	SANGMELIMA	23,7	1,00	14,9	2,0	12,4	4,0	0,7	4,0	104,0	0,0	102,0	0,0	11,0
SUD	MVANGAN	31,8	1,00	16,9	2,0	18,3	4,0	2,0	3,0	112,0	0,0	108,0	0,0	10,0
SUD	OLAMZE	81,0	0,00	18,9	2,0	23,0	4,0	0,5	4,0	96,0	0,0	108,0	0,0	10,0

		CRITE	RIA											GENERAL
		ANC				DELI	VERIE	ES 25/	100	VACC INFA				SCORES PER DISTRICT /16
DECIONS	DISTRICTS	At leas ANC1, qualifi staff (Live bi	by ed p 100	4 ANC least 100 L birth	(p	Assist delive (p 100 Live b	eries)	Caesa section rate (Live b	on p 100	Measl vaccir		Penta	3	RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
REGIONS	DISTRICTS	Weigl		max	=2	max	=4	max	r=4	max	=2	max :	=2	YELLOW= LOW RISK (7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
SUD OUEST	WABANE	14,9	1,00	2,9	2,0	12,2	4,0	0,0	4,0	49,0	1,5	55,0	1,5	14,0
SUD OUEST	AKWAYA	7,5	1,00	4,5	2,0	6,1	4,0	0	4,0	71,0	1,0	81,0	1,0	13,0
SUD OUEST	EKONDO TITI	18,3	1,00	16,3	2,0	19,2	4,0	1,0	4,0	79,0	1,0	87,0	1,0	13,0
SUD OUEST	FONTEM	15,1	1,00	7,1	2,0	12,1	4,0	0,4	4,0	69,0	1,0	71,0	1,0	13,0
SUD OUEST	KONYE	29,1	1,00	9,2	2,0	22,6	4,0	0,0	4,0	84,0	0,0	85,0	1,0	12,0
SUD OUEST	LIMBE	34,3	1,00	16,9	2,0	37,1	4,0	2,8	3,0	71,0	1,0	73,0	1,0	12,0
SUD OUEST	MBONGE	13,0	1,00	10,6	2,0	16,0	4,0	0,0	4,0	74,0	1,0	93,0	0,0	12,0
SUD OUEST	MUNDEMBA	46,6	0,75	25,8	2,0	24,3	4,0	1,1	4,0	82,0	0,0	86,0	1,0	11,8
SUD OUEST	BAKASSI	15,6	1,00	4,4	2,0	2,9	4,0	0,0	4,0	87,0	0,0	93,0	0,0	11,0
SUD OUEST	EYUMODJOCK	28,1	1,00	18,7	2,0	22,7	4,0	0,0	4,0	94,0	0,0	94,0	0,0	11,0
SUD OUEST	TOMBEL	24,4	1,00	7,2	2,0	18,4	4,0	1,8	4,0	97,0	0,0	97,0	0,0	11,0
SUD OUEST	BANGEM	29,0	1,00	21,8	2,0	30,5	4,0	2,0	3,0	100,0	0,0	100,0	0,0	10,0

		CRITERIA							GENERAL SCORES PER					
		ANC	ANC			DELIVERIES 25/100		VACCINATION INFANTS/100				DISTRICT /16		
			st one by ed p 100 irth)	4 ANG least 100 L birth	(р	Assist delive (p 100 Live b	ries)	secti	p 100	Measl vaccir		HIGH RI (>11), Penta3 ORANG HIGH RI		RED= VERY HIGH RISK (>11), ORANGE= HIGH RISK (7.499-11),
	DISTRICTS	Weigl	nts											YELLOW= LOW RISK
		max =	:1	max	=2	max :	=4	max	x =4	max :	=2	max	=2	(7.5-6.00 GREEN=VERY LOW RISK (<6) SCORES
SUD OUEST	KUMBA	35,8	1,00	27,6	2,0	29,2	4,0	2,2	3,0	92,0	0,0	89,0	0,0	10,0
SUD OUEST	BUEA	42,3	0,75	11,6	2,0	41,3	2,0	4,5	2,0	58,0	1,5	59,0	1,5	9,8
SUD OUEST	TIKO	41,4	0,75	44,8	1,5	43,9		3,1	3,0	81,0	0,0	83,0	1,0	6,3
SUD OUEST	MAMFE	64,9	0,50	31,1	1,5	44,6	2,0	5,2	2,0	91,0	0,0	90,0	0,0	6,0
SUD OUEST	MUYUKA	66,4	0,50	47,6	1,0	57,2	1,0	2,7	3,0	83,0	0,0	90,0	0,0	5,5
SUD OUEST	NGUTI	101,9	0,00	31,1	1,5	61,6	0,0	8,7	0,0	87,0	0,0	97,0	0,0	1,5

ANNEXE 3 GRAPHIQUES DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT

TABLEAU 21 : RESULTS OF THE ANALYSIS OF DETERMINANTS AND INDICATORS OF ACCESS TO TRACER INTERVENTIONS OF COMMUNITY BASED INTERVENTIONS

	Availability essential commodities	Proportion of CHWs with no stock-outs of, Measuring tape, Thermometer, information form on baby's health state I in the previous 3 months.	Routine health unit data 2012	0%
human	Availability human resources	Proportion of CHWs trained to provide PoNC for mothers and newborns .	Routine health unit data 2012	0,40%
PoNC -Mother	Accessibility	Proportion of Health areas that have at least two CHWs trained in postnatal care for mothers and the newborn .	Routine health unit data 2012	0%
Community	Initial Utilization	Proportion of mothers who received at least one PoNC visit from a CHW at home within 48 hours .	EDS 2011 p. 130	1,70%
	Timely continuous utilization	Proportion of mothers who received at least two PoNC visits from a CHW at home within a week, with the first visit in the first 48hours .	Routine health unit data 2012	0,00%
	Effective coverage	Proportion of mothers who received, at least two PoNC visits within a week after birth at home from a CHW, with the first visit in the first 48 hours including nutrition, counselling and checking for danger signs.	Routine health unit data 2012	0,00%

VALUES OF INDICATORS OF THE DETERMINANTS OF ACCESS TO COMMUNITY PONC SERVICES.

GRAPH 2: PRESENTATION OF THE VALUES OF THE INDICATORS OF THE DETERMINANTS OF ACCESS TO COMMUNITY PONC SERVICES

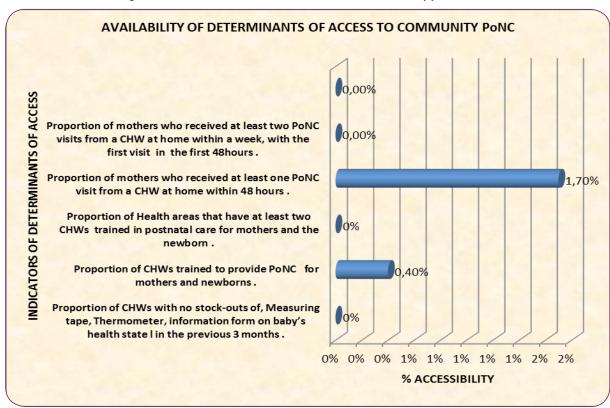


Figure 12: Indicators of the determinants of access to community ponc services

RESULTS OF THE ANALYSIS OF DETERMINANTS AND INDICATORS OF ACCESS TO CLINIC BASED TRACER INTERVENTIONS

The tracer interventions for the bottleneck analysis at clinical level were

- IMCI

Table 22: VALUES OF THE INDICATORS OF THE DETERMINANTS OF ACCESS TO COMMUNITY-CLINIC IMCI SERVICES.

	BOTTLENECK DETERMINANTS	INDICATORS	SOURCES	VALUES
	Availability	Proportion of health facilities with adequate number	Routine	
	human	of HCWs trained in IMCI (according to national	health unit	
	resources	guidelines)	data 2012	1,90%
		Describes of children sees 0.50 months thing loss	Routine	
	Accessibility	Proportion of children ages 0-59 months living less	health unit	
		than 5 km from a health facility	data 2012	67,30%
		Proportion of children ages 0-59 months with		
	Initial	symptoms of pneumonia (cough and fever) in the 2	EDS 2011	
	MG- IRI	weeks prior to the survey who sought care from a	(P 147)	
elinic		health facility		5,40%
CIITIC		Proportion of children ages 0-59 months with		
	Timely	symptoms of pneumonia (cough and fever) in the 2	EDS 2011	
	continuous	weeks prior to the survey who sought care from a	(P 147)	
	utilization	health facility, and who received amoxicilin from the	(F 147)	
		health facility (=29,9%)		1,60%
		Proportion of children ages 0-59 months with	Not	
	Effective	symptoms of pneumonia (cough and fever) in the 2	avallable	
		weeks prior to the survey 1) who sought care from a	(need	
	coverage	health facility, 2) received amoxicilin, and 3)a follow-	household	
		up visit from a health facility staff or CHW	survey)	0%

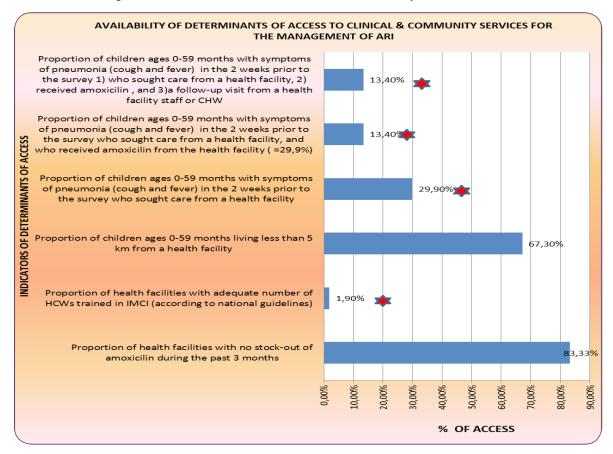


Figure 13: Indicators of the determinants of access to community-clinic imci services.

ASSISTED DELIVERIES 1ST CONTACT LEVEL

Table 23: VALUES OF THE INDICATORS OF THE DETERMINANTS OF ACCESS TO 1ST LEVEL ASSISTED **DELIVERY SERVICES BY SKILLED PERSONNEL.**

INTERVENTIONS	BOTTLENECK DETERMINANTS	INDICATORS	SOURCES	VALUES
	Avallability essential commodities	% health facilities without stock out of oxytocin	Routine health unit data 2012	90%
	Avallability human resources	% health facilities with a skilled birth attendant	Routine health unit data 2012	66.66%
1 Maternal care	Accessibility	% health facilities providing delivery service	Routine health unit data 2012	93.33%
at primary clinical level	Initial Utilization	% of live births in a health facility	Routine health unit data 2013	23.0%
	Timely continuous utilization	Proportion of live births attended by skilled personnel (doctor, midwife, and nurse)	Routine health unit data 2014	18.5%
	Effective coverage	Proportion of facility-based live births attended by skilled personnel (doctor, midwife, and nurse) who used the partograph	Routine health unit data 2012	18.5%

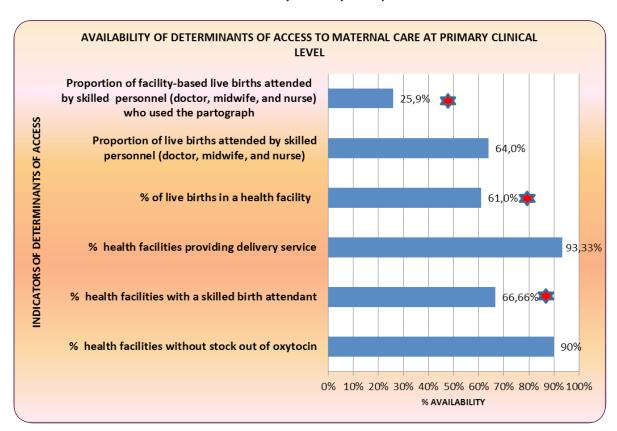


Figure 14: Presentation of the values of the indicators of the determinants of access to 1st level assisted delivery services by skilled personnel.

ASSISTED DELIVERIES 1ST REFERRAL LEVEL

Table 24: VALUES OF THE INDICATORS OF THE DETERMINANTS OF ACCESS TO 1ST REFERRAL LEVEL ASSISTED DELIVERY SERVICES

Interventions	Bottleneck determinants	Indicators	Sources	values
	Availability essential commodities	% of health facilities with stock of oxytocin and magnesium sulfate available during last 3 months	Routine health unit data 2012	69%
4 Clinical	Availability human resources	% health facilities with sufficient numbers of skilled health care workers (doctors, nurses, and midwifes) trained to provide EmONC (according to national norms)* (AT LEAST 2 PERSONNEL TRAINED)	Routine health unit data 2012	85%
1 Clinical services/Clinical first Referral care	Accessibility	% of population having (within 5 km) access to a EmONC facility with services round the clock	Routine health unit data 2012	67.00%
	Initial Utilization	Proportion of all expected births in the population that took place in EmONC facility	(SONU) 37623 / 282486	13%
	Timely continuous utilization	% of women & new-borns with complication treated at the EmONC facility	SONU	9%
	Effective coverage	% of C-Sections conducted in SONUC facilities	SONU	2%

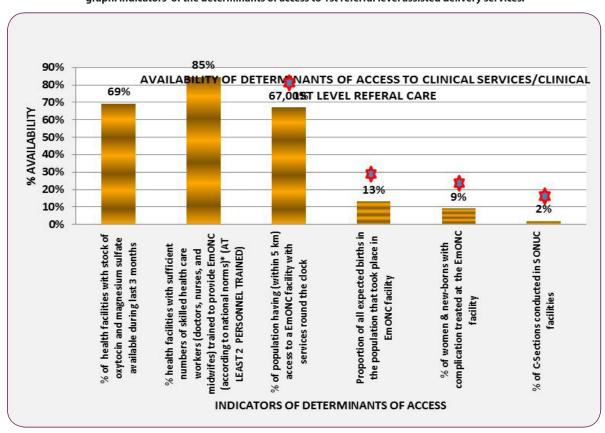


Figure 15: Presentation of the values of the indicators of the determinants graph: indicators of the determinants of access to 1st referral level assisted delivery services.

iii. RESULTS OF THE ANALYSIS OF DETERMINANTS AND INDICATORS OF ACCESS TO COMMUNITY-CLINIC IMCI

Table 25: VALUES OF THE INDICATORS OF THE DETERMINANTS OF ACCESS TO COMMUNITY-CLINIC IMCI (TREATMENT OF DIARRHEA) SERVICES.

Interventions	Bottleneck determinants	Indicators	Sources	values
	Availability essential commodities	Proportion of health facilities with no stock-out of ORS and Zinc supplements during the past 3 months	Routine health unit data 2012	63,33%
	Availability human resources	Proportion of health facilities with at least one personnel trained in IMCI	Routine health unit data 2012	19%
IMCI	Accessibility	Proportion of children ages 0-59 months living less than 5 km from a health facility	Routine health unit data 2012	16,90%
Diarrhea clinic	Initial Utilization	Proportion of children 0-59 months with symptoms of diarrhoea in the past 2 weeks prior to the survey who sought care from a health facility	EDS 2011	23%
	Timely continuous utilization	Proportion of children 0-59 months with symptoms of diarrhoea in the past 2 weeks prior to the survey who sought care from a health facility, and who received ORS packets and Zinc supplements from a health facility (78.32% OF 23%)	EDS 2011 (P 154)	17,20%
	Effective coverage	Proportion of children 0-59 months with symptoms of diarrhoea in the past 2 weeks prior to the survey 1) who sought care from a health facility, and 2) received ORS packets and Zinc supplements from a health facility, 3) continued feeding, & 4) fluids	Not available (need household survey)	17,20%

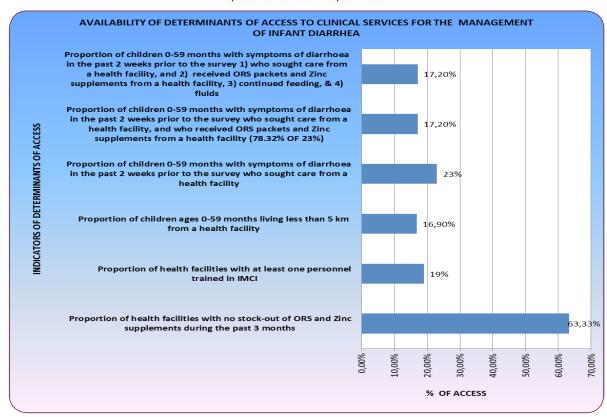


Figure 16: Indicators of the determinants of access to community-clinic imci (treatment of diarrhea) services.

iv. RESULTS OF THE ANALYSIS OF DETERMINANTS AND INDICATORS OF ACCESS TO FAMILY BASED TRACER INTERVENTIONS

Information was almost totally absent for this aspect of health care provision as can be seen in the table below.

Table 26: VALUES OF THE INDICATORS OF THE DETERMINANTS OF ACCESS TO FAMILY PREVENTIV

	T			
Interventions	Bottleneck determinants	Indicators	Likely data sources	Values
	Availability essential commodities	% households who used SRO at the time of survey (proxy of availability of commodities))	EDS 2012	22%
	Availability human resources	% of ASC trained in essential family practices (PFE)	Not available	
4 Family Preventive/WASH Services	Accessibility	% of households who reported at least one contact with the ASC during the last 3 months	Not available (need household survey)	
	Initial Utilization	% (Population) mothers who applied at least 3 EFPs – LLIN, vaccination, diarrhea	Not available (need household survey)	
	Timely continuous utilization	% (Population) mothers who applied all EFPs	Not available (need household survey)	
	Effective coverage	ND		

c. ANNEXE 4 SOINS ESSENTIELS EN SRMNI

Les interventions essentielles en SRMNI ont été l'objet d'une revue internationale et le Partenariat International pour la Santé de la mère et de l'enfant a élaboré une liste d'interventions essentielles ainsi que des fournitures essentielles nécessaires à leur mis en œuvre²¹. Le tableau ci-dessous présente un résumé de cette revue et sert de base à la stratégie d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et Infantile

CONTINUITÉ DES SOINS	ADOLESCENCE ET AVANT LA GROSSESSE	GROSSESSE (SOINS PRÉNATALS)	ACCOUCHEMENT
À tous les niveaux : Communauté Soins primaires Orientation-recours	- Planification familiale (conseil, méthodes hormonales et locales) - Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du VIH - Enrichissement/ supplémentation en acide folique en prévention des malformations du tube neural	- Supplémentation en fer et en acide folique - Vaccination antitétanique - Prévention et prise en charge du paludisme avec des moustiquaires imprégnées et des médicaments antipaludiques - Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du VIH, y compris par les antirétroviraux - Supplémentation en calcium en prévention de l'hypertension - Interventions pour le sevrage tabagique	- Utérotoniques en prévention des hémorragies du post-partum (saignements excessifs après l'accouchement) - Prise en charge de l'hémorragie du post-partum par le massage de l'utérus et les utéroniques - Appui social pendant l'accouchement
Soins primaires et orientation-recours	- Planification familiale (méthodes hormonale, locales et certaines méthodes chirurgicales)	- Dépistage et traitement de la syphilis - Aspirine à faible dose en prévention de la prééclampsie - Médicaments antihypertenseurs (pour traiter l'hypertension) - Sulfate de magnésium pour l'éclampsie - Antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes avant l'accouchement - Corticoïdes en prévention du syndrome de détresse respiratoire du prématuré - Avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité - Soins après l'avortement	- Prise en charge active de la troisième phase de l'accouchement (délivrance du placenta) en prévention des hémorragies du post-partum (comme ci-dessus plus traction contrôlée du cordon) - Prise en charge de l'hémorragie du post-partum (comme ci-dessus plus délivrance artificielle) - Dépistage et prise en charge du VIH (si cela n'a pas été déjà fait)
Orientation- recours*	- Planification familiale (méthodes chirurgicales)	- Réduction des présentations dystociques à terme avec version par manoeuvre externe - Induction du travail pour la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à terme (déclenchement du travail)	- Césarienne dans les indications maternelles ou foetales (pour sauver la vie de la mère/de l'enfant) - Antibioprophylaxie pour la césarienne - Induction du travail en cas de dépassement du terme (déclenchement du travail) - Prise en charge de l'hémorragie du post-partum (comme cidessus plus méthodes chirurgicales)
Stratégies communautaires	- Visites à domicile des fer - Groupes de femmes	mmes et des enfants sur toute la continuité	des soins

 $^{^{21}\,}http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_fr_low.pdf$

SOINS POSTNATALS (MÈRE)	SOINS POSTNATALS (NOUVEAU-NÉ)	NOURRISSONS ET ENFANTS
- Conseils de planification familiale et contraceptifs - Conseils pour la nutrition	- Protection thermique immédiate (garder le nouveau-né au chaud) - Initiation précoce de l'allaitement au sein (dans la première heure) - Soins hygiéniques du cordon et de la peau	 Allaitement au sein exclusif pendant 6 mois Poursuite de l'allaitement au sein et alimentation complémentaire après 6 mois Prévention et prise en charge des cas de paludisme chez l'enfant Supplémentation en vitamine A à partir de l'âge de 6 mois Vaccination systématique plus vaccins contre H. influenzae, méningocoque, pneumocoque et rotavirus Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère Prise en charge des cas de pneumonie de l'enfant Prise en charge des cas de diarrhée
- Dépistage du VIH, initiation ou continuation de la thérapie antirétrovirale - Traitement de l'anémie maternelle	- Réanimation néonatale avec masque et ballon (par des professionnels de santé pour les enfants ne respirant pas à la naissance) - Méthode « mère kangourou » pour les enfants nés avant terme (prématurés) ou pesant moins de 2000 g - Aide supplémentaire pour nourrir les nouveau nés petits et prématurés - Prise en charge de l'ictère du nouveau-né (« jaunisse » du nouveau-né) - Initiation du traitement antirétroviral prophylactique pour les enfants exposés au VIH	- Soins complets des enfants infectés par le VIH ou exposés à ce virus
- Détection et prise en charge de l'accident septique du postpartum (graves infections après l'accouchement)	- Antibiothérapie présomptive pour les nouveau-nés exposés au risque d'infection bactérienne - Administration de surfactant (médication respiratoire) en prévention du syndrome de détresse respiratoire du prématuré - Ventilation spontanée avec pression expiratoire positive (VS-PEP) pour la prise en charge des enfants ayant un syndrome de détresse respiratoire - Prise en charge des cas de septicémie, méningite et pneumonie néonatales	- Prise en charge des cas de méningite

^{*} Les interventions de planification familiale au niveau de l'orientation-recours incluent celles qui sont faites au niveau des soins de santé primaires































