

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROUN

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTÉ DE LA DES
ADOLESCENTS ET DES JEUNES AU CAMEROUN (2015 –
2019).**



Ministère de la Santé
Publique



O.M.S

Aout 2014

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
PREFACE	4
RESUME EXECUTIF	5
REMERCIEMENTS	9
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES.....	10
SECTION 1: INFORMATIONS DE BASE.....	13
Définition des Concepts	13
L'Adolescence et la Jeunesse.....	13
La Santé sexuelle	13
La Santé de reproduction	13
Contexte et Justification	14
SECTION 2 : CONTEXTE GENERAL DU CAMEROUN	15
2.1. Le cadre géographique	15
2.2. La situation démographique	15
2.3. La situation administrative et politique	15
2.4. Les conditions de vie des populations.....	16
2.5. Les caractéristiques des populations dans les ménages.....	16
2.6. La situation socio-éducative	17
2.7. La situation d'emploi.....	17
2.8. La situation socio-économique.....	18
2.9. Le contexte sanitaire.....	18
Organisation du secteur Santé	18
SECTION 3 : ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES AU CAMEROUN.....	20
3.1 SITUATION DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES AU CAMEROUN	20
3.1.1 Mortalité maternelle et juvénile	20
3.1.2 Santé sexuelle et reproductive.....	21
3.1.3 Pratiques néfastes à la santé de la jeune fille	22
3.1.4 IST/VIH/SIDA	22
3.1.5 La santé mentale.....	23
3.1.6 Situation des traumatismes/violences	24
3.3.3 <i>Les opportunités</i>	30
3.3.4 <i>Les menaces</i>	30
SECTION 4 : CADRE CONCEPTUEL	31
3.1 Vision	31
3.2 Mission	31
3.3 But	31
3.4 Objectifs	31
3.4.1 Objectif global.....	31
3.4.2 Objectifs spécifiques	31
3.5. Axes stratégiques et interventions prioritaires	32

3.5.1. Axe stratégique I : Renforcement de la mobilisation sociale autour de la SRAJ.	32
3.5.2. Axe stratégique II : Renforcement de l'offre de service de SRAJ de qualité.	32
3.5.3. Axe stratégique III : Renforcement de l'appropriation communautaire des interventions en SRAJ.....	32
3.5.4. Axe stratégique IV : Coordination, Suivi-Evaluation des activités de SAJ.....	32
3.5.5. Axe stratégique V : Développement de la recherche opérationnelle en SRAJ.....	33
3.5.6. Axe stratégique VI : Renforcement de la mobilisation des Ressources	33
SECTION 5 : CADRE LOGIQUE	34
Axe 1: Renforcement de la mobilisation sociale en faveur de la SAJ	35
Axe 2 : Renforcement de l'offre de service de la SAJ de qualité	37
Axe 3 Renforcement de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ	39
Axe 4 : Amélioration de la coordination, du suivi-évaluation des activités de SAJ.	41
Axe 5 : Développement de la recherche opérationnelle en SAJ	43
Axe 6 : Renforcement de la mobilisation des ressources	45
SECTION 6 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE	47
4.1 Principes directeurs	47
<input type="checkbox"/> Engagement politique.....	47
<input type="checkbox"/> décentralisation responsabilisation des acteurs au niveau opérationnel.....	47
<input type="checkbox"/> Approche multisectorielle	47
<input type="checkbox"/> Gestion axée sur les résultats.....	47
<input type="checkbox"/> respect des droits humains.....	47
<input type="checkbox"/> Ethique	48
<input type="checkbox"/> Approche genre	48
<input type="checkbox"/> Intégration et synergie des programmes de santé.....	48
<input type="checkbox"/> Approche participative	48
4.2 Les acteurs et leurs rôles	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	53

PREFACE

Garantir le bien-être des adolescents et des jeunes, les doter d'aptitudes indispensables à la vie sont nécessaire à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).. Depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994, les pays ont appréhendé les problèmes délicats que posent la Santé des Adolescent(e)s et des Jeunes surtout en matière de reproduction, notamment les besoins d'informations, d'éducation et de services. De plus en plus, des efforts sont menés dans le cadre d'une approche globale qui vise à atteindre cette cible dans les situations diverses.

D'après les données issues du dernier recensement général de la population au Cameroun, les jeunes de 10 à 24 ans constituent 34,1% de la population générale. Cette tranche d'âge qui représente le fer de lance de la nation et l'avenir de notre pays est cependant fragilisée par des problèmes variés et complexes à l'instar du VIH/ SIDA, des Hépatites virales, des grossesses précoces, des avortements, des violences sexuelles, de la toxicomanie ...

Face à cette situation, le gouvernement a fait siennes les recommandations de la CIPD, à travers les résolutions du Symposium National sur la Santé de la Reproduction tenu en décembre 1999 à Yaoundé. Avec l'appui des partenaires au développement, une Politique Nationale en Santé de Reproduction et un Programme National de la Santé de Reproduction (2006-2010) ont été élaborés, la Santé des Adolescents et des Jeunes étant l'une des principales composantes dudit programme.

Le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec les partenaires vient d'élaborer le Plan Stratégique National de la Santé des Adolescents et des Jeunes 2015-2019. Fruit d'un processus centré sur une approche participative, de tous les acteurs et partenaires impliqués dans la Santé des Adolescents et des Jeunes, il définit les objectifs, les grands axes stratégiques et les actions prioritaires à mener.

J'invite donc tous les acteurs à inscrire leurs interventions et appuis dans ce cadre. La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan permettra de relever le défi de la Santé des Adolescents et des Jeunes de notre pays.

André MAMA FOU DA

Ministre de la Santé Publique

RESUME EXECUTIF

Le présent document de Stratégie Nationale de Santé des Adolescents et Jeunes y compris le VIH/sida est une initiative du Ministère de la Santé Publique avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) notamment l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF. Il se veut un document d'orientation des interventions et de plaidoyer pour la mobilisation des partenaires sociaux ainsi que des ressources du Gouvernement et des PTF en vue de la mise en œuvre des principales orientations nationales en Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes (SRAJ)/VIH/Sida.

La proportion importante des adolescents(e)s et jeunes de la tranche d'âge de 10 à 24 ans, (34,01% de la population totale en 2010) au Cameroun constitue une donnée importante pour toutes les politiques et stratégies de développement. Actuellement, cette tranche de la population se trouve confrontée à d'importants problèmes de santé sexuelle et de reproduction liés entre autres à, la faible utilisation des méthodes contraceptives et de protection contre les IST/VIH/sida, , la faible accessibilité aux services de santé, , l'utilisation de sources pas toujours fiables d'information en santé , la dégradation des mœurs et au relâchement de l'autorité parentale etc.

Une telle situation affecte dans une grande mesure les indicateurs nationaux en SRAJ/VIH qui sont encore faibles eu égard aux moyens actuellement mis à disposition. Ces indicateurs sont notamment : (i) La fécondité précoce élevée avec un taux de 127 % chez les 15 à 19 ans. Une adolescente sur quatre a déjà commencé sa vie reproductive : 21 % ont eu au moins un enfant et 4 % sont enceintes du premier enfant, (ii) L'âge médian au premier rapport sexuel des filles du niveau primaire de 15,9 ans contre 18,6ans pour les filles des niveaux secondaires et supérieurs, (iii) La séroprévalence du VIH chez les adolescents et jeunes (10-19 ans) de 1,2% et de de 2,2% chez les 20-24 ans. Le principal mode de transmission du VIH est la voie sexuelle. Environ 90 % des nouvelles infections au Cameroun sont dues aux relations sexuelles. Le multi-partenariat et la non-utilisation du préservatif lors des rapports occasionnels augmentent les risques de transmission du VIH.

La Cameroon – Centre District Global Youth Tobacco Survey a conduit une enquête en 2008 dans les écoles sur les élèves de 13 à 15 ans. Cette enquête a révélé que 13,4% des élèves fument régulièrement du tabac, quelle qu'en soit la forme ; 5,7% des élèves fument régulièrement de la cigarette et près de 1 sur 10 consomme régulièrement des produits à base de tabac autres que la cigarette.

Face à l'ampleur des problèmes de SRAJ, plusieurs initiatives se développent tant au niveau des structures publiques qu'au niveau des Organisations de la Société Civile (OSC). Malheureusement, ces initiatives ne sont pas suffisamment coordonnées pour induire les changements

qualitatifs souhaités. De plus, l'implication des réseaux et associations de jeunes reste encore faible. C'est la raison pour laquelle le Ministère de la Santé Publique a lancé le processus d'élaboration de la présente stratégie afin d'amener les différents acteurs en SRAJ/VIH à développer une synergie d'action.

L'analyse situationnelle complémentaire réalisée en prélude à l'élaboration de cette Stratégie Nationale a révélé que les interventions passées et actuelles présentent aussi bien des atouts que des limites.

Au titre des forces, on note que :

- Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida prend en compte la tranche d'âge des adolescents et jeunes dans les priorités nationales ;
- Les Normes et Standards pour l'offre des services de SRAJ sont définis ;
- La stratégie d'institutionnalisation de la lutte contre le VIH/sida dans les programmes des différents Ministères qui ont en charge les adolescents et les jeunes est élaborée;
- L'environnement politique, socioculturel, économique et juridique du pays est favorable à la promotion de la SRAJ ;
- La politique nationale de la promotion du genre prend en compte les groupes vulnérables ;
- Des textes et conventions internationales relatifs aux droits humains, y compris les droits en SR existent ;
- Des mouvements, des ONG et des réseaux d'associations des jeunes dynamiques et engagés dans la promotion de la SRAJ et de la lutte contre le VIH/Sida sont opérationnels.

Au titre des faiblesses, on retient :

- L'absence d'une coordination efficace et d'un système multisectoriel d'information et de gestion dans le domaine spécifique de la SRAJ ;
- L'absence de stratégie uniforme d'intégration de la SRAJ dans le paquet des services offerts par les prestataires dans les formations sanitaires ;
- L'insuffisance des ressources mobilisées au profit de la SRAJ.
- L'insuffisance du suivi - évaluation des interventions en SRAJ/Planification Familiale (PF)/IST/VIH/Sida ;
- La faible implication des organisations et réseaux de jeunes dans les interventions de SRAJ/VIH.

Au regard de cette situation peu reluisante des interventions et des indicateurs en SRAJ, il importe de fixer de nouvelles bases d'interventions. Ce document de stratégie s'articule autour d'une nouvelle vision à savoir " *Les adolescents et les jeunes au Cameroun jouissent d'un bon état de santé et de*

leurs droits fondamentaux d'ici 2019". Le but visé est de " **Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des adolescent(e)s et des jeunes à travers la réduction de la morbidité et de la mortalité.** ".

Deux (02) objectifs stratégiques ont été définis. Il s'agit de :

- Réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées à la Santé de la Reproduction (SR) chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020 ;
- Réduire de 391 à 196 pour 100 000 naissances vivantes la mortalité maternelle chez les adolescentes d'ici 2019 ;

Pour mieux faire le ciblage des interventions à réaliser, des objectifs spécifiques ont été formulés et des actions pouvant permettre de les atteindre définies. Il s'agit de :

- Assurer le dépistage et la prise en charge appropriée d'au moins 60% des cas de fistules obstétricales des jeunes filles d'ici 2019 ;
- Réduire de 50% la prévalence de grossesses précoces chez les jeunes filles d'ici 2019 ;
- Réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici 2019 ;
- Augmenter le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les adolescentes et les jeunes filles d'ici 2019 ;
- Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas de pratiques néfastes à la SRAJ et des violences faites aux adolescentes et aux jeunes filles d'ici 2019 ;
- Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 80% de l'antigène Human Papilloma Virus (HPV) dans les districts de santé ciblés d'ici 2019.

L'atteinte de ces objectifs ainsi définis, a nécessité le choix de six (6) axes prioritaires d'intervention à savoir :

1. Renforcement de la mobilisation sociale autour de la Santé des Adolescents et Jeunes (SAJ) ;
2. Renforcement de l'offre de service de la SAJ de qualité ;
3. Renforcement de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ;
4. Coordination, et de Suivi-Évaluation ;
5. Développement de la recherche opérationnelle en SAJ ;
6. Renforcement de la mobilisation des Ressources.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la présente Stratégie nécessitera la mise en place d'une plate-forme regroupant tous les ministères sectoriels ayant en charge les questions des adolescents et les jeunes. Celle-ci aura, dans une perspective de décentralisation, pour mission

essentielle de faire le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan Outre cette plate-forme multisectorielle, une Cellule de Coordination technique (CCT) sera mise en place pour assurer la coordination de l'ensemble des interventions réalisées et documenter les bonnes pratiques.

Ce dispositif institutionnel de coordination sera appuyé par des mécanismes de suivi - évaluation pour mieux apprécier l'impact des interventions effectuées.

REMERCIEMENTS

Dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité auprès des adolescents et des jeunes au Cameroun, plusieurs actions sont entreprises dans le domaine de la Santé en général et de la Santé de reproduction en particulier.

A ce titre, le Ministère de la Santé Publique appuyé par les Partenaires Techniques et Financiers propose un cadre de référence qui permettra d'avoir une vision claire pour l'atteinte des objectifs dans le domaine de la Santé des Adolescents et des Jeunes au Cameroun.

Le présent document de Stratégie Nationale de Santé des Adolescents et Jeunes est l'aboutissement d'un long processus parti de l'analyse situationnelle, qui a permis d'identifier les problèmes prioritaires, de définir les stratégies, objectifs et activités subséquentes et d'élaborer un plan quinquennal qui couvre la période de 2015 à 2019. Il constitue par conséquent un cadre de référence et un véritable outil de travail pour tous les intervenants dans le domaine de la SRAJ/VIH/sida.

Convaincu que ce Plan Stratégique contribuera à améliorer l'état de santé de cette cible, et par conséquent leur développement et leur contribution à la construction de l'édifice national, le Ministre de la Santé Publique adresse ses remerciements à tous les différents Départements ministériels, les Organisations de la Société Civile ainsi que les Organisations Non Gouvernementales et toutes les Personnes qui se sont impliqués dans l'élaboration, la finalisation et la validation de ce Document.

J'adresse mes félicitations au consultant ainsi qu'à l'équipe des cadres du Ministère de la Santé Publique et des autres Secteurs Apparentés pour la qualité du travail qu'ils ont accompli.

Je remercie également toutes les organisations non gouvernementales, les Réseaux et les Associations impliqués dans l'éducation et l'encadrement des adolescents et des jeunes qui ont pris une part active à la finalisation et la validation du présent document.

Enfin, j'exprime ma profonde gratitude aux différents Partenaires Techniques et Financiers, pour leur soutien constant et leur contribution cruciale à l'élaboration de ce Plan, et plus particulièrement l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) pour leur appui multiforme, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) dont l'apport technique et financier a été déterminant pour l'élaboration de ce document.

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

ADEA	: Association pour le développement de l'éducation en Afrique
ARV	: Anti Rétroviraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BIT	: Bureau International du Travail
BUCREP	: Bureau Central des Recensements sur la Population
CARMMA	: Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CAPR	: Centre d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques Régional
CDT	: Centre de dépistage de la Tuberculose
C4D	: Communication For Development
CEMAC	: Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale
CENAME	: Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CSA	: Centre de Soins Ambulatoires
CSI	: Centre de Santé Intégré
CTA	: Centre de Traitement Agréé
COGE	: Comité de Gestion
COGEDI	: Comité de Gestion de District
COGEH/R	: Comité de Gestion des Hôpitaux Régionaux
COSA	: Comité de Santé
COSADI	: Comité de Santé de District
CPC	: Centre Pasteur du Cameroun
DLMEP	: Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DOSTS	: Direction de l'Organisation des Soins et la Technologie Sanitaire
DPS	: Direction de la Promotion de la Santé
DROS	: Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DSCE	: Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSF	: Direction de la Santé Familiale
ECAM	: Enquête camerounaise auprès des ménages
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EVA	: Education à la Vie et à l'Amour
EVF/EmP	: Education à la Vie Familiale et en matière de Population

EESI : Enquête sur l'Emploi et le Secteur Informel au Cameroun

GFATM : Fonds Mondial de Lutte contre le Sida la Tuberculose et le Paludisme

HPV : Human Papilloma Virus

IEC : Information, Education et Communication

IMC : Indice de Masse Corporelle

INS : Institut National de la Statistique

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LANACOME : Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

MINATD : Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation

MINCOM : Ministère de la Communication

MINDEF : Ministère de la Défense

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

MINEPAT : Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

MINPROFF : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

MGF : Mutilations Génitales Féminines

MICS : Multiple Indicators Cluster Survey

OEV : Orphelin et Enfant Vulnérable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA

OSC : Organisations de la Société Civile

PEC : Prise en Charge

PECP : Prise en Charge Pédiatrique

PF : Planification Familiale

PIB : Produit Intérieur Brut

PNLP : Programme national de Lutte contre le Paludisme

PNLT : Programme national de Lutte contre la Tuberculose

PNSPC : Programme National de Sécurisation des Produits Contraceptifs

PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RGE	: Recensement Général des Entreprises
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAJ	: Santé des Adolescents et Jeunes
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SR	: Santé de la Reproduction
SRAJ	: Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SSA	: Service de Santé des Adolescents et des autres groupes cibles
SSD	: Service de Santé de District
SSS	: Stratégie Sectorielle de la Santé
TB/VIH	: Tuberculose/VIH
TGFG	: Taux Global de Fécondité Général
UPEC	: Unité de Prise en Charge
UNICEF	: Fonds des Nations- Unies pour l'Enfance
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour la Science et la Culture
UNFPA	: United Nations Population Fund
VIH	: Virus de l'Immuno -Déficience Humaine

SECTION 1: INFORMATIONS DE BASE

Définition des Concepts

L'Adolescence et la Jeunesse

L'adolescence se définit comme la période du cycle de la vie qui se situe à la frontière de l'enfance et de l'âge adulte. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les adolescents, les jeunes et la population jeune comme les groupes dont l'âge est compris respectivement entre de 10–19 ans, 15–24 ans et 10-24 ans. Cependant, au Cameroun la tranche d'âge des Adolescent(e)s et Jeunes s'étend jusqu'à l'âge de 35 ans.

La Santé sexuelle

La « **santé sexuelle** » désigne l'absence de maladie et de traumatisme associés à une activité sexuelle, ainsi qu'un état d'épanouissement sexuel. Ce concept est défini comme « l'association positive des aspects physiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de la sexualité »¹.

La Santé de reproduction

La CIPD(1994), la santé de reproduction a été défini comme a défini la santé de reproduction comme un état de «... *bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* »

La santé de la reproduction suppose par conséquent que les individus aient une vie sexuelle satisfaisante et sûre, ainsi que la capacité de se reproduire et la liberté de décider quand et à quelle fréquence le faire. Cette dernière question repose implicitement sur les droits des hommes et des femmes à être informés et à accéder à des méthodes de planification familiale (PF) sûres, efficaces, abordables et acceptables qu'ils auront choisies eux-mêmes, ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix de régulation de la fécondité qui soient conformes à la législation ; elle se fonde également sur le droit à l'accès des services de soins de santé appropriés qui garantiront aux femmes une grossesse et un accouchement sûrs, et qui offriront aux couples une meilleure chance d'avoir un enfant en bonne santé.

Au Cameroun, le concept de santé de la reproduction comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les adolescents et des jeunes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus.

¹ Irvine, 1995, *ibid*

Contexte et Justification

Les discussions lors de la CIPD ont mis un accent sur la SR et ont permis d'en retenir les composantes essentielles parmi lesquelles la santé des adolescents et des jeunes (SAJ). Le gouvernement camerounais ayant adhéré aux résolutions et recommandations de cette conférence a élaboré, avec l'appui de ses PTF, un Programme National de la Santé de Reproduction (2000) et des documents de Politique et Normes en SR (2001). Un volet important consacré à la SRAJ y est pris en compte. Au niveau de tous les programmes de santé, cette tranche de la population occupe une place de choix. La Stratégie sectorielle de Santé SSS) (2001 – 2015) en cours de révision a identifié la santé de l'adolescent comme classe d'intervention dans le domaine de la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant.

Nonobstant les efforts consentis et les actions entreprises dans ce secteur par les pouvoirs publics et les partenaires au développement, la situation de la santé en général et de la SR en particulier demeure préoccupante chez les jeunes où elle se traduit par une mortalité et une morbidité élevées. Les causes structurelles de cette situation sont la pauvreté des familles, l'insalubrité de l'environnement et de l'habitat, la promiscuité, le faible niveau d'éducation et les inégalités hommes-femmes. En plus, certains besoins en SAJ comme la prise en charge des traumatismes et violences, les troubles nutritionnels, les problèmes liés à la santé mentale, à la consommation des substances toxiques ne sont pas suffisamment pris en compte.

Par ailleurs, l'accès universel des Adolescents et des Jeunes aux services de prise en charge reste limité à cause de l'offre inadaptée à leurs besoins et à l'absence d'un cadre de référence prenant en compte leurs différents problèmes spécifiques en matière de santé.

Compte tenu de ce qui précède, il s'avère indispensable de doter le pays d'un plan stratégique national de la SAJ qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle SSS. Ce document constitue une étape importante et décisive pour l'amélioration de la SAJ durant la période 2015 - 2019. Le présent Plan Stratégique National de la SAJ s'articule autour de six sections

SECTION 2 : CONTEXTE GENERAL DU CAMEROUN

2.1.Le cadre géographique

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé dans le Golfe de Guinée entre les 2^{ème} et 13^{ème} degrés de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degrés de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 650 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. Yaoundé est la capitale politique Yaoundé et Douala la capitale économique.

2.2. La situation démographique

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. Elle est composée de 250 groupes ethniques, avec une densité élevée dans les plateaux du Nord et de l'Ouest. C'est une population essentiellement jeune : 43,6% ont moins de 15 ans, 16, 9% moins de 05 ans et 10,7% entre 0 et 35 mois. Avec une espérance de vie de 52 ans, selon le sexe on a 49% d'hommes et 51% de femmes. Celles en âge de procréer représentent 24,3% de la population générale (RGPH 2010).

Il est important de relever que les données relatives à ce domaine en ce qui concerne la catégorie ciblée ne sont pas suffisamment documentées.

2.3.La situation administrative et politique

Le Cameroun est un Etat démocratique avec un pluralisme politique et des libertés individuelles et collectives. Les deux langues officielles sont, l'anglais et le français et sont parlés respectivement par 30% et 70% des Camerounais. Le Cameroun est un Etat laïc où plusieurs religions sont pratiquées, le Christianisme (38,4%), l'Islam (20,9%), l'Animisme (5,6 %) et les libres-penseurs (3,2 %)². Il est divisé en 10 Régions administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 Collectivités Territoriales Décentralisées (Communes et Communautés Urbaines).

Depuis les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 juillet 2004, les collectivités territoriales décentralisées disposent des 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 à 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

² http://fr.wikipedia.org/wiki/Religion_au_Cameroun

l'implication des populations dans la gestion du système de santé en général et de la santé reproductive des adolescents et des jeunes en particulier.

2.4. Les conditions de vie des populations

Selon EDS-MICS 2011, au Cameroun, 71 % de ménages consomment de l'eau provenant d'une source améliorée : 27 % utilisent de l'eau provenant d'une borne fontaine, 15 % ont un robinet à domicile, 16 % s'approvisionnent à des puits à pompe/forage et 7 % à des puits protégés et 5 % à une source d'eau protégée. La principale source d'approvisionnement en eau de boisson varie fortement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, neuf ménages sur dix (91 %) utilisent une source d'eau améliorée (27 % de robinet à domicile, 40 % de borne fontaine et 13 % de puits à pompe). Par contre, en milieu rural, la moitié des ménages boivent de l'eau provenant d'un puits non protégé (16 %), d'une source non protégée (17 %), ou de l'eau de surface (17 %).

Pour ce qui est de la consommation électrique, un peu plus de la moitié des ménages dispose de l'électricité (54 %). Par rapport aux précédentes enquêtes, on note une nette progression dans l'accès des ménages à l'électricité, puisque cette proportion est passée de 29 % en 1991 à 41 % en 1998, 47 % en 2004 et 54 % en 2011. Malgré cette amélioration, les disparités entre milieux de résidence persistent. En effet, en milieu rural, seulement 19 % des ménages disposent de l'électricité contre 88 % en milieu urbain (cette proportion atteint un maximum de 98 % à Yaoundé/Douala).

Pour ce qui est de l'indice de bien-être économique, l'on note que près de 75 % de la population urbaine se classent dans les quatrième et cinquième quintiles correspondant respectivement aux riches et aux plus riches (EDS-MICS 2011 : 24). À l'opposé, en milieu rural, cette proportion n'est que de 9 %, alors que 73 % de la population rurale sont classés dans les deux premiers quintiles. On constate des écarts importants entre les villes de Douala et Yaoundé et les autres régions d'enquête. Dans les villes de Douala et de Yaoundé, environ 94 % de la population vivent dans des ménages situés dans les deux catégories du haut de l'échelle de bien-être³. C'est dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord que les proportions de population classée dans le quintile le plus pauvre sont les plus élevées (respectivement 55 % et 52 %).

2.5. Les caractéristiques des populations dans les ménages

Dans l'ensemble, un ménage compte en moyenne 5 personnes. Cette taille moyenne varie de 4,6 personnes en milieu urbain à 5,4 personnes en milieu rural. C'est à Yaoundé et à Douala qu'elle est la plus faible (4,3 personnes). Près de la moitié des ménages (47 %) comptent entre 2 et 5 personnes. Près de 15 % de ménages sont composés d'une seule personne. À l'opposé, 13 % des ménages

³ EDS-MICS 2011, op.cit

comptent au moins 9 personnes et c'est en milieu rural qu'ils sont proportionnellement les plus nombreux (15 %). Plus d'un quart des ménages (27 %) comptent des enfants de moins de 18 ans qui vivent sans leurs parents, 2 % des ménages abritent des enfants dont les deux parents sont décédés et 12 % des ménages comprennent des enfants dont l'un des parents est décédé. Globalement, près d'un tiers des ménages (32 %) comptent des enfants orphelins ou qui vivent sans leurs parents (EDS-MICS 2011 : 29).

2.6.La situation socio-éducative

Il ressort de l'EDS-MICS 2011 que 15 % des hommes de 6 ans et plus et une proportion plus élevée de femmes (26 %) n'ont aucun niveau d'instruction. À titre de comparaison, ces proportions étaient respectivement de 17 % et 29 % en 2004. On observe des écarts importants selon le milieu de résidence aussi bien chez les femmes que chez les hommes : c'est en milieu rural que la proportion de personnes sans instruction est la plus élevée (respectivement, 38 % et 22 % pour les deux sexes). À l'opposé, c'est dans les villes de Yaoundé/Douala que ces proportions sont les plus faibles (respectivement, 5 % et 3 %).

2.7.La situation d'emploi

Selon le BIT⁴, près de 7 personnes sur 10 sont actives (69%). Le taux d'activité est de 74,1% chez les hommes et de 64,2% chez les femmes. En milieu urbain, 67,2% d'hommes sont actifs contre 52,2% de femmes. Par contre, en milieu rural, l'écart entre le taux d'activité des hommes et celui des femmes est moins prononcé qu'en milieu urbain. En effet, près de huit hommes sur dix sont actifs contre sept femmes sur dix.

Le taux d'emploi⁵ est de 66,4% en 2010 contre 68,3% en 2005. Malgré cette baisse, il reste proche du taux d'activité. On note des disparités suivant le sexe et le milieu de résidence. Le taux d'emploi est de 71,7% chez les hommes contre 61,4% chez les femmes. Les populations du milieu rural ont un taux d'emploi plus élevé que celles du milieu urbain (74,6% contre 54,7%). La région de l'Ouest affiche le plus grand taux d'emploi (82,2%) suivi du Littoral (81,6%) et du Centre (80,7%). À l'opposé, les villes de Douala et Yaoundé se caractérisent par les taux d'emploi les plus faibles, respectivement de 56,7% et 51,5%.

⁴ Le BIT recommande de calculer le taux d'activité sur la population de 15-64 ans ; cependant, pour les besoins nationaux nous le calculons sur les 10 ans ou plus.

⁵ Le taux d'emploi se définit comme le rapport entre la population active occupée et la population en âge de travailler.

2.8. La situation socio-économique

Au niveau de la sous-région CEMAC en 2010, le Produit Intérieur Brut (PIB) du Cameroun était estimé à 11 920,1 milliards de francs CFA représentant 33,5% de celui de l'ensemble des pays concernés (35 573,3 milliards de francs CFA)⁶. Une bourse des valeurs mobilières a été créée à Douala de même que de nombreuses institutions financières et établissements de micro-finance. L'exécution des programmes de réformes macro-économiques et structurelles par le Gouvernement depuis 1996 avec l'appui de ses partenaires au développement a permis l'atteinte du point de décision de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) en Septembre 2000. La mise en œuvre des programmes du Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) approuvée par les Institutions de Breton Woods, a conduit à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE en avril 2006.

2.9. Le contexte sanitaire

Fort du contexte évolutif sur la scène nationale et internationale, la SSS 2001-2015 a été actualisée, sur la base des leçons tirées de l'évaluation à mi-parcours de sa mise en œuvre, pour s'arrimer à l'horizon 2015 aux OMD. La mise en œuvre de la SSS actualisée est basée sur les interventions selon une nomenclature déclinée en domaines, classes, catégories et types d'intervention. A partir de chaque type d'intervention, chaque niveau dégage les activités correspondant à ses missions fondamentales. Au niveau du District de Santé, unité opérationnelle de la SSS, cette approche se traduit par l'intégration des activités, de toutes les interventions de santé. En outre, chaque département ministériel apparenté au secteur développe dans son plan d'actions, les activités et types d'interventions relevant de son domaine de compétence.

Le nouvel organigramme promulgué en 2013 subdivise le Ministère de la Santé Publique en 7 directions et 3 divisions, et fait ressortir entre autres la création d'un service chargé de la santé de l'adolescent et des autres groupes cibles au sein de la Sous-Direction de la Santé de la Reproduction à la Direction de la Santé Familiale (DSF).

Organisation du secteur Santé

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS, le système national de santé comporte trois (03) niveaux :

- Le niveau central constitué des Services centraux MINSANTE, des Hôpitaux généraux et assimilés, des Hôpitaux centraux et assimilés, la CENAME, le LANACOME et le Centre Pasteur du Cameroun.

⁶ Source : BEAC–Rapport annuel 2008 ; Banque de France-Rapports de la zone Franc de 2007 à 2010.

- Le niveau régional constitué de la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP), l'Hôpital Régional (HR), le Centre d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques Régional (CAPR), les Fonds régionaux de Promotion de la Santé
- le niveau opérationnel : Service de Santé de District (SSD), Hôpital de District (HD), Centre Médical d'Arrondissement (CMA), Centre de Santé Intégré (CSI), Centre de Soins Ambulatoires (CSA) ;

Tableau 1 : Pyramide de santé au Cameroun

Niveau	Structures administratives	compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	- Services centraux du Ministère de la Santé Publique - Services centraux des secteurs apparentés	- Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	- Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés	Conseil national de la santé, d'hygiène et des affaires sociales conseil d'administration
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux régionaux et assimilés - Polycliniques	Fonds régionaux régionaux pour la promotion de la santé COGEH/R
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	- Hôpital de District - Cliniques - CMA - CSI - CSA -	- COSADI - COGEDI - COSA - COGE

Source : Stratégie Sectorielle de Santé 2001- 2015

Le système national de santé s'articule en trois Sous-Secteurs :

- le Sous-Secteur public qui Outre les formations sanitaires publiques comprend également des structures sanitaires sous tutelle d'autres Départements Ministériels à l'instar de ceux en charge de la Défense, du Travail et de la Sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale), des Enseignements Secondaires, de l'Enseignement Supérieur, de l'Administration Pénitentiaire, de la Sûreté Nationale, etc. ;
- le Sous-Secteur privé qui regroupe les structures sanitaires privées à but non-lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non-gouvernementales) et celles à but lucratif (pharmacie, polyclinique, clinique, cabinet médical, cabinet de soins, centre de santé, cabinet dentaire, laboratoire d'analyse médicale, etc.)
- le Sous-Secteur de la médecine traditionnel qui intègre la médecine traditionnelle..

SECTION 3 : ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES AU CAMEROUN

Au Cameroun, les problèmes de santé auxquels les adolescents et les jeunes font généralement face sont de divers ordres. Il s'agit entre autres: des problèmes de santé sexuelle et reproductive ; la consommation abusive de substances toxiques (tabac, alcool et autres substances nocives...) ; les traumatismes liés aux différentes formes de violences ; les troubles nutritionnels; les problèmes de santé mentale ; les violences et traumatismes ; les maladies endémiques et chroniques, etc.

Les adolescents et les jeunes font face à de nombreux facteurs de vulnérabilité, notamment l'argent (22,8%), l'ignorance (16,8%), la convoitise (12,0%), l'amour (7,2%), le snobisme (8,4%), la mauvaise compagnie (4,8%), l'alcoolisme (3,0%), le manque d'éducation sexuelle (4,8%), la pornographie (3,0%), le manque d'emploi (8,4%), l'ignorance (16,8%) et l'habillement indécent (4,2%) (EVS/DROS, 2013).

Tous ces facteurs induisent au sein de cette population l'adoption des mauvaises pratiques qui ont de nombreuses conséquences sur leur état de santé. Au rang de ces pratiques, l'on note les mariages précoces qui présentent de nombreux risques tels que l'accouchement dystocique, la naissance prématurée voire de décès pendant la grossesse ou pendant l'accouchement; les rapports sexuels précoces ; les activités sexuelles non protégées ; la forte prévalence des IST/VIH/Sida ; les comportements délinquants et suicidaires ; les abus de substances toxiques tel que l'alcool, le tabac et les autres drogues illicites qui aggravent davantage leur exposition aux IST/VIH/Sida.

3.1 SITUATION DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES AU CAMEROUN

3.1.1 Mortalité maternelle et juvénile

La situation du Cameroun en matière de santé de la mère est particulièrement préoccupante. La mortalité maternelle a presque doublé entre 1998 et 2011⁷ passant de 430 à 669 décès de 1998 à 2004 puis à 782 décès en 2011⁸. La mortalité infanto juvénile reste élevée (122 pour 1000 naissances vivantes). La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer (FAP) est faible (16%). Elle l'est également pour les adolescents et jeunes (15%) et les besoins non satisfaits en PF restent importants (17%)⁹.

⁷ EDS II, IV

⁸ Alors que l'OMD4 vise une réduction de la mortalité maternelle à 350 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015.

⁹ EDS, 2011

3.1.2 Santé sexuelle et reproductive

Selon l'EDS-MICS 2011, près de la moitié des filles et un peu plus de la moitié des garçons de 15–19 ans ont déjà eu des rapports sexuels. La proportion des jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels est plus prononcée parmi les adolescents de 15–19 ans contre ceux âgés de 20–24 ans. Les jeunes filles qui résident en milieu rural (16,5% contre 17,6% en milieu urbain) et qui sont moins instruites (15,9% contre 18,6% parmi les plus instruites) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déjà eu des rapports sexuels. L'âge médian aux premiers rapports sexuels des filles du niveau primaire est de 15,9 ans contre 18,6 ans pour les filles des niveaux secondaires et supérieurs. Un écart apparaît également entre les milieux de résidence où l'âge médian au premier rapport sexuel en milieu urbain est de 17,6 ans contre 16,5 ans en milieu rural.

L'enquête sur la situation des jeunes et des adolescents en matière de santé de reproduction et de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Cameroun (EVS/DROS, 2013) démontre que si la grande majorité des jeunes déclaraient être informés sur les méthodes contraceptives, seul 28.9% des répondantes avaient avoué avoir utilisé une méthode contraceptive pour prévenir la grossesse dans la période de 03 mois précédant l'enquête¹⁰. Ces résultats sont en cohérence avec ceux de l'EDS-MICS qui montrent que la prévalence contraceptive est la plus faible parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans). La prévalence contraceptive varie avec le milieu social, le niveau d'instruction et les conditions de vie. Elle est moins élevée en milieu rural (14 %) qu'en milieu urbain (33 %). Parmi les adolescents de 15 à 19 ans (pas en union mais sexuellement actifs), 50,8% des jeunes filles ont utilisé une méthode moderne pour le planning familial à un moment donné.

Il y a un réel danger lorsque l'on scrute de près ces comportements à haut risque surtout que parmi les jeunes de 20-24 ans, plusieurs avaient déclaré avoir eu deux à trois partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. En effet, d'après l'enquête EVS, 36% de répondantes avaient déclaré avoir déjà été enceintes au moins une fois au moment de l'enquête. De manière spécifique, 13% des répondantes âgées de 15 à 19 ans et 28% de filles âgées de 20 à 24 ans l'avaient été une fois. Par ailleurs, 25% de filles dont l'âge se situait entre 20 et 24 ans déclaraient avoir déjà été enceintes deux fois au moment de l'enquête¹¹. Il ressort de l'ES-MICS 2011, que les femmes du milieu rural ont une fécondité beaucoup plus élevée que celles du milieu urbain. De plus, en milieu rural, cette fécondité est beaucoup plus précoce puisqu'à 15-19 ans, le taux y est estimé à 175 ‰ contre 89 ‰ en milieu urbain (avec un minimum de 78 ‰ à Yaoundé et à Douala).

¹⁰ EVS 2013, p: 49.

¹¹ EVS 2013, p: 47

3.1.3 Pratiques néfastes à la santé de la jeune fille

Au Cameroun les adolescents et les jeunes sont victimes de certaines pratiques sexuelles néfastes telles que les mariages précoces et ou forcés, les mutilations génitales, le repassage des seins et les violences sexuelles. 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 ans¹⁵. 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 décroît 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 20-24ans (EDS-MICS 2011, 104).

S'agissant de la pratique de l'excision, l'enquête EDSC III (2004) montre que 1,4% des femmes ont été excisées. La pratique de l'excision est très légèrement 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 subies cette pratique (RENATA 2006)

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

3.1.4 IST/VIH/SIDA

Suivant les données issues de l'EDS/MICS 2011, il ressort que la prévalence du VIH dans la population générale (15-49 ans) est de 4,3 %, contre 5,5 % en 2004. La prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les femmes (5,6 %, contre 6,8 % en 2004) que parmi les hommes (2,9 %, contre 4,1 % en 2004). Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (5,6 %) est près du double de celui estimé des hommes du même âge (2,9 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,9 ; en d'autres termes, il y a 190 femmes infectées pour 100 hommes ; ce qui signifie que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH.

Tableau 2 : Répartition de la séroprévalence du VIH par tranches d'âge¹²

Tranche d'âge	Séroprévalence du VIH (en %)
15-19 ans	1,2
20-24 ans	2,2
25-29 ans	5,5%
30-34 ans	6,3
40-44 ans	5,9
45-49 ans	6,3%

Les rapports sexuels non protégés (44,8%), l'utilisation des objets souillés (9,6%), le multi-partenariat sont les principaux canaux de transmission des IST/VIH/SIDA (EVS/DROS, 2013). Les femmes en général et plus particulièrement les jeunes filles ont plus de risques d'être séropositives que les hommes. Environ trois PVVIH sur cinq sont des femmes (60%) et 7 jeunes séropositives de 15 à 24 ans sur 10 (70%) (CNLS, 2010).

3.1.5 La santé mentale

Selon l'OMS, 450 millions de personnes à travers le monde souffrent de troubles mentaux. Toujours, on dénombre un million de suicides dans le monde, soit environ un décès toutes les 40 secondes, et 90% de ces suicides sont pratiqués par des malades mentaux. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 15 à 24 ans et les affections les plus fréquentes sont les dépressions, les toxicomanies et la schizophrénie. Lors de la célébration de la 14-ème Journée mondiale de la santé mentale, le ministre de la Santé publique a reconnu que le suicide était un problème réel au Cameroun et qu'il n'épargnait aucune classe sociale¹³.

Nonobstant la prise de conscience du gouvernement sur l'ampleur des troubles mentaux, l'on note que le Cameroun ne dispose pas de données probantes sur la consommation des drogues. Il ressort tout de même d'après certains travaux de recherche parcellaires que l'usage illicite et/ou abusif des drogues concerne les individus de 15 à 60 ans, les plus touchés ayant entre 15 et 40 ans. Le taux de prévalence de la consommation des drogues serait d'environ d'une personne sur dix, soit 10%. Le taux de personnes ayant consommé la drogue au moins une fois dans la vie serait de 25%, avec des disparités selon les Régions qui atteignent les 31% dans la Région de l'Extrême-Nord. En zone rurale, ce taux serait de 34%.

Parmi les consommateurs de ces substances on retrouve de nombreux adolescents et jeunes. Cette couche de la population générale est pour la plupart ignorante des risques encourus. Les

¹² EDS/MICS 2011

¹³ <http://www.panapress.com/Le-Cameroun-celebre-la-Journee-mondiale-de-la-sante-mentale--13-639423-17-lang4-index.html>

principales raisons évoquées sont entre autres : se donner du courage (42%), s'adapter à un milieu (22%), par mimétisme (16%), par accoutumance (10%), pour effectuer des travaux difficiles et noyer ses soucis (10%).

La Cameroon – Centre District Global Youth Tobacco Survey a conduit une enquête en 2008 dans les écoles avec comme principales cibles les élèves de 13 à 15 ans. Cette enquête a révélé que 13,4% des élèves fument régulièrement du tabac, quel qu'en soit la forme ; 5,7% des élèves fument régulièrement de la cigarette et près de 1 sur 10 consomme régulièrement des produits à base de tabac autres que la cigarette.

La consommation abusive d'alcool constitue également un danger pour la santé mentale et physique des individus. L'euphorie recherchée se transforme rapidement en inertie. Le véritable danger se trouve dans la survalorisation sociale de la consommation d'alcool. Celle-ci est perçue comme un symbole de vigueur, de puissance, d'amitié ou un signe d'appartenance à un groupe. Même certaines vedettes et idoles des jeunes à l'instar des milieux sportifs, des arts et de la culture prêtent leur image à cette fin.

3.1.6 Situation des traumatismes/violences

Bien que le Cameroun dispose de nombreux instruments juridiques de protection de la femme en général et de la jeune fille en particulier, l'on note que ces derniers font l'objet d'une faible mobilisation politique et ne sont pas dotés de moyens suffisants pour leur mise en œuvre efficace.

Les violences recensées auprès des adolescents et des jeunes au Cameroun sont de plusieurs formes : verbales, physiques, économiques, sexuelles, rituelles, psychologiques et morales, homicides et infanticides. Ces violences se produisent dans tous les milieux de vie : Dans les lieux publics, les lieux de travail, les lieux de divertissement, dans les rues, les écoles, les églises, les foyers, les quartiers.

Les conséquences des traumatismes/violences chez les adolescents et jeunes scolarisés (milieu primaire, secondaire et universitaire), sont entre autres la nuisance à leur bonne scolarisation et l'abandon scolaire. Ces violences interviennent dans et autour de l'école, tant de la part des personnels enseignants, de personnels des écoles, d'adultes autour de l'école, que d'élèves masculins. Ces violences de genre en milieu scolaire ont une influence directe sur la scolarisation des filles, puisqu'elles provoquent souvent leur retrait de l'école. Elles apparaissent ainsi et doivent être considérées comme un obstacle majeur à la scolarisation des filles. Banalisées, elles restent fréquemment un sujet « tabou », ce qui rend difficile leur identification, leur reconnaissance et leur prise en charge (ADEA 2012).

La prévalence, la fréquence et l'intensité de la violence dans les écoles/universités n'ont pas encore fait l'objet d'une étude approfondie et systématique au Cameroun. La reconnaissance des violences de genre en milieu scolaire et universitaire comme facteur de déscolarisation est souvent insuffisante et peu prise en compte dans les politiques et les programmes d'éducation. Or, il s'avère désormais indispensable et urgent de procéder à une collecte de données fiables au niveau national.

3.2 ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SAJ AU CAMEROUN

De ce qui précède, il ressort que l'état de la SAJ au Cameroun est préoccupante et mérite que l'on s'y intéresse de près. Les causes de cette situation peu reluisante sont de divers ordres. Au niveau des décideurs, l'on note la non prise en compte des spécificités de la jeunesse dans l'élaboration des politiques nationales d'une part et d'autre part, l'inadaptabilité du système de santé qui se caractérise par l'absence des services de santé adaptés aux A/J. Au niveau communautaire, l'on dénote la faible mobilisation/implication communautaire autour de la SAJ et la faible représentativité des jeunes dans les instances de décisions au niveau des structures communautaires (ONG/Associations/ Comités de développement).

Cette présente analyse vise à prendre en compte les problèmes qui se posent aussi bien au niveau institutionnel/organisationnel qu'au niveau communautaire en matière de SAJ. Pour adresser des interventions/actions pertinentes nous avons identifiés six principaux axes. Il s'agit : (i) du renforcement de la mobilisation sociale en faveur de la SAJ ; (2i) du renforcement de l'offre des services de SAJ de qualité ; (3i) du renforcement de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ ; (4i) du développement de la recherche opérationnelle en SAJ ; (5i) de l'amélioration de la coordination et du suivi-évaluation des activités de SAJ ; et (6i) du renforcement de la mobilisation des ressources.

3.2.1 Sur le plan du renforcement de la mobilisation sociale en faveur de la SAJ

La communication portant sur la santé de reproduction reste insuffisante et prioritairement faite par les prestataires de soins et les enseignants. Or plusieurs autres personnes comme les parents, les leaders communautaires ont également la responsabilité d'assurer quotidiennement l'éducation de cette cible. Dès lors, il apparaît urgent pour une large mobilisation sociale en faveur de la SAJ d'améliorer la communication intégrée. Celle-ci aura comme principal objectif de susciter une prise de conscience sur les problèmes de SRAJ au sein des communautés. La pertinence d'une telle action repose sur le rôle prépondérant de ces différents acteurs sur l'éducation et le processus de socialisation des A/J au niveau familiale voire communautaire.

Outre l'implication des leaders communautaires et des parents, il est également que les A/J qui sont les principaux bénéficiaires de ce Plan, soient sensibilisés sur la SRAJ. A travers l'amélioration de leur niveau de connaissance sur la SRAJ, les A/J seront portés à adopter des bonnes pratiques et des comportements responsables en matière de sexualité et de santé sexuelle et reproductive. En effet, 48,1% des adolescents et des jeunes interrogés au cours de l'enquête sur la situation des jeunes et des adolescents en matière de santé de reproduction et de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Cameroun n'avait aucune connaissance sur la SR. Parmi les itinéraires thérapeutiques en matière de SR et de prise en charge des IST/VIH /SIDA auxquels ont recours les A/J l'on note : la prise en charge à domicile, les tradi-praticiens/marabouts, les parents, les amis, les églises et dans une moindre mesure les formations sanitaires.

3.2.2 Sur le plan de l'offre de service de la SAJ de qualité

Les jeunes éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé de qualité. Les causes de cette situation sont liées aux insuffisances du système de santé en général et à la non prise en compte des spécificités de la jeunesse. D'une part, le système de santé est caractérisé par une inégale répartition des structures de soins et services de santé, une insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines. A cela s'ajoutent de nombreux facteurs qui limitent l'accès et l'utilisation des services de santé par les A/J tels, le mauvais accueil, la non confidentialité des informations, le coût élevé des prestations et la faible attention accordée aux A/J lorsqu'ils ont besoin d'information.

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, counselling, planning familial, les espaces conviviaux). Les services, notamment de planning familial, sont inaccessibles aux jeunes. Ils rencontrent beaucoup de 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 des Enseignements Secondaires et au Ministère de l'Éducation de 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)

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

Pour résoudre ce problème lié à l'accessibilité et à l'utilisation des services de santé, il faudrait introduire des services de santé adaptés aux A/J dans toutes les structures d'encadrement des A/J. Ces structures comportent à la fois celles des milieux scolaires et universitaires (IMS, CMS, etc.) que celles des milieux non scolaires (CMPJ, CPF, etc.). Il sera donc question de créer et d'assurer le fonctionnement des services sociaux sanitaires conviviaux des A/J en matière de SR dans ces structures.

3.2.3 Sur le plan de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ

L'amélioration des indicateurs en matière de SRAJ passe le renforcement des capacités des structures représentatives d'encadrement des adolescents et jeunes au niveau communautaire. Ces structures de part leur proximité avec les A/J constituent un levier important sur lequel les actions à mener devraient être orientées. Pour un rendement optimum, ces structures doivent être capacitées pour une appropriation totale des différentes interventions en SAJ.

L'implication des bénéficiaires c'est-à-dire des A/J devrait être revue à tous les niveaux. Que ce soient en matière de conception, de planification, de mise en œuvre et de suivi évaluation des actions qui sont menées en matière de SR ou de lutte contre les IST/VIH/SIDA. En l'état, cette implication reste faible. En effet, la participation des A/J n'est pas du tout effective. Les données de l'enquête sur la situation des jeunes et des adolescents en matière de santé de reproduction et de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Cameroun indiquent que les jeunes ne participent pas si oui à une faible proportion (7,7%) à l'élaboration et la mise en œuvre des activités qui portant sur la SR, la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

3.2.4 Sur le plan du développement de la recherche opérationnelle en SAJ

La recherche opérationnelle a pour vocation de générer les connaissances nécessaires à la prise de décision basée sur l'évidence scientifique. Trop peu de décisions en SAJ sont prises à partir des bases factuelles générées par la recherche. Cette situation se justifie par (i) une insuffisance du financement des institutions et des activités de recherche ; et (ii) l'insuffisance des activités de recherche opérationnelle sur la SAJ.

Au delà de ces insuffisances sus-citées, il se pose aussi le problème de la transformation des quelques résultats de recherche disponibles en outils d'aide à la prise de décision. Cette situation se justifie par l'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines qualifiées formées à l'élaboration des notes d'information stratégiques (Policy brief) et des revues systématiques (systematic review).

Dès lors, pour susciter une prise de décisions sur la SAJ chez les décideurs et les politiques basée sur les données probantes, il est impératif de mettre à leur disposition des résultats de recherche qui soient pertinents; cela passe par le renforcement des capacités des différents acteurs qui interviennent dans la SRAJ. Au-delà du renforcement des capacités des acteurs en recherche opérationnelle, il faudra s'atteler à mettre en réseau les institutions de recherche et de développer des pools de chercheurs/équipes de recherche sur la SRAJ. Car, l'on note une faible collaboration entre les différents acteurs qui sont impliqués dans la SRAJ.

3.2.5 Sur le plan de la coordination, du suivi-évaluation des activités de SAJ

Au Cameroun, l'on note une faible synergie d'actions entre les différents ministères en charge des adolescents et des jeunes en ce qui concerne la coordination et le suivi-évaluation des interventions en santé en général et de SRAJ en particulier. Cette situation se traduit par le faible encadrement/accompagnement des A/J sur le terrain lors de la mise en œuvre des projets initiés en leur faveur. Bien plus, les messages communs adaptés aux jeunes et adolescents sont soit non élaborés, soit non partagés par ces départements.

Pour résoudre ce problème, il sera question dans le cadre de ce plan de renforcer la coordination et le suivi-évaluation des interventions SRAJ de à tous les niveaux.

3.2.6 Sur le plan de la mobilisation des ressources

La problématique du financement est une préoccupation cardinale dans tous les aspects liés à l'émergence de la recherche opérationnelle en SAJ au Cameroun. La recherche coûte chère, et à cause de cela, malgré son important apport, elle reste envisagée comme un luxe dans les pays en développement, plutôt soucieux de donner une réponse directe aux préoccupations de santé qui se

posent. Pour mobiliser les ressources nécessaires, il est urgent de susciter l'engagement des leaders, des décideurs et des PTF pour la mobilisation des ressources en faveur de la SRAJ.

3.3 ANALYSE FFOM DU CONSTAT

L'analyse situationnelle complémentaire réalisée en prélude à l'élaboration de ce plan a révélé que les interventions passées et actuelles présentent aussi bien des forces que des faiblesses, des opportunités et des menaces.

3.3.1 Au titre des forces, on note que :

- La déclaration de politique nationale de santé de la reproduction ;
- Les politiques et normes des services de SR ;
- Le Programme National de la Santé de la Reproduction ;
- Un cadre national d'orientation et de mise en œuvre de la SRA ;
- Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida prend en compte la tranche d'âge des adolescents et jeunes dans les priorités nationales ;
- Les Normes et Standards pour l'offre des services de SRAJ sont définis ;
- La stratégie d'institutionnalisation de la lutte contre le VIH/sida dans les programmes des différents Ministères qui ont en charge les adolescents et les jeunes est élaborée;
- L'environnement politique, socioculturel, économique et juridique du pays est favorable à la promotion de la SRAJ ;
- La politique nationale de la promotion du genre prend en compte les groupes vulnérables ;
- Des textes et conventions internationales relatifs aux droits humains, y compris les droits en SR existent ;
- Des mouvements, des ONG et des réseaux d'associations des jeunes dynamiques et engagés dans la promotion de la SRAJ et de la lutte contre le VIH/Sida sont opérationnels.

3.3.2 Au titre des faiblesses, on retient :

- L'absence d'une coordination efficace et d'un système multisectoriel d'information et de gestion dans le domaine spécifique de la SRAJ ;
- L'absence de stratégie uniforme d'intégration de la SRAJ dans le paquet des services offerts par les prestataires dans les formations sanitaires ;
- L'insuffisance des ressources mobilisées au profit de la SRAJ.
- L'insuffisance du suivi - évaluation des interventions en SRAJ/Planification Familiale (PF)/IST/VIH/Sida ;
- La faible implication des organisations et réseaux de jeunes dans les interventions de SRAJ/VIH.

3.3.3 *Les opportunités*

- La prise en considération par le Gouvernement et les autres acteurs, de la recherche opérationnelle en santé comme une stratégie pouvant permettre de mieux cerner et résoudre les problèmes de SAJ ;
- La publication en 2010 des résultats du dernier recensement national des populations, permettant aux chercheurs de disposer des dénominateurs fiables et à jour ;
- La mise à disposition des résultats issus des enquêtes EDS-MICS ;
- Les partenaires de coopération régionale et internationale en santé sont disposés à apporter leurs appuis aux initiatives de SAJ au Cameroun ;

3.3.4 *Les menaces*

- L'absence d'interface formelle de dialogue et de concertation.
- L'absence d'un système national de coordination de la recherche en santé ;
- La faiblesse dans la vulgarisation des opportunités de financement et dans la mobilisation des financements ;
- Le coût des services est élevé ;
- Le manque d'informations sur la disponibilité des services.

SECTION 4 : CADRE CONCEPTUEL

La santé est un droit fondamental de chaque individu. A ce titre, le Cameroun a élaboré le PSNSAJ dont le cadre conceptuel s'adosse sur les orientations de la SSS (2001-2015). Les différentes interventions identifiées contribueront à l'amélioration des indicateurs sectoriels notamment ceux concernant la réduction de la morbidité et de la mortalité des adolescents et des jeunes.

3.1 Vision

Les adolescents et les jeunes au Cameroun jouissent d'un bon état de santé et de leurs droits fondamentaux d'ici 2020.

3.2 Mission

Améliorer l'environnement socio-structurel et légal, à l'accès à aux Services Sociaux Adaptés aux Adolescents et Jeunes et la communication; renforcer la participation communautaire, les structures et la gestion des programmes de SAJ en vue de réduire la morbidité et la mortalité chez les adolescents et les jeunes.

3.3 But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des adolescents et des jeunes à travers la réduction de la morbidité et de la mortalité.

3.4 Objectifs

3.4.1 Objectif global

Améliorer la santé des adolescents et des jeunes d'ici 2020, dans le cadre de la nouvelle stratégie sectorielle de santé en prenant en compte la multi-sectorialité des intervenants.

3.4.2 Objectifs spécifiques

- Assurer le dépistage et la prise en charge appropriée d'au moins 60% des cas de fistules obstétricales des jeunes filles d'ici 2020 ;
- Réduire de 50% la prévalence des grossesses précoces chez les jeunes filles d'ici 2020 ;
- Réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020 ;

- Augmenter le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les adolescentes et les jeunes filles d'ici 2020 ;
- Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas pratiques néfastes à la SRAJ et des violences faites aux adolescentes et aux jeunes filles d'ici 2020 ;
- Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 80% de l'antigène HPV dans les districts de santé ciblés d'ici 2020.

3.5. Axes stratégiques et interventions prioritaires

Pour atteindre ces objectifs, six (06) axes stratégiques ont été retenus en fonction des besoins des adolescents et des jeunes et divers domaines d'intervention ont été identifiés par axe.

3.5.1. Axe stratégique I : Renforcement de la mobilisation sociale autour de la SRAJ.

OS1 : Améliorer la communication intégrée pour susciter la prise de conscience sur les problèmes de SRAJ au sein de la communauté.

OS2 : Renforcer le dialogue parents/enfants sur la SRAJ.

3.5.2. Axe stratégique II : Renforcement de l'offre de service de SRAJ de qualité.

OS1 : Introduire les services sanitaires appropriés aux A/J dans au moins 25% des formations sanitaires de chaque district de santé.

OS2 : Renforcer les capacités en SRAJ de tous les gestionnaires et les prestataires.

OS3 : Introduire les modules de SRAJ dans les curricula de formation des personnels médicaux et paramédicaux.

3.5.3. Axe stratégique III : Renforcement de l'appropriation communautaire des interventions en SRAJ

OS1 : Renforcer la participation des adolescents et jeunes dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de SRAJ.

OS2 : Redynamiser les structures représentatives au niveau communautaire.

3.5.4. Axe stratégique IV : Coordination, Suivi-Evaluation des activités de SAJ

OS1 : Renforcer la coordination des interventions en SRAJ.

OS2 : Améliorer le suivi-évaluation des interventions de SRAJ.

OS3 : Renforcer le système de gestion des activités de SRAJ à tous les niveaux.

3.5.5. Axe stratégique V : Développement de la recherche opérationnelle en SRAJ

OS1 : Faciliter la prise de décision en faveur de l'offre des services de SRAJ.

OS2 : Prendre en compte les besoins spécifiques de santé des adolescent(e) s et des jeunes dans la prise de décision

OS3 : Promouvoir la recherche opérationnelle en SRAJ.

3.5.6. Axe stratégique VI : Renforcement de la mobilisation des Ressources

OS1 : Susciter l'engagement des décideurs, des leaders et des PTF pour la résolution des problèmes spécifiques à la SRAJ.

OS2 : Accroître chaque année les ressources nécessaires à la promotion de la SRAJ la mise en œuvre du Plan.

SECTION 5 : CADRE LOGIQUE

Axe 1: Renforcement de la mobilisation sociale en faveur de la SAJ

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires d'exécution	Indicateurs	Budget : coût en millions de Fcfa
OS1 : Améliorer la communication intégrée pour susciter la prise de conscience sur les problèmes de SRAJ au sein de la communauté (Élus, décideurs, société civile, responsables et Leaders) Indicateurs de suivi : -Prévalence contraceptive -taux d'utilisation des services de SRAJ	1.1 Élaborer un plan de communication intégrée sur la SRAJ	X					MINSANTE	MINJEC MINESEC MINEDUB MINCOM MINPROFF MINAS MINESUP ONG Associations		
	1.2 Organiser les séances de plaidoyer auprès des décideurs, des Élus, Responsables de la Société civile et des leaders administratifs, religieux et traditionnels.		X				MINSANTE	Idem		
	1.3 Renforcer les capacités des différents intervenants en techniques de communication IEC/CCC/C4D		X	X	X	X		MINSANTE	Idem	

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires d'exécution	Indicateurs	Budget : coût en millions de Fcfa
	1.4 Renforcer l'implication des parents dans l'éducation des adolescents et jeunes en matière de SRAJ	X	X	X	X	X	MINSANTE	MINJEC MINESEC MINEDUB MINCOM MINPROFF MINAS MINESUP ONG Associations des jeunes		
OS2 : Améliorer le niveau de connaissances des A/J sur les questions de SRAJ	2.1 Élaborer les outils techniques et didactiques en matière de SRA avec l'implication active des jeunes	X					MINSANTE	Idem		
	<i>Indicateurs de suivi :</i> 2.2 Produire et disséminer les outils d'IEC/CCC							Idem		
	2.3 Former les Leaders des jeunes et les responsables des structures d'encadrement des jeunes en techniques de communication en matière de SRAJ.		X				MINSANTE	Idem		

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires d'exécution	Indicateurs	Budget : coût en millions de Fcfa
	2.4 Mener des activités d'information et de sensibilisation des A/J en matière de SRAJ.							Idem		
	2.5 Renforcer l'intégration de la thématique SRAJ (EVF/EVA/EMP/VIH/SIDA) dans les programmes d'éducation des jeunes, en milieu scolaire et extra scolaire							Idem		

Axe 2 : Renforcement de l'offre de service de la SAJ de qualité

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
OS1 : Introduire les SSAAJ dans les formations sanitaires de chaque district de santé	2.1 Équiper les points de prestation		X				MINSANTE	MINESUP MINESEC MINEDUB MINJEC MINPROFF		
	<i>Indicateurs de suivi</i> : 2.2 Introduire dans les curricula de formation des personnels médicaux et		X				MINSANTE	Idem		

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
	paramédicaux l'enseignement sur la SRAJ									
	2.3 Former les prestataires en SRAJ	X				MINSANTE	Idem			
	2.4 Rendre disponible les intrants	X	X	X	X	MINSANTE	Idem			
OS2 : Étendre l'offre de services de SRAJ dans les structures d'encadrement des A/J <i>Indicateurs de suivi :</i>	2.1 Créer des points de prestations de SRAJ	X				MINSANTE	Idem			
	2.2 Rendre fonctionnel les points de prestation des SR en milieu scolaire et universitaire	X				MINSANTE	MINESEC MINEDUB MINESUP ONG			
	2.3 Rendre opérationnel les points de prestation des SR en milieu extra scolaire	X	X	X	X	MINSANTE	MINJEC MINPROFF MINAS ONG Associations des jeunes			

Axe 3 Renforcement de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires d'exécution	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
OS1 : Renforcer les capacités des structures représentatives d'encadrement des adolescents et jeunes au niveau communautaire <i>Indicateurs de suivi :</i>	3. 1 Évaluer la capacité opérationnelle des structures représentatives existantes au niveau communautaire	X					MINSANTE	MINATD ONG/Associations		
	3.2 Renforcer la capacité opérationnelle des structures ciblées (gouvernance, ressources humaines, gestion, matériel, finances....)	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		
	3.3 Former les responsables des structures d'encadrement et de représentation ciblées sur la gestion des programmes/projets de SRAJ	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		
OS2 : Renforcer l'implication des adolescents et jeunes dans la conception, la mise en œuvre des activités de santé des adolescents et jeunes	3.2.1 Former les Leaders des jeunes en technique de plaidoyer et en leadership	X	X	X	X	X	MINSANTE	MINATD MINJEC ONG/Associations		
	3.2.2 Faire le plaidoyer pour la représentation des adolescents et jeunes dans les structures de prise de décision	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires d'exécution	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
<i>Indicateurs de suivi :</i>	2.3 Mettre en place des mécanismes visant la participation et l'implication des AJ dans les Programmes/projets de santé	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		
OS3: Renforcer les structures et d'encadrement au niveau communautaire	3.1 Renforcer les mécanismes de fonctionnement des structures représentatives au niveau communautaire	X	X	X	X	X	MINSANTE	MINATD MINJEC ONG/Associations		
<i>Indicateurs de suivi :</i>	3.2 Renforcer les capacités des membres des structures représentatives au niveau communautaire en matière de SAJ	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		
	3.3 Doter les structures représentatives au niveau communautaire des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de leurs activités.		X	X	X	X	MINSANTE	Idem		

Axe 4 : Amélioration de la coordination, du suivi-évaluation des activités de SAJ.

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019				Responsables	Partenaires	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
<p>OS1 : Renforcer la coordination des interventions SAJ de à tous les niveaux.</p> <p><i>Indicateurs de suivi :</i></p>	<p>4.1 Créer et rendre fonctionnelle une structure technique de coordination multisectorielle (incluant les adolescents/jeunes) dans les interventions de SRAJ</p>		X	X	X	X	MINSANTE	<p>MINJEC MINESEC MINEDUB MINPROFF MINAS MINESUP ONG Associations des jeunes</p>	
	<p>4.2 Rendre opérationnelles les comités de coordination au niveau intermédiaire et périphérique</p>						Idem		
<p>OS2 : Renforcer le suivi-évaluation des interventions en SAJ</p>	<p>2.1 Mettre sur pied un système d'information stratégique sur la SRAJ</p>	X	X				MINSANTE	Idem	

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
<i>Indicateurs de suivi :</i>	2.2 Organiser des missions conjointes de supervision des interventions à tous les niveaux	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		
	2.3 Organiser des évaluations statutaires périodiques des interventions de SRAJ							Idem		

Axe 5 : Développement de la recherche opérationnelle en SAJ

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires d'exécution	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
OS1 : Promouvoir la recherche opérationnelle en SAJ <i>Indicateurs de suivi :</i>	5.1 Identifier les priorités de recherche en SRAJ	X					MINSANTE	MINJEC MINESEC MINEDUB MINPROFF MINAS MINJUSTICE MINESUP ONG Associations des jeunes		
	5.2 Former les acteurs sectoriels et autres intervenants clés à la recherche opérationnelle	X					MINSANTE	Idem		
	5.3 Mobiliser les ressources en faveur de la recherche opérationnelle en SRAJ	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		
	5.4 Mettre en réseau les acteurs et les différents intervenants œuvrant dans le domaine de la							Idem		

Objectifs spécifiques	Interventions/Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires d'exécution	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
	5.5 Assurer la diffusion, la dissémination et la vulgarisation des résultats de recherche en SAJ							Idem		
OS2 : Susciter la prise de décisions basée sur les données probantes en SRAJ <i>Indicateurs de suivi :</i>	2.1 Faire le plaidoyer	X					MINSANTE	Idem		
	2.2 Assurer la valorisation des résultats de recherche	X		X		X	MINSANTE	Idem		

Axe 6 : Renforcement de la mobilisation des ressources

Objectifs spécifiques	Activités	Echéance 2015 – 2019				Responsables	Partenaires	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
		X							
OS1 : Susciter l’engagement des leaders, des décideurs et des PTF pour la mobilisation des ressources en faveur de la SRAJ <i>Indicateurs de suivi :</i>	1.1 Elaborer un Plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	X				MINSANTE	MINATD MINEPAT MINJEC MINESEC MINEDUB MINPROFF MINAS MINESUP ONG Associations des jeunes		
	1.2. Organiser des séances de plaidoyer en direction des leaders, décideurs et PTF ciblés					MINSANTE	Idem		
OS2 : Accroître chaque année les ressources nécessaires à la promotion de la SAJ et la mise en œuvre du Plan	2.1 Former tous les acteurs sur les techniques de programmation et de mobilisation des					MINSANTE	Idem		

Objectifs spécifiques	Activités	Echéance 2015 – 2019					Responsables	Partenaires	Indicateurs de suivi	Budget : coût en millions de Fcfa
<i>Indicateurs de suivi :</i>	ressources à différents niveaux									
	2.2 Constituer une banque de projets novateurs en faveur de la SRAJ destinée aux PTF et autres partenaires						MINSANTE	Idem		
	2.3 Développer le partenariat Public-Privé	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		
	2.4 Organiser des ateliers de réflexion sur les mécanismes de mobilisation de ressources	X	X	X	X	X	MINSANTE	Idem		

SECTION 6 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1 Principes directeurs

Les principes directeurs sont des déterminants nécessaires à la création d'un environnement favorable à la mise en œuvre d'une intervention. Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions de ce plan stratégique, il s'agit de :

- **Engagement politique**

Le Gouvernement de la République du Cameroun à travers le MINSANTE a mis en place un cadre juridique approprié et a mobilisé des ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'approche intégrée des interventions de ce Plan.

- **décentralisation responsabilisation des acteurs au niveau opérationnel**

La décentralisation est l'orientation politique du gouvernement camerounais afin de rapprocher davantage les services de la population. Elle vise l'engagement des collectivités territoriales décentralisées et des acteurs en vue d'une meilleure appropriation des acteurs et des bénéficiaires. La mise en œuvre de ce plan incombe aux composantes sectorielles, les collectivités territoriales, les OSC, les communautés. Le MINSANTE, tutelle du plan s'attèlera à faire le plaidoyer pour la recherche des financements.

- **Approche multisectorielle**

Il est essentiel que la recherche en matière de SRAJ soit abordée avec la participation de divers spécialistes (médecins, sociologues, psychologues, travailleurs sociaux...). Cette démarche permettra de cerner le problème de manière globale d'une part et d'autre part de le saisir sur tous les aspects (culturel, juridique, socio_économique, psychologique, ...)

- **Gestion axée sur les résultats**

Un accent doit être mis sur l'obtention des résultats en veillant à la participation de tous les intervenants à l'atteinte des objectifs fixés. Les évidences et les leçons apprises permettront d'orienter la prise de décision en insistant sur la transparence, la probité et la reddition des comptes. A ce titre, les compétences des gestionnaires des ressources seront renforcées pour assurer une rationalité de leur utilisation et la pérennité des financements.

- **respect des droits humains**

Le respect des droits humains sous-tend que, pour toute réalisation des programmes de développement, l'être humain soit placé au centre des interventions. Spécifiquement pour les adolescents et jeunes, il s'agit du droit à l'information, à la confidentialité et l'anonymat, la sécurité des soins, au libre choix, à l'intimité, au bien-être, la dignité, etc.

- **Ethique**

Les interventions de ce plan sont répondre à l'éthique et la déontologie en termes de protection et promotion de la santé. A ce titre, les questions de valeurs, de bonnes mœurs, les règles de bonne conduite et la sauvegarde des libertés individuelles doivent être au cœur de toutes les actions pour la santé des adolescents(e) et des jeunes.

- **Approche genre**

Le respect de l'approche genre dans la programmation et la mise en œuvre des interventions de ce plan est essentiel pour garantir la prise en compte de toutes les formes de disparités liées au genre, surtout pour les plus vulnérables (les filles-mères, les adolescents, les jeunes, les personnes handicapées, les OEV, les enfants vivant dans la rue, MSM etc.).

- **Intégration et synergie des programmes de santé**

Les opportunités offertes par tous les programmes de santé doivent être mis en cohérence et capitalisées. Il s'agit d'en tirer les avantages comparatifs en vue d'une mise en œuvre efficace et efficiente des actions. Il est nécessaire de renforcer la coordination et de réaliser une planification et un suivi conjoint des interventions par les différentes parties prenantes.

- **Approche participative**

L'implication des adolescents et jeunes dans le processus de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes les concernant, est une condition indispensable à la réussite des interventions.

4.2 Les acteurs et leurs rôles

ACTEURS	ROLES
MINSANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonne les interventions ; • Anime la plateforme multisectoriel ; • Assure le leadership technique et définit les grandes orientations ; • Réalise le plaidoyer auprès des partenaires ; • Mobilise les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan ; • Est responsable de la mise en place d'un cadre juridique.
MINESUP, MINESEC, MINEDUB	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la prise en compte effective de la SRAJ dans les curricula des écoles de formation professionnelle. • Créer des forums d'IEC en faveur de SRAJ dans le programme des élèves. • Contribuer à l'encadrement des jeunes en milieu éducatif sur le plan de la SRAJ,

	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès aux soins pour les étudiants.
MINJEC, MINPROFF, MINAS	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la prise en compte du genre et des droits sexuels et en matière de santé de la reproduction • Plaidoyer pour la mise en place d'une réglementation et législation favorable à la SRAJ. • Renforcer la promotion de la SRAJ au sein des CPF et des CMPJ; • Renforcer les capacités des associations d'encadrement des A/J en techniques et outils de communication sur la SRAJ; • Renforcer le plaidoyer pour la budgétisation sensible au genre ;
MINATD	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé en faveur de la SRAJ. • 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 SRAJ. • Assurer la mobilisation des Collectivités Territoriales Décentralisées en faveur de la SRAJ.
MINJUSTICE	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la mise en application des droits sexuels et reproductifs des A/J. • Mettre en place une législation/règlementation en matière SRAJ.
MINCOM	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des actions de communication relatives à la SRAJ en direction des populations cibles. Renforcer les capacités des Journalistes à la production des émissions sur la SRMNI • Organiser des communications/Plaidoyer auprès des leaders d'opinion et autorités publiques en faveur de la SRAJ auprès des autorités et autres partenaires.
MINEPAT	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les interventions du plan stratégique dans le budget programme de chaque Ministère partenaire, • Donner une priorité à la SRAJ dans l'attribution des budgets • Plaider pour une augmentation du budget de la SRAJ.
COLLECTIVITES TERRITORIALES DECENTRALISES	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitent la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé ; • contribuent à la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local ; • participent à la mobilisation des adolescents et jeunes pour leur adhésion.

<p>COMMUNAUTE (familles, les adolescents et jeunes, structures de dialogues, leaders d'opinion, autorités traditionnelles et religieuses, comités locaux, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la mobilisation des populations en faveur de SRAJ. • Faciliter la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local. • Faciliter les interventions à base communautaire. • Participer à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du plan d'action SRAJ communautaire • Mobiliser les ressources locales en faveur des activités SRAJ.
<p>ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE (ONG, ASSOCIATIONS, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apportent un appui dans la mise en œuvre des activités. • Mener le plaidoyer en faveur de SRAJ comme droit fondamental des populations cibles • Créer un partenariat avec les leaders d'opinion et autres acteurs pour la SRAJ. • Organiser et/ou faciliter des activités à base communautaire • Assurer la mobilisation des ressources financières pour la SRAJ. • Faire de l'IEC/CCC en faveur de l'utilisation des services SRAJ. • Assurer une complémentarité avec le gouvernement dans la prestation des services SRAJ. •
<p>LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner efficacement l'action gouvernementale en SRAJ. • Apportent un appui technique et/ou financier à la mise en œuvre des activités. • Contribuer à assurer une transparence dans la gestion des fonds alloués au pays. • Mener un plaidoyer en faveur de la SRAJ comme droit fondamental des populations cibles • Mettre en place des fond/appuyer à la mobiliser des ressources financières et techniques. • Renforcer l'approvisionnement en intrants. • Exécuter des plans d'action en SRAJ sous la coordination du gouvernement •

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADEA, 2012, Les violences de genre en milieu scolaire comme facteur de déscolarisation en Afrique subsaharienne francophone.
2. Déclaration de politique nationale en santé de la reproduction, février 2001, MSP.
3. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011(EDS-MICS). Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de la Santé Publique, Yaoundé, Cameroun.
4. Enquête sur la satisfaction des patients et barrières liées à l'accès et à l'utilisation des services de santé maternelle, infantile et la PTME dans la région de l'Extrême-Nord - Cameroun. Novembre 2013, MINSANTE (DROS).
5. Enquête sur la situation des jeunes et des adolescents en matière de santé de reproduction et lutte contre les IST/VIH/SIDA au Cameroun. Octobre 2013, MINSANTE (DROS).
6. Etude CAP sur les interventions de la Santé de Reproduction, Maternelle, Néo-natale et Infantile au Cameroun. Mai 2013, MINSANTE (DROS).
7. Plan Stratégique de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile (CARMMA) au Cameroun 2011 – 2013)
8. Plan Stratégique du Programme National de Santé de la Reproduction 2010-2015 de Novembre 2009 par le MINSANTE,
9. Politiques et normes des Services de santé de la reproduction, mai 2001, MSP
10. Politiques et normes des services de Santé de la Reproduction, Juin 2005, Ministère de la Santé du Mali (DSR).
11. Politiques et normes des services de Santé de la Reproduction, Juin 2005, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal (DSRSE).
12. Programme d'Orientation sur la santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de Santé ? Polycopié, 2005, OMS.
13. Programme National de la santé de la Reproduction 2005 – 2010, novembre 2006, MSP
14. Principes pour la protection de la santé des jeunes. Un guide relatif à l'initiative des services adaptés aux jeunes. 2002, IPPFAR.

15. République du Cameroun. (2010), Document de Stratégie Pour la Croissance et L'Emploi Cameroun (DSCE), Cameroun ;
16. Standards des services de santé adaptés aux adolescent(e) s/jeunes (SSAAJ) du Sénégal. (Mars 2012), Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal (DSRSE).
17. Stratégie Sectorielle de Santé 2001 – 2010, 2002, MSP.

ANNEXES

Ont participé à l'élaboration, la finalisation et la validation de ce Document les personnes suivantes :

Noms et Prénoms	Structure
Pr MBU Robinson	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Dr MOLUH Seidou	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Dr AFOUNDE Jeannette Bibiche	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Dr DJIHOUA Bertrand	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Dr KOULO NGAMBY Marquise	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Mr ONANA Lionel	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Mme LEBA Scholastique	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Mr AKONO AMVAM Jacob	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Mr NAMBELE Christian Sylvestre	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Mr SAZANG Georges	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Mr NDZOMO Benoît	Direction de la Santé Familiale (DSF)
Mr OTTOU OTTOU OWONA JB	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé Humaine (DROS)
Dr AKWE Samuel	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS)
Dr MABOULI NKONOM Floribert	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP)
Mme NNI Marie Louise	Direction de la Promotion de la Santé
Dr MEFOUG Séverin	DRSP/SUD
Mme TIJANG Esther	DRSP/SUD
Mme MADOUM Léonie Olive	DRSP/SUD
Mme EKO Germaine	Direction de l'Assistance et des Œuvres Universitaires (MINESUP)
Mme Chanty Violette MEDJA	Direction de l'Assistance et des Œuvres Universitaires (MINESUP)
Dr NSANGOU AMIDOU	Direction de la Santé, du Sport et des Activités Post et Périscolaire (MINESEC)
Mr MONGBET Jean Marcel	Direction de la Vie Associative et de la Participation des Jeunes (MINJEC)
Mme MENGUE MENA Marie	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
Mr ABDOU SALAM	Horizon Jeune/Dschang
Mme Tatiana CHOUDI	Réseau des Jeunes du Cameroun
Mr Gabriel TCHOKOMAKWA	UNFPA
Mr BITOUGA Bernard Aristide	Le Consultant/ Université de Yaoundé I