



PLAN OPERATIONNEL DE PLANIFICATION FAMILIALE

2015-2020

Septembre 2014

PREFACE

Notre pays se caractérise un taux de mortalité maternelle élevé (782/100 000 naissances vivantes), une croissance très rapide de la population marquée par un taux de croissance démographique moyen de 2,8% par an, un indice synthétique de fécondité de 5,1 enfants par femme et un faible taux de prévalence contraceptive des méthodes modernes de 16,1%¹.

L'étude sur les conditions de bénéfice du dividende démographique au réalisée en 2012 fait apparaitre qu'il est possible d'atteindre la fenêtre démographique, situation propice pour bénéficier du dividende démographique. Pour ce faire, l'expérience dans les pays de l'Asie de l'Est et du Sud-Est renseigne que profiter du dividende démographique dans notre contexte passe d'une part par l'atteinte de la fenêtre démographique, synonyme d'une **baisse sensible du niveau de fécondité**, et d'autre part par la mise en œuvre de programmes spécifiques pour répondre aux besoins d'emplois.

La planification familiale (PF) est alors apparue comme la stratégie appropriée pour améliorer les indicateurs de développement socio-économique y compris la réduction de la fécondité, la baisse des taux de mortalités maternelle et infanto-juvénile, meilleur investissement dans la scolarisation des enfants, amélioration du PIB par tête. L'accès à la planification familiale peut réduire la mortalité maternelle de 1/3². C'est dans cette optique que nous nous fixons comme objectif d'améliorer la demande et l'offre des services de planification familiale (PF).

A cet effet, dans nos cadres stratégiques récents comme le Plan Stratégique CARMMA (2011-2013), le plan stratégique SRMNI (2014-2020), et le PNRMMNI³ (2014-2018), nous avons défini la planification familiale comme axe prioritaire pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Ces cadres stratégiques définissent les grandes orientations en termes d'offre, demande, et utilisation des contraceptifs et autres services de planification familiale. Ils définissent également les résultats à atteindre en termes de prévalence contraceptive et besoins non satisfaits, notamment :

- augmenter la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer de 16,1%⁵ à 30%,
- augmenter le taux d'utilisation des méthodes de longue durée parmi les utilisatrices de PF de 4,3%⁴ à 20%,
- réduire le taux de besoins non satisfait de 17% à 10%,
- réduire la prévalence des grossesses précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans de 25,2%³ à 12,5%,

¹ EDSC-MICS 2011

² Site Lancet 2012 ou étude Guttmacher

³ Le Programme Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile

⁴ EDS-MICS 2011, 104.

- augmenter la prévalence contraceptive chez les adolescents de 15 à 19 ans de 12,1%⁵ à 29%.

Suite à la validation récente du plan stratégique SRMNI (2014-2020) et du PNRMMNI (2014-2018), l'ensemble des acteurs clés a estimé nécessaire de développer un Plan Opérationnel de Planification Familiale 2015-2020 afin de s'assurer que tous les partenaires techniques et financiers (PTF) lui accorderont l'attention et le financement requis. C'est dans ce cadre que nous avons sollicité et obtenu une assistance technique de haut niveau qui nous a aidé dans le processus d'élaboration du présent Plan d'Opérationnel.

Au cours ce processus qui a duré quatre (4) semaines, nous avons mis en place, une équipe opérationnelle composée d'experts nationaux et internationaux et avons confié au Sous-groupe PF la responsabilité de faire la revue et la validation des propositions faites par cette équipe opérationnelle. Le Sous-groupe élargi aux cadres du secrétariat général de la santé a eu pour mission de valider l'ensemble du travail.

Ce Plan Opérationnel a pris en compte les données les plus pertinentes et récentes disponibles, les spécificités régionales en étroite collaboration avec les points focaux SR/PF, l'impact potentiel de chaque activité et les perspectives de tous les secteurs. Il est alors le fruit des efforts conjugués de tous les acteurs dans le domaine de la santé en général et de la planification familiale en particulier. Il retrace les objectifs du gouvernement et le processus de mise en œuvre des différentes interventions prévues dans le cadre de la maîtrise de la fécondité en vue d'un développement harmonieux et équilibré, gage du bien-être futur des camerounais.

⁵ Ibid, 104.

TABLE DES MATIERES

PREFACE	2
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	6
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES GRAPHIQUES	9
REMERCIEMENTS	10
RESUME	11
INTRODUCTION	12
1- PRESENTATION DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN	14
2- APERCU GENERAL SUR L'ENVIRONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE	16
2.1- Contextes démographique et sanitaire.....	16
2.2- Options fortes faites dans les documents de politique.....	18
2.3- Opportunités fortes pour réussir le plan opérationnel PF	18
2.4- Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques	19
3-Situation des services de PF selon les piliers du système de santé	21
4- DEFIS PRIORITAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE	23
4.1- Défis en matière de demande des services de PF.....	23
4.2- Défis en matière d'offre des services de PF	24
4.3- Défis en matière d'environnement habilitant.....	25
4.4- Défis en matière de Suivi et de Coordination des interventions	26
5- OBJECTIFS DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE ET D'UTILISATRICES DE LA PF ²⁷	
5.1- Objectifs de prévalence contraceptive pour la période 2015-2020	27
5.2- Nombres prévisionnels de femmes sous méthodes modernes de contraception aux niveaux national et régional.....	28
5.3- Nombres prévisionnels de femmes en âge de procréer utilisatrices additionnelles de méthodes modernes de contraception par district sanitaire dans chaque région.....	30
6- STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN OPERATIONNEL	35
6.1- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF	36
6.2- Stratégies et activités pour renforcer l'offre des services de PF	43
6.3- Stratégies et activités pour rendre l'environnement habilitant pour les services de PF	53
6.4- Stratégies et activités en vue de l'amélioration du suivi et de la coordination des interventions en PF	60
7- MÉCANISMES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PLAN OPÉRATIONNEL PF .	66
7.1- Réunions de coordination en santé.....	66

7.2- Supervisions Intégrées	66
7.3- Réunions de coordination en planification familiale	67
7.4- Supervision formative.....	67
7.5- Revue de programme.....	68
7.6- Indicateurs de suivi du programme	68
7.7- Renforcement des organes de suivi et de coordination	69
7.8- Rapport d'inventaire mensuel de données clés par SMS.....	71
8- BUDGET DU PLAN D'ACTION	72
8.1- Synthèse des coûts	72
8.2- Résumé du budget par stratégie	74
8.3- Budget par région	75
8.4- Analyse du plan de financement.....	76
8.4.1- Sources potentielles de financement du POPF	76
8.4.2- Fonds additionnelles à rechercher pour le POPF	80
ANNEXE 1 : Chronogramme de la de mise en œuvre des activites de PF	83
ANNEXE 2 : Cadre de suivi de la mise en œuvre et cadre de performance .	112
ANNEXE 3 : Liste des stratégies et activités du plan d'action pour le repositionnement de la PF en Cameroun	115
ANNEXE 4 : Localisation actuelle des PTF et OSC dans les districts sanitaires	119
ANNEXE 5 : Hypothèse des sources de financement du plan opérationnel	119
LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	121

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACMS	Association Camerounaise de Marketing Social
AFD	Agence Française de Développement
AHA	Africa Humanitarian Action
AMT	Approche Marché Total
ASC	Agent de Santé Communautaire
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CARMMA	Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CAP	Couple Année Protection
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CBCHS	Cameroon Baptist Convention Health Section
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CDC	Cameroon Development Corporation
CEPCA	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CIP/C	Communication Interpersonnelle et Counseling
CIS	Cellule d'Informations Sanitaires
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
CSI	Centre de Santé Intégré
CSSD	Chef du Service de Santé du District
DBC	Distribution à Base Communautaire
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire
DR	Délégué Régionaux
DRSP	Délégué Régional de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DSF	Direction de la Santé Familiale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECH	Engagement Constructif des Homme
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EO	Equipe Opérationnelle
FAP	Femme en Age de Procréer
FEICOM	Fonds d'Entre-aide Intercommunale
FOSA	Formation Sanitaire
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GTTME	Groupe Technique et Thématique Mère-Enfant
HD	Hôpital de District
HG	Hôpital Général
HPP	Health Policy Projet
HR	Hôpital Régional
IDH	Indice de Développement Humain
IBA	Infirmier Breveté Accoucheur
IEC	Information, Education, Communication
INS	Institut National de la Statistique
IPPF	Fédération Internationale de Planification Familiale
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KFW	Agence de Coopération Financière Allemande
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MINAS	Ministère des Affaires Sociales

MINCULT	Ministère de la Culture
MINEDUB	Ministère de l'Éducation de Base
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFI	Ministère des Finances
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique
MINPAT	Ministère de la Planification et de l'Administration du Territoire
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OCEAC	Organisation Communautaire et Economique des Etats de l'Afrique Centrale
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
OSC	Organisations de la Société Civile
PAD	Prêts à Diffuser
PASAR	Projet d'Appui à la Santé de la Reproduction
PEC	Prise en Charge
PEPFAR	Plan présidentiel Américain d'Urgence contre le VIH/AIDS (SIDA)
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNP	Politiques, Normes et Procédures
PNRMMNI	Programme Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile
PO/PF	Plan Opérationnel de Planification Familiale
PSI	Population Services International
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAPID	Ressources pour l'Analyse de la Population et son Impact sur le Développement
REFEMP	Réseau des Femmes Ministres et Parlementaires
RENATA	Réseau National des Associations de Tantines
RGPH	Recensement General de la Population et de L'Habitat
SAA	Soins Après Avortement
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SODECOTON	Société de Développement du Coton
SPP	Soins Post-Partum
SR	Santé de la Reproduction
SRA/J	Santé de la Reproduction des Adolescents/Jeunes
SRMNI	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile
SSM	Service de Santé de la Mère
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
TAC	Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Estimation des effectifs de femmes de 15-49 ans utilisatrices de PF à cibler par région de 2015 à 2020 (en milliers)	28
Tableau 2 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par région de 2015 à 2020	29
Tableau 3 : Prévision des proportions des utilisatrices de méthodes contraceptives selon la source d'approvisionnement (en %)	29
Tableau 4 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région d'Adamaoua de 2015 à 2020 .	30
Tableau 5 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région du Centre de 2015 à 2020.....	31
Tableau 6 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région de l'Est de 2015 à 2020	31
Tableau 7 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région de l'Extrême-Nord de 2015 à 2020	32
Tableau 8 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région du Littoral de 2015 à 2020	32
Tableau 9 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région du Nord de 2015 à 2020.....	33
Tableau 10 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région du Nord-Ouest de 2015 à 2020 ...	33
Tableau 11 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région de l'Ouest de 2015 à 2020	34
Tableau 12 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région du Sud de 2015 à 2020	34
Tableau 13 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région du Sud-ouest de 2015 à 2020	35
Tableau 14 : Coûts par stratégie de l'axe demande.....	74
Tableau 15 : Coûts par stratégie de l'axe offre	74
Tableau 16 : Coûts par stratégie de l'axe environnement habilitant.....	74
Tableau 17 : Coûts par stratégie de l'axe suivi et coordination	75
Tableau 18 : Budget par activité et sources potentielles de financement	77
Tableau 19 : Financement additionnel à mobiliser	81

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne du Cameroun selon les EDSC 1991 à EDSC-MICS 2011	17
Graphique 2 : Répartition du nombre de utilisatrices de la contraception moderne à toucher entre 2015 et 2020	27
Graphique 3 : Présentation des différents scénarii de progression du TPC entre 2015 et 2020	28
Graphique 4 : Répartition du budget par année du POPF 2015-2020	73
Graphique 5 : Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2015-2020	73
Graphique 6 : Répartition du Budget selon le niveau d'exécution	75
Graphique 7 : Répartition du Budget par région	76

REMERCIEMENTS

Notre ministère reste fortement engagé dans la lutte contre la mortalité maternelle pour laquelle le taux de notre pays s'inscrit dans la liste des taux les plus élevés du monde. C'est pour cette raison que nous avons sollicité et obtenu ce document de Plan Opérationnel de Planification Familiale 2015-2020. Maintenant que le processus d'élaboration s'achève, je voudrais au nom de tout le personnel de la DSF et à mon nom personnel, rendre un hommage à nos partenaires traditionnels dans le domaine de la santé de la reproduction que sont l'UNFPA et l'USAID sans lesquels nous n'aurions pas atteint ce stade.

Nos remerciements vont également à tous les membres du Sous-groupe PF pour leurs contributions inestimables sur le plan technique.

Aux représentants des organisations de la société civile, nous adressons nos salutations fraternelles pour tous les efforts qu'ils ont consentis au cours de tout le processus. Nous profitons pour les remercier pour le travail important qu'ils accomplissent sur le terrain.

A toutes les autres personnes ayant contribué de près ou de loin à l'accomplissement de ce travail, nous adressons nos salutations les plus sincères. Pour nous, rendre disponible le présent document n'est qu'une étape de notre lutte contre la mortalité maternelle. Nous espérons vivement qu'en qualité d'acteurs, vous accepteriez de vous aligner sur les activités à haut impact retenues afin de nous permettre d'atteindre ensemble notre objectif premier qui consiste en une augmentation significative de la prévalence contraceptive dans notre pays d'ici à 2020.

RESUME

Dans le cadre des efforts visant à réaliser les objectifs des OMD surtout ceux en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant, 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.

En se fondant sur le fait que la PF contribue à réduire de façon significative les taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le ministère de la santé a alors élaboré le présent plan opérationnel de la PF pour la période 2015-2020. L'objectif principal de ce plan est de contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive. Elle passera alors de 16,1% en 2011 à 30% en 2020. Les activités à haut impact inscrites dans le plan consistent à :

- l'offre gratuite des prestations de PF lors des journées événementielles,
- l'organisation des stratégies avancées et mobiles,
- l'offre de toutes les méthodes de courte durée d'action (condoms, pilule et injectable) au niveau communautaire à travers les agents de santé communautaire formés et encadrés.

Si en 2020 cette prévalence escomptée (30%) est atteinte, les impacts les plus importants se traduiront par les réductions significatives de grossesses non planifiées (1 462 359), des avortements provoqués (731), de naissances non planifiées (1 271 521), du nombre de décès maternels évités (9 943), de décès de nourrissons évités (40 689) et celui du nombre de décès des enfants évités (78 834).

Le budget nécessaire pour réaliser ces objectifs sera d'environ trente-sept milliards deux cent quarante-sept Millions neuf-cent treize Mille deux cent soixante-huit (**37 247 913 268**) francs CFA sur six (6) ans soit en moyenne six Milliards deux cent sept millions neuf cent quatre-vingt cinq mille cinq Cent quarante-cinq (**6 207 985 545**) francs CFA.

Des opportunités existent pour réaliser cette ambition à commencer par la volonté et l'engagement du gouvernement (document de l'Engagement FP 2020) à offrir aux camerounais tous les moyens nécessaires pour assurer une procréation responsable, réduire les impacts négatifs de l'augmentation démesurée de la population sur l'économie, l'éducation, la santé et l'environnement. Il est possible de compter aussi sur la communauté internationale qui est plus que jamais disposée à apporter son appui aux pays réellement engagés.

INTRODUCTION

Dès l'année 2000, le Cameroun s'est engagé à atteindre les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 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, 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.

Malgré les nombreux efforts réalisés suite aux différents engagements pris par le Cameroun soutenu par ses partenaires au développement, les indicateurs relatifs à la santé restent moins reluisants. Ainsi au Cameroun, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile sont respectivement de 782 décès pour 100,000 naissances, 31 décès pour 1000 naissances vivantes et 122 décès pour 1000 naissances⁶. Aussi, le taux de fertilité est d'environ 5,1 enfants par femme depuis 1998.⁷ Un tiers des femmes accouchent leur premier enfant avant l'âge de 18 ans⁸ et le taux de prévalence contraceptive moderne des femmes en âge de procréer (15-49 ans) est de 16,1% en 2011.⁹ Les besoins non-satisfaits ont augmenté de 14,5% des femmes en âge de procréer en 2004¹⁰ à 17% en 2011.¹¹ En définitive, les indicateurs sont particulièrement inquiétants sur tous les plans, pour les pauvres, la population rurale, et les adolescents/jeunes.

Conscient qu'il est internationalement reconnu que la Planification Familiale (PF) est une intervention stratégique et efficiente qui peut réduire la mortalité maternelle, le gouvernement du Cameroun a défini la planification familiale comme un axe prioritaire pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé de la mère et l'enfant, des jeunes et adolescents.

⁶ EDS-MICS 2011, 71

⁷ EDS II 1998, 39,

⁸ EDS MICS 2011, 87.

⁹ EDS-MICS 2011, 104.

¹⁰ EDS III 2004, 129.

¹¹ Ibid, 112.

Vu tout ce qui précède et dans un objectif de mieux cadrer les actions gouvernementales à mettre en œuvre pour repositionner la Planification Familiale, le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de la Santé Familiale a élaboré le Plan Opérationnel de la Planification Familiale 2015-2020. L'objectif de ce document est de mettre en place un cadre de référence en PF pour tous les acteurs clés dans la promotion de la santé de la reproduction et la planification familiale en particulier. Le processus a permis de définir 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 Plan Opérationnel de la PF 2015-2020 du Cameroun présente un caractère stratégique. En effet le diagnostic de la situation de la PF a orienté vers des stratégies et activités qui ont paru les plus susceptibles de répondre aux défis identifiés, soit parce qu'elles sont basées sur un développement d'expériences positives sur le terrain, soit parce qu'elles sont essentielles à la réussite de tout programme de PF. Les représentants des délégations régionales de la santé à savoir les points focaux SR/PF ont alors puisé dans leurs expériences afin de déterminer les activités sensées avoir le plus d'impact dans leurs zones d'intervention respectives, ainsi que les actions qui sont essentielles pour réaliser de nouveaux progrès.

Il est cependant nécessaire de faire remarquer que la mise en œuvre de ce plan opérationnel ne sera couronnée de succès que si un certain nombre de conditions préalables est rempli à savoir :

- une volonté politique forte de la part des décideurs ;
- une implication constructive des leaders religieux ;
- le démarrage de la mise en œuvre du plan opérationnel par les activités d'amélioration de l'offre en quantité et en qualité afin de s'assurer que la demande à susciter serait satisfaite ;
- l'adoption de la Loi SR et ses textes d'application ;
- la révision à court terme d'un certain nombre de textes réglementaires, notamment ceux concernant les services à base communautaire ;
- le recours à une bonne gouvernance dans la mise en œuvre du Plan opérationnel.

Ce document, qui présente le Plan Opérationnel PF du Cameroun 2015-2020, est structuré en sept parties à savoir :

- Le Résumé
- La communication et la mobilisation communautaire

- Un Plan de travail conjoint pour le gouvernement et ses partenaires pour 2015 ;
- La présentation du processus de l'élaboration du plan opérationnel ;
- L'aperçu général sur la situation actuelle de la planification familiale au Cameroun ;
- Les défis prioritaires de la planification familiale qui se dégagent du diagnostic effectué ;
- Les objectifs de prévalence contraceptive et d'acceptantes ou utilisatrices de PF au niveau national, par région et par district sanitaire ;
- Les stratégies et activités pour relever les défis identifiés ;
- Les mécanismes de suivi et de coordination requis pour une bonne mise en œuvre du plan opérationnel ;
- Le budget nécessaire à la mise en œuvre du Plan Opérationnel.

1- PRESENTATION DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

L'élaboration du plan opérationnel de la PF du Cameroun 2015-2020 a suivi les dix (10) principales étapes ci-après :

- Les Correspondances entre le bureau de l'USAID, l'UNFPA et le Ministre de la Santé Publique du Cameroun : Elles ont permis au ministère d'exprimer le besoin d'élaborer son Plan Opérationnel de la PF 2015-2020 ;
- Les prises de contact de l'USAID, les responsables de Health Policy Projet (HPP) avec le Ministère de la Santé Publique : ces discussions à trois ont été déterminantes pour se fixer la durée de la mission (4 semaines) et la période de la mission au Cameroun (1^{er} au 30 Septembre 2014) ;
- La revue documentaire menée dans un premier temps par l'expert international, a été très déterminante dans le cadre du diagnostic sommaire de la situation de la PF, de l'identification des activités prioritaires et surtout dans l'élaboration des activités détaillées et budgétisées ;
- La mise en place de l'Equipe Opérationnelle (EO) et soutenue par le Sous-groupe en se fondant sur l'existant : c'est un groupe de travail sur la planification familiale qui a joué le rôle technique du processus d'élaboration du Plan opérationnel de la PF 2015-2020 ;
- La revue des cadres stratégiques récents : cette étape a donné des informations pour le diagnostic de la situation de la PF en Cameroun, à partir duquel il s'est dégagé les principaux défis à relever ;
- Priorisation des axes majeurs et des interventions clés requises pour relever les défis identifiés ;

- Conduite du processus inclusif et participatif qui a associé tous les acteurs clés notamment les délégués et points focaux régionaux de la santé : elle a contribué à la définition des objectifs de prévalence contraceptive et d'acceptantes ou d'utilisatrices de PF surtout au niveau régional et districts sanitaires. Elle a été possible grâce à la collaboration avec les équipes régionales de santé incluant les délégués régionaux de la santé, les points focaux au niveau des régions ;
- La présentation du Plan Opérationnel aux membres du Sous-groupe PF et le Sous-groupe élargi : le détail des activités prioritaires identifiées (éléments de Plan Opérationnel détaillés par activité prioritaire); le plan de financement et le mécanisme de suivi et de coordination ont été présentés aux deux Sous-groupes ;
- La finalisation du Plan prenant en compte les observations des deux Sous-groupes : l'équipe opérationnelle a mis du temps après les réunions avec les Sous-groupes pour intégrer les différentes observations afin d'avoir un Plan Opérationnel reflétant les réalités nationales de façon plurisectorielles ;
- L'organisation de la journée de mobilisation de ressources en faveur du Plan Opérationnel de la PF : les responsables du MINSANTE sous la supervision du Ministre en personne organiseront cette journée en Décembre 2014. Ils présenteront le Plan Opérationnel de la PF aux partenaires traditionnels bilatéraux et multilatéraux. Mais seront aussi invités à cette cérémonie, les acteurs de la société civile notamment ceux du secteur privé lucratif et les partenaires non traditionnels.

Plusieurs séances de travail ont été tenues pour discuter les drafts de documents élaborés par l'équipe opérationnelle. Il s'agit notamment de :

- La réunion avec les organisations de la société civile et du secteur privé le 09 Septembre 2014 pour recueillir leurs inputs, préoccupations et suggestions sur le premier draft de diagnostic de la PF ainsi que des objectifs et activités prioritaires découlant dudit diagnostic ;
- La réunion des équipes régionales de santé les 15,16 & 17 Septembre 2014 afin de discuter du diagnostic de la PF, des objectifs et activités prioritaires au niveau de leurs régions respectives ;
- La réunion du Sous-groupe du 19 & 20 Septembre 2014 pour faire la revue de l'analyse situationnelle de la PF au Cameroun, ainsi que des objectifs et activités prioritaires ;
- La réunion du Sous-groupe élargi du 30 Septembre 2014 pour valider l'ensemble du Plan Opérationnel de la PF 2015-2020, incluant les objectifs nationaux et régionaux d'acceptantes ou d'utilisatrices de PF, les défis, stratégies et activités, la matrice de financement et les outils de gestion de la performance.

2- APERCU GENERAL SUR L'ENVIRONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Cette partie permettra d'aborder successivement :

- Les contextes démographique et sanitaire de la PF ;
- Les options fortes faites par le pays dans les différents documents de politique en matière de PF ;
- Et les avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques.

2.1- Contextes démographique et sanitaire

Pays bilingue, le Cameroun est un pays à revenu intermédiaire situé en Afrique Centrale. Sa population estimée sera de 21 917 602 habitants en 2015 avec un taux annuel moyen de croissance de 2.5%. Si le rythme de croissance démographique est maintenu en l'état, le Cameroun aura une population de 24 628 282 en 2020 et 33 955 398¹² en 2035. Ce qui entrainera des conséquences sur tous les secteurs de développement socio-économique (santé, éducation, habitat, besoins en nouveaux emplois, exode rural massif, etc.).

La population est essentiellement jeune avec 40,3% ont moins de 15 ans et 20,7% sont des adolescents et jeunes (15-24 ans). Le pays compte 98 hommes pour 100 femmes (Rapport de masculinité) en 2011. L'espérance de vie dans la population générale à la naissance est passée de 54,3 ans en 1987 à 54,8 ans en 2007 (INS) et 48% de la population vit en milieu rural.

Le Cameroun enregistre des taux élevés de mortalité maternelle (782 pour 100 000 NV naissances vivantes), néonatale (32‰), infantile (62‰) et infanto-juvénile (122‰). La prévalence contraceptive par les méthodes modernes est passée de 8% en 1998 à 16,1% en 2011 et les besoins non satisfaits en PF¹³ sont estimés à 17%¹⁴.

Les femmes en âge de procréer représentent 5 137 760 en 2014, soit 24% de la population générale (RGPH 2005). L'indice Synthétique de Fécondité (ISF) est évalué à 5,1 enfants par femme en 2011 (EDS-MICS 2011) alors qu'il était de 5 en 2004 et 5,8 en 1991 (DHS). Ce qui illustre ainsi un niveau de fécondité parmi les plus élevés au monde.

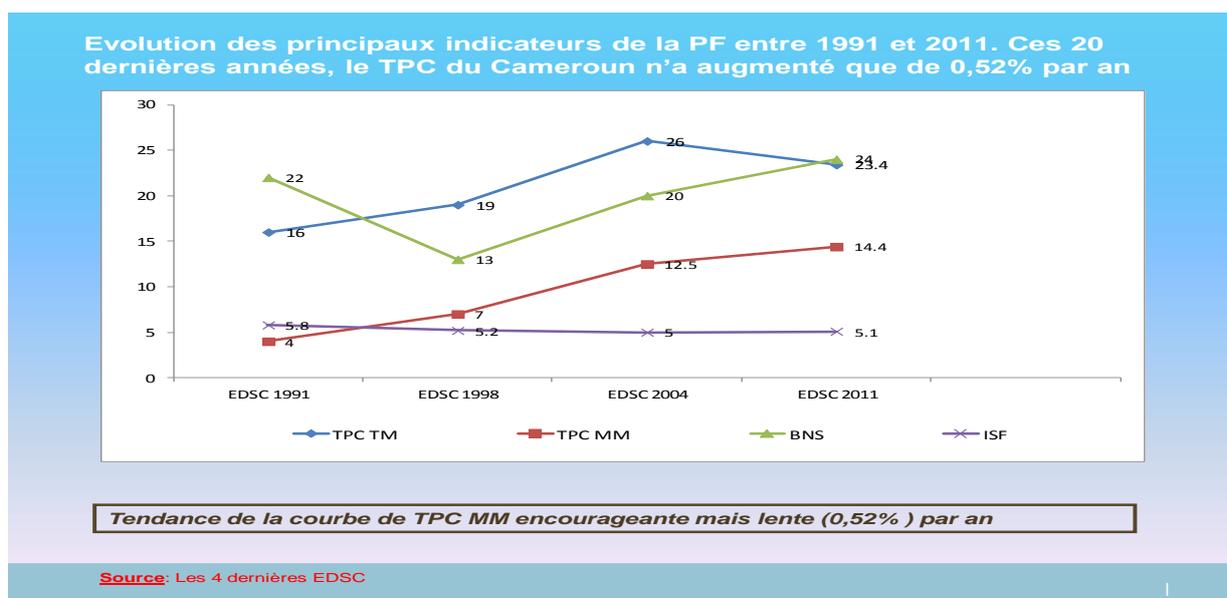
Selon le classement de 2013 portant sur l'Indice de Développement Humain (IDH), la République du Cameroun est classé 152^{ème} sur 187.

Malgré les actions entreprises sur le terrain au Cameroun, le taux de prévalence contraceptive en cinq (5) ans n'a connu qu'une évolution très lente chez les femmes en union, passant ainsi de 12,5% en 2004 à 14,4% en 2011 avec d'importantes disparités régionales (Graphique 1) alors que la demande potentielle de la contraception est de 41,1% y compris les besoins non satisfaits (23,4%).

12 Estimation : BUCREP : rapport de présentation des résultats définitifs du RGPH 2005

13 Les besoins non satisfaits en PF sont mesurés par la proportion de femmes en âge de procréer qui expriment le souhait d'espacer ou de limiter leurs naissances mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception.

14 EDSC-MICS 2011



Graphique 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne du Cameroun selon les EDSC 1991 à EDSC-MICS 2011

Il faut également souligner qu'au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête de l'EDSC-MICS 2011 :

- 68 % des femmes ont déclaré ne pas avoir été exposées à des messages relatifs à la planification familiale, ni par le biais de journaux/magazines, ni par la radio, ni par la télévision
- 85 % des femmes non utilisatrices de méthodes contraceptives n'ont parlé de planification familiale ni avec un agent de terrain, ni dans un établissement de santé.
- 42,7% de l'ensemble des femmes en union et qui n'étaient pas sous méthode moderne ont l'intention de l'utiliser dans les 2 prochaines années ou plus.
- 26% de l'ensemble des femmes en union ne désirent plus avoir d'enfants et 33% désirent espacer la prochaine grossesse d'au moins 2 ans (60% de candidates à la PF).
- Prévalence des méthodes modernes chez l'ensemble des adolescentes est de 12,1% dont 11% d'utilisatrice de condoms.

Eu égard tout ce qui précède, le gouvernement du Cameroun et ses partenaires au développement veulent s'engager à améliorer les indicateurs dans le domaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale en particulier par l'amélioration de la prévalence. Ainsi donc, une assistance technique de haut niveau a été commise pour soutenir le Cameroun dans son processus d'élaboration du Plan Opérationnel de la PF.

Relativement aux méthodes contraceptives modernes les plus utilisées au Cameroun, il ressort que sur une prévalence contraceptive de 16,1%, le condom masculin fait 10,8 %, suivi de l'injectables (2,3%) et de la pilule (1,6%). Quant aux méthodes de longue durée d'action comme le DIU (0,2%) et les

implants sous cutanés (0,5%). Par ailleurs, les disparités régionales en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception demeurent.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la faible utilisation des contraceptifs modernes au Cameroun, on peut retenir entre autres :

- Faible niveau d'instruction des femmes ;
- Absence d'activité professionnelle ;
- Conjoint non favorable à l'utilisation de la PF ;
- Absence de discussion entre les conjoints sur la contraception ;
- Mauvaise qualité de l'information reçue par rapport aux méthodes ;
- Résidence en milieu rural ;
- Etre âgé de moins de 25 ans ou de plus de 40 ans.

2.2- Options fortes faites dans les documents de politique

Plusieurs documents clés renferment des options fortes en faveur de la planification familiale au Cameroun. Il s'agit notamment :

- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 a inscrit comme priorité la promotion de la planification familiale «La cible pour la couverture de base de qualité dans le cadre des services orientés vers la population en matière de PF devrait passer de 14% en 2011 à 38% en 2015».
- Le document de Politique Nationale de Population dans sa version de 1993 a fixé comme objectif spécifique «Promouvoir et faciliter l'accessibilité volontaire aux services de planification familiale en vue d'assurer la maîtrise de la fécondité, notamment par l'implantation de ces services sur toute l'étendue du territoire national avec un effort particulier dans les zones rurales et les zones urbaines à habitat spontané».
- Le Programme Multisectoriel de Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatales, Infantiles et Juvénile 2014-2018 a prévu comme cible de «Assurer la disponibilité effective des intrants SMNI essentiels (tests de dépistage du VIH, *contraceptifs*, ATB, Ocytocine, etc.) dans au moins 90% des Hôpitaux de Districts/CSI selon les normes d'ici 2018».
- L'un des objectifs spécifiques du document de Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2014-2020 est de «Augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes chez les FAP de 16,1% à 30% à l'horizon 2020».
- Un nouveau document de Politiques SR est en cours d'adoption. Il met un accent très important sur les stratégies communautaires sur la PF.

2.3- Opportunités fortes pour réussir le plan opérationnel PF

Le Cameroun regorge d'énormes potentialités qu'il convient de mettre davantage en valeur pour réussir la mise en œuvre du Plan Opérationnel de la PF en vue d'atteindre les objectifs fixés. En effet, il est noté selon les informations recueillies auprès des différents acteurs :

- L'engagement du Gouvernement camerounais dans la lutte contre la mortalité maternelle,
- L'engagement des partenaires techniques et financiers du Cameroun
- L'initiative de Planification Familiale 2020 (FP 2020),
- La priorité accordée à la santé de la reproduction des adolescents et jeunes,
- Le potentiel accru des organisations non gouvernementales et les acteurs de la société civile,
- La disponibilité des institutions de la coopération bilatérale à apporter leur appui au programme de PF,
- Le développement de nouvelles approches d'offre des services de PF dans le pays en fonction des exemples dans la sous-région Afrique au Sud du Sahara
- Etc.

La prise en compte de l'ensemble de ces opportunités pour la mise en valeur du Plan Opérationnel de la PF reste une force de propulsion sûre pour les objectifs fixés pour 2015 et 2020 par le Cameroun.

2.4- Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques

La maîtrise de la fécondité présente des avantages sur l'ensemble des secteurs de développement socio-économique du Cameroun : Santé, Éducation, Economie, Urbanisation, etc. Grâce à une pression démographique moins pesante, on peut en particulier noter :

- *Une meilleure santé* : en maîtrisant la fécondité, on peut en effet mieux investir dans de meilleurs services de santé.
- *Une meilleure éducation* : le ralentissement de l'accroissement de la population fournit les moyens d'améliorer l'éducation en ce sens où il y a davantage de ressources disponibles pour la formation des enseignants, les salles de classe et le matériel pédagogique. Il est également possible de diminuer la taille des classes et d'améliorer l'environnement d'apprentissage. La maîtrise de la croissance démographique aide à atteindre l'OMD2 qui consiste à assurer une éducation primaire universelle.
- *Une meilleure économie* : la plupart des pays qui ont réussi leur expansion économique ont pu profiter d'un fléchissement rapide des taux de natalité car le ratio entre la population active et les personnes à charge augmentent, et plus de fonds sont injectés dans la croissance économique. Quand le rapport de dépendance diminue, le gouvernement, les entreprises et les familles ont davantage de fonds à investir dans la création d'emplois et la modernisation de l'économie.

Une meilleure santé grâce à une pression démographique moins pesante

la santé



Moins de grossesses précoces, rapprochées, non désirées, et d'avortements provoqués clandestins.

Moins de décès maternels et infantiles

- Espérance de vie plus longue
- Davantage de ressources pour former ou recycler le personnel et mieux équiper les structures sanitaires.

Une meilleure éducation grâce à une pression démographique moins pesante

Education



- Plus de ressources pour la formation et les incitations pour garder les instituteurs dans les zones rurales

Des ressources accrues pour les salles de classe et le matériel pédagogique

Des classes plus petites, un meilleur contexte d'apprentissage

Des progrès pour atteindre les OMD.

Une meilleure économie grâce à une pression démographique moins pesante



- Une nette amélioration de la productivité et des conditions de vie des populations

- Un ratio plus faible de dépendance induit une épargne et un investissement accru pour soutenir l'économie
- Une croissance moins forte des besoins en nouveaux emplois
- Un investissement accru dans la modernisation agricole.

3-SITUATION DES SERVICES DE PF SELON LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les interventions en planification familiale dans le pays ont de grands atouts sur certains piliers du système de santé. Mais les maillons clés du même système ont besoin d'un suivi très rapproché afin d'améliorer les résultats surtout si l'objectif est de doubler la prévalence comme il est recommandé dans le document de plan stratégique 2014-2020. L'analyse de chaque pilier se présente comme décrit ci-dessous :

Gouvernance et Leadership : l'équipe du ministère de la santé qui a en charge la planification familiale est bien structurée et bien engagée dans la promotion de ce service. La répartition des tâches au sein de l'équipe est lisible et chacun joue pleinement son rôle sous la supervision du chef de service. Des réunions de service sont régulièrement organisées. Elles sont sanctionnées par des procès-verbaux décrivant les tâches que chaque agent doit exécuter. Sur le plan national l'équipe a réussi à mettre en place un Sous-groupe PF qui se réunit une fois par trimestre pour discuter des questions de planification familiale et faire pression au besoin pour améliorer la situation des interventions. Comme dernier succès obtenu par le Sous-groupe PF, la lettre circulaire du ministre de la santé qui réorganise les coûts des produits PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Financement de la PF : A ce jour, le financement de la PF reste dominé par les apports des partenaires techniques et financiers. Cette domination couvre tous les aspects des interventions essentiellement :

- Le renforcement des capacités des agents,
- L'achat des produits de contraception,
- L'équipement des structures en matériel médical pour l'offre de la PF.

Les partenaires qui financent les interventions en PF relèvent de l'aide multilatérale (UNFPA, OCEAC) et de l'appui bilatéral (KFW, USAID). Les organisations de la société civile comme l'IPPF et PSI apportent aussi leurs contributions financières qui sont soit des fonds propres ou ceux mobilisés auprès d'autres donateurs. Il faut reconnaître que le gouvernement a inscrit une ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs qui a été souvent doté de fonds. Ces fonds sont souvent insuffisants et n'ont pas encore été utilisés pour réaliser l'objectif pour lequel ils sont votés.

Ressources humaines : le gouvernement est le premier pourvoyeur de personnel pour la gestion des programmes de PF et surtout l'offre des services dans les structures de soins. Actuellement la majorité du personnel disponible sur le terrain n'a pas assez de compétences pour offrir des services de PF de qualité. Les formations en technologies contraceptives étaient rares avant 2014. Dans le programme de ces formations, la durée de formation en counseling en PF était très courte. Pourtant le pays n'offre plus de sessions de formations spécifiques en counseling. Il existe des régions où des sessions de formation des agents en PF n'ont plus été organisées il y a plus de cinq (5) ans par manque de PTF pour apporter l'appui. Par exemple dans la région du sud l'UNFPA a formé 100 prestataires cette année après plus de cinq (5) années d'interruption. Si l'insuffisance de compétences pour l'offre des services de PF

est générale, elle est plus importante pour ce qui concerne les compétences en insertion et retrait des implants et DIU.

Prestation des services : Il existerait près de 3 700 FOSA. Le paquet minimum d'activité (PMA) recommande l'offre de la PF dans toutes les structures de santé. Mais selon les informations rapportées par les points focaux SR lors de l'analyse sommaire de la situation on note que 71,3% des FOSA offrent les méthodes de courte durée d'action, 19,4% offrent les implants, 18,8% offrent le DIU et 4,5% offrent la CCV. Donc il y a très peu de centres de santé capables d'offrir une gamme complète des produits de PF. Il existe aujourd'hui trois catégories de PTF qui appuient l'offre des services. Dans le secteur public, il y a l'UNFPA et la GIZ et dans le secteur privé il y a l'ACMS avec le modèle de franchise sociale.

Produits : Les médicaments dans le cadre de la PF sont essentiellement les contraceptifs et les intrants pour l'offre des services. Au cours des deux dernières années il y a eu une grande perturbation du système de gestion des produits contraceptifs. Le pays a connu de grande rupture de tous les produits à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ce qui a entraîné une anarchie totale dans leur gestion. Chaque prestataire a sa source d'approvisionnement, donc il fixe le prix en fonction du prix d'achat. Ainsi toutes les méthodes sont devenues chères en fonction du pouvoir d'achat de la majorité de la population. Dans les zones sous contrôle du projet d'appui à la SR (PASAR), les prix couramment utilisés dans le secteur public étaient les suivants : Depo Provera (500 FCFA), DIU (2000 FCFA), Pilules (1 plaquette à 150 FCFA), Implant/Jadelle (3500 FCFA). Dans les autres zones les prix sont plus élevés.

Dans le secteur privé les prix seraient raisonnables dans les cliniques impliquées dans la franchise sociale :

- 160 FCFA par plaquettes
- 280 FCFA par flacon d'injectable
- 5000 FCFA pour le Jadelle
- 2000 pour le DIU

Il s'est installé alors dans les services publics comme privés une inaccessibilité financière aux services de PF car les produits étaient devenus très coûteux.

Depuis le début de l'année 2014, l'Etat a remis de l'ordre dans la gestion des produits. Avec l'appui de ces partenaires, il y a dans les magasins de la CENAME des produits contraceptifs pour en moyenne 80 mois. Une lettre circulaire a été rédigée par le ministre pour harmoniser les prix. Le défi consiste à maintenir cette situation et parvenir à une application correcte de la lettre.

Système de gestion de l'information sanitaire : la collecte de l'information dans le cadre de la PF est intégrée dans le système général de collecte d'information de routine. Mais le traitement des rapports n'est pas bien coordonné et il est difficile d'avoir des données récentes qui peuvent être utilisées pour une prise de décision. Les informations les plus pertinentes qui doivent être collectées portent sur les quantités des produits distribués aux clients et les utilisatrices additionnelles. Malheureusement il est difficile dans le contexte actuel d'obtenir ces données.

4- DEFIS PRIORITAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE

Un diagnostic sommaire de la planification familiale a été réalisé à travers quatre axes majeurs :

- (i) la demande ;
- (ii) l'offre ;
- (iii) l'environnement habilitant ;
- (iv) la coordination et le suivi.

Toutes les données disponibles ont été analysées afin d'examiner les caractéristiques les plus saillantes, à savoir : les caractéristiques de l'utilisation actuelle et de la demande existante, les attitudes envers les services, la quantité et la qualité des services offerts dans les secteurs public et privé ; les facteurs socioculturelles qui favorisent ou freinent la demande et l'offre ainsi que divers aspects liés au suivi et à la coordination des activités. Sur la base de ces données, des défis et des axes prioritaires d'intervention ont été identifiés dans chaque axe majeur.

4.1- Défis en matière de demande des services de PF

En dépit du fait que plus de la moitié des femmes en âge de procréer (41,1 %) manifeste le désir d'espacer ou de limiter leurs naissances, près d'un tiers de celles-ci (58,9%) n'utilise pas de méthode contraceptive, soit par manque d'intérêt pour la PF, soit par manque d'informations appropriées. La faible demande en PF explique en partie les taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Il ressort du diagnostic de la PF au Cameroun que sur un total de 5 137 760 femmes en âge de procréer en 2014, plus de 3 026 141 n'expriment pas de désir d'espacer ou de limiter leurs naissances et ne se sentent donc pas concernées par l'utilisation de la PF. En revanche, plus de 2 111 619, soit 41,1% de ces femmes expriment ce désir mais n'y ont pas toutes accès pour diverses raisons (manque d'intérêt, opposition, faute de connaissance, peur ou rumeurs sur des effets secondaires, etc.). On relève plus de 1 700 599 femmes en âge de procréer ouvertes à l'utilisation des méthodes modernes de la planification familiale mais n'y recourent pas. Seulement 827 179 environ, soit 16,1%, ont effectivement recouru aux méthodes modernes de contraception en 2011.

Au sujet des hommes, il ressort qu'ils sont insuffisamment informés sur la PF, qu'ils craignent les effets secondaires des méthodes, ainsi que leurs effets pervers. Ceci peut paraître d'autant plus préoccupant que les hommes passent culturellement pour les principaux décideurs au sein de leurs ménages.

En outre, le diagnostic souligne que la demande de la contraception chez les adolescentes est importante. Selon EDSC-MICS 2011, parmi les adolescentes mariées (15-19 ans), 12,1% utilisent une méthode moderne de planification familiale et 30,4% ont un besoin non satisfait de planification familiale.

Quant aux adolescents et jeunes non en union, ils craignent de rencontrer leurs parents et d'autres adultes dans les points d'accès à la PF et jugent que leur utilisation de la PF est mal perçue par les prestataires qui préfèrent offrir

les méthodes uniquement aux femmes en union. Ils ont un faible leadership et sont faiblement impliqués dans les décisions qui concernent leur avenir.

Il découle de ces éléments de diagnostic, trois défis majeurs dans le domaine de la demande :

- *Défi D1* : Faible niveau de connaissance des méthodes modernes contraceptives
- *Défi D2* : Faible Implication des hommes dans les questions de SR/PF
- *Défi D3* : Très faible utilisation des méthodes PF par les adolescentes et jeunes.

4.2- Défis en matière d'offre des services de PF

La répartition du personnel de santé chargé de l'offre des services de PF présente d'importantes disparités avec une forte concentration au profit de certaines localités, notamment dans 3 régions (Centre, Littoral et Ouest). On observe par ailleurs un déficit pour certaines catégories du personnel en particulier pour les sages-femmes. Ainsi, 58,34 % du personnel de santé (IBA, IDE, sages-femmes, médecins) exercent dans 3 régions (Centre, Littoral et Ouest), pour servir 42% de la population urbaine de la Cameroun.

La population rurale a manifestement des problèmes d'accès géographique à la PF et les initiatives en place pour l'atteindre sont insuffisantes.

Théoriquement, les services de PF sont intégrés dans toutes les formations sanitaires (FOSA) disposant d'une maternité mais seulement entre 71,3% des FOSA offrent des services de planification familiale de base (pilules/injectable/préservatif). Quant aux méthodes de longue durée, elles sont respectivement offertes dans 18,8% des FOSA pour le Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU), 19,4% pour les implants et 1,13% pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) selon les statistiques des délégations régionales en 2014.

Selon les informations recueillies auprès du ministère de la santé publique (MINSANTE), il y a un manque général de personnel compétent pour offrir la PF en général et les méthodes de longue durée en particulier.

La majorité des 3705 FS de la Cameroun tente d'offrir des services de PF aux 46% de la population habitant en zone hors couverture sanitaire, à travers essentiellement les stratégies avancées et les consultations foraines. Les Agents de Santé Communautaire (ASC) se déplacent pour sensibiliser les communautés sur la PF et offrir des méthodes de barrières. Au total environ 367 ASC sont formés dans le domaine de la PF. Au Cameroun, les ASC sont très peu impliqués dans la planification familiale car généralement moins bien informés et outillés sur la question.

Pour une première consultation et prescription, les femmes ne peuvent pas utiliser un relais communautaires, elles doivent consulter un médecin, un infirmier ou une sage-femme exerçant dans une formation sanitaire (hôpital, centre de santé ou poste de santé).

La PF ne semble pas être une priorité dans les FS et les horaires de prestation sont souvent inappropriés surtout pour les adolescentes et jeunes. La qualité

de l'accès est tout aussi critique et des problèmes de gestion de stock au niveau des régions et des points de prestation sont très souvent mentionnés.

La qualité de l'offre des services reste un défi majeur. Les compétences des prestataires sont faibles car certains d'entre eux ont reçu leur formation il y a plusieurs années sans avoir bénéficié d'une remise à niveau de leurs connaissances. D'autres ont reçu des formations sur le tas, et ils utilisent des pratiques dépassées. L'équipement des FOSA est souvent incomplet. Ces deux facteurs conjugués handicapent sérieusement la qualité de l'offre des services de planification familiale.

L'accès financier aux services de PF est tout aussi critique car les prestataires du secteur public comme ceux du secteur privé n'appliquent pas les tarifs officiels affichés par la circulaire du ministère de la santé publique.

Cinq (5) défis majeurs se dégagent du diagnostic au sujet de l'offre des services PF. Il s'agit de :

- *Défi O1* : Accessibilité géographiques à toute la gamme des produits PF critique surtout dans les aires hors couverture sanitaire ;
- *Défi O2* : Faible qualité de l'offre des services de PF ;
- *Défi O3* : Inadéquation des services offerts aux jeunes et adolescents ;
- *Défi O4* : Faible niveau d'offre de services PF par le secteur privé ;
- *Défi O5* : Rupture de stocks des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.3- Défis en matière d'environnement habilitant

L'utilisation de la PF chez les femmes en âge de procréer et les adolescentes est limitée par plusieurs facteurs. En effet, la pratique de la contraception par des femmes qui ne sont pas en union et les adolescentes est très mal perçue, ce qui pousse plusieurs de ces femmes à utiliser le réseau privé essentiellement les pharmacies (ou marchand ambulant). Aussi, la stigmatisation des adolescents et jeunes demandant les services de PF est un facteur très limitant à l'adoption des services PF chez cette couche de la population.

La non confidentialité dans les services PF limite également la motivation des femmes à demander le service, car une proportion importante des clientes de PF exprime des doutes sur la confidentialité du conseil et des examens dans les FOSA offrant la PF, en partie à cause des conditions inappropriées de prestation.

Aussi, les perceptions erronées de certains leaders (politiques, religieux et traditionnels) et les attitudes pro-natalistes constituent des barrières à la PF en Cameroun. Il en est de même du dialogue au sein du couple sur les questions de sexualité et de planification familiale qui reste très faible et parfois inexistant. Il faut également noter que l'utilisation de la PF reste mal perçue par certaines personnes, incluant des clientes, des maris et des agents dans les FOSA. La grande majorité des hommes est peu engagée en faveur de la PF et ne démontre pas un soutien manifeste à leurs femmes. Cette situation est exacerbée par le faible pouvoir décisionnel de la femme.

Enfin, la gêne des femmes à discuter de la PF avec les agents de santé masculins de leurs besoins en PF est aussi un facteur limitant au regard de la faible représentativité du personnel féminin dans les formations sanitaires notamment dans les plus petits centres ou dans les centres ruraux.

Le financement de l'Etat consacré à la PF reste insuffisant malgré l'existence de plusieurs documents de politiques qui encouragent la maîtrise de la fécondité. Par ailleurs il n'existe pas de Loi SR.

Cinq (5) principaux défis majeurs se dégagent au sujet cette rubrique sur l'environnement habilitant. Il s'agit de :

- Défi E1 : Faible engagement des décideurs influents ;
- Défi E2 : Insuffisance de la réglementation en SR/PF ;
- Défi E3 : Faible application des droits de la femme dans le domaine de la SR/PF ;
- Défi E4 : Inaccessibilité financière aux services de PF ;
- Défi E5 : Insuffisance du financement de l'Etat pour l'achat des contraceptifs.

4.4- Défis en matière de Suivi et de Coordination des interventions

Il existe des problèmes de suivi et de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, l'autorité de coordination est implicite dans le plan de suivi et évaluation du PNDS 2011-2015 où il devait être créé des comités de pilotage et des comités techniques. Mais malheureusement, ceux-ci ne sont pas encore en place. Il existe des réunions trimestrielles des comités de santé au niveau des régions sanitaires au cours desquelles la PF n'est qu'un objectif parmi une multitude dont les comités sont responsables.

La faible coordination des activités PF a pour conséquence :

- Un suivi très diffus des activités du programme de PF à travers divers bureaux et ministères qui se rencontrent rarement ;
- Une insuffisance de coordination entre le niveau gouvernemental, la société civile et le secteur privé (national, régional et local) ;
- Un manque d'attention accrue en faveur de la PF ;

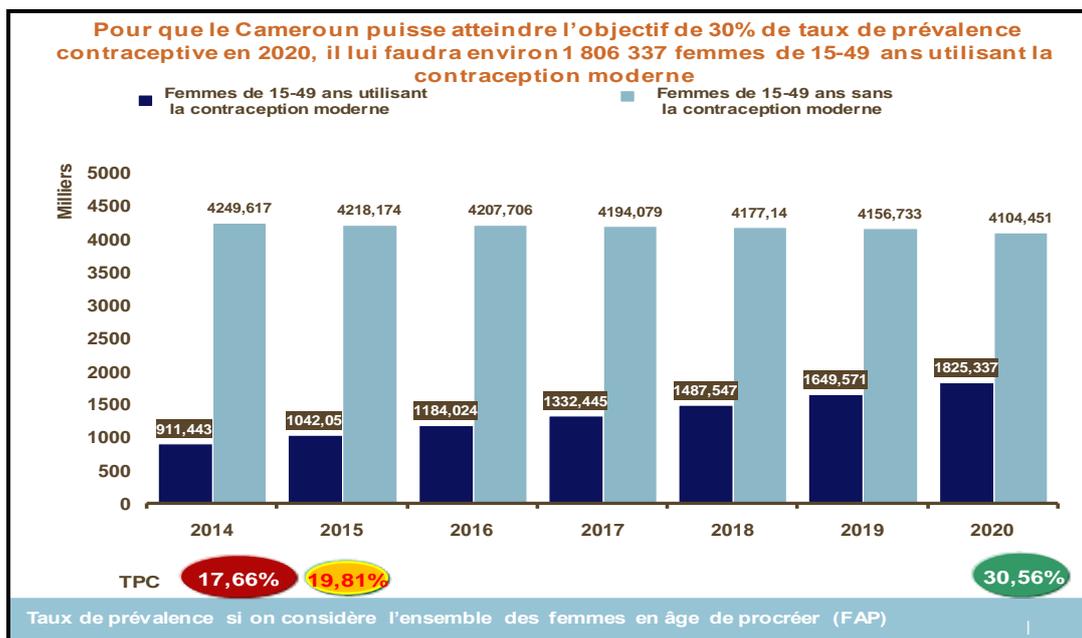
Il découle de ce diagnostic trois défis au sujet du suivi et de la coordination :

- *Défi C1* : Insuffisance du suivi permanent des interventions ;
- *Défi C2* : Insuffisance du système collecte d'informations sur la PF ;
- *Défi C3* : Insuffisance de la coordination, du suivi, de la supervision et de l'évaluation.

5- OBJECTIFS DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE ET D'UTILISATRICES DE LA PF

5.1- Objectifs de prévalence contraceptive pour la période 2015-2020

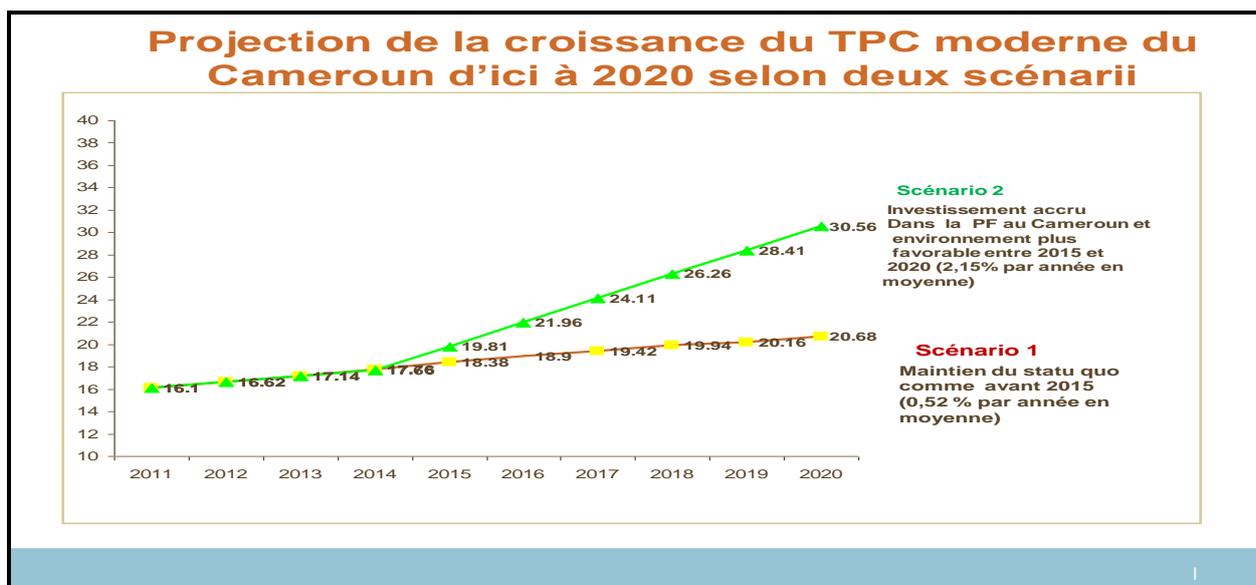
L'objectif des autorités camerounaises est de réussir à amorcer une tendance à la baisse du nombre de femmes de 15-49 ans sans contraception d'ici 2020. Cet objectif ne sera atteint que si le nombre de femmes de 15-49 ans utilisant la contraception moderne augmente régulièrement pour passer de 911 443 en 2014 à 1 825 337 en 2020 (voir graphique 2), correspondant à un taux de prévalence contraceptive qui passerait de 17,66% en 2014 à 30,56% en 2020 pour les méthodes modernes chez les femmes de 15-49 ans.



Graphique 2 : Répartition du nombre de utilisatrices de la contraception moderne à toucher entre 2015 et 2020

Remarquons que le taux de prévalence contraceptive de 16,1% à l'EDSC-MICS 2011 se rapporte à l'ensemble des femmes en âge de procréer, contre 14,4% au niveau des femmes en union. Ceci montre que la contraception se pratique davantage hors union. L'option a alors été faite de cibler l'ensemble des femmes en âge de procréer lors de estimations d'acceptantes de PF, plutôt que les femmes en union.

L'analyse des prévalences du pays depuis 1991 à 2011 montre un gain annuel de 0,52% mais pour la période 2015-2020, le gain annuel moyen sera de 2,15% par année sous une hypothèse d'optimisme induit par la dynamique de repositionnement de la PF.



Graphique 3 : Présentation des différents scénarii de progression du TPC entre 2015 et 2020

Cette évolution moyenne d'ensemble ne devrait pas être uniforme d'une région à l'autre car il existe des disparités régionales non négligeables au niveau des déterminants de la contraception et de la fécondité. Ainsi les dix (10) régions sanitaires auraient des potentiels différents au sujet de leurs capacités respectives à augmenter leurs taux de prévalence contraceptive et du nombre d'utilisatrices sur la période 2015-2020.

5.2- Nombres prévisionnels de femmes sous méthodes modernes de contraception aux niveaux national et régional

Au niveau national, les nombres prévisionnels de femmes de 15 - 49 ans qu'il faudra avoir sous méthodes modernes de contraception passeraient d'environ 911 443 en 2014 à 1 825 337 en 2020 sous l'hypothèse où les taux de prévalence contraceptive évoluent comme présentés plus haut. (Graphique 3)

Ces nombres prévisionnels de femmes utilisatrices de méthodes modernes de PF ont été également calculés pour chacune des dix (10) régions sanitaires pour la période de 2015 à 2020 et présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Estimation des effectifs de femmes de 15-49 ans utilisatrices de PF à cibler par région de 2015 à 2020 (en milliers)

Régions	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Adamaoua	52 765	59 954	67 469	75 323	83 527	92 465
Centre	184 857	210 043	236 373	263 887	292 630	321 440
Est	46 050	52 324	58 883	65 737	72 897	79 825
Extrême Nord	185 678	210 975	237 422	265 058	293 929	323 862
Littoral	149 785	170 192	191 526	213 821	237 110	261 644
Nord	100 719	114 441	128 787	143 778	159 439	176 591
Nord-Ouest	103 165	117 221	131 915	147 270	163 311	180 831
Ouest	102 634	116 617	131 235	146 511	162 469	178 910
Sud	37 869	43 029	48 423	54 059	59 947	67 644
Sud-ouest	78 529	89 228	100 413	112 102	124 312	142 125
Ens. Cameroun	1 042 050	1 184 024	1 332 445	1 487 547	1 649 571	1 825 337

Ceci correspond à 913 894 utilisatrices additionnelles par rapport à la situation de 2014

Contrairement au tableau 1 qui se réfère à l'ensemble des femmes en âge de procréer utilisatrices de PF, le tableau 2 est relatif aux effectifs nets de femmes de 15-49 ans, utilisatrices additionnelles de PF, afin de mieux situer les efforts additionnels attendus, aussi bien au niveau national qu'au niveau de chacune des régions.

Tableau 2 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par région de 2015 à 2020

Régions	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Adamaoua	6 613	7 189	7 515	7 854	8 204	8 900
Centre	23 169	25 186	26 330	27 515	28 743	31 180
Est	5 772	6 274	6 559	6 854	7 160	7 767
Extrême Nord	23 272	25 298	26 446	27 637	28 870	31 319
Littoral	18 774	20 407	21 334	22 294	23 289	25 265
Nord	12 624	13 722	14 346	14 991	15 660	16 989
Nord-Ouest	12 930	14 056	14 694	15 355	16 041	17 401
Ouest	12 864	13 983	14 618	15 276	15 958	17 312
Sud	4 746	5 159	5 394	5 637	5 888	6 388
Sud-ouest	9 843	10 699	11 185	11 689	12 210	13 246
Ens. Cameroun	130 607	141 973	148 421	155 102	162 023	175 767

En étroite collaboration avec les équipes régionales de santé, des discussions ont également porté sur les répartitions des effectifs prévisionnels nets d'utilisatrices additionnelles de PF par région et par stratégie d'intervention (FOSA publiques fixes, FOSA privées fixes, stratégies avancées et mobiles, stratégies de distribution à base communautaire). Il en ressort les estimations consignées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Prévion des proportions des utilisatrices de méthodes contraceptives selon la source d'approvisionnement (en %)

Régions	FOSA publiques fixes (%)	FOSA privées fixes (%)	Stratégies avancée et mobile (%)	DBC (%)	Total
Adamaoua	60	15	15	10	100
Centre	50	20	20	10	100
Est	65	5	15	15	100
Extrême Nord	60	15	10	15	100
Littoral	30	40	20	10	100
Nord	60	10	20	10	100
Nord-Ouest	55	20	10	15	100
Ouest	60	15	15	10	100
Sud	55	10	20	15	100
Sud-ouest	60	20	10	10	100
Ens. Cameroun	56	17	15	12	100

5.3- Nombres prévisionnels de femmes en âge de procréer utilisatrices additionnelles de méthodes modernes de contraception par district sanitaire dans chaque région

En étroite collaboration avec les équipes régionales de santé, les effectifs nets de femmes de 15-49 ans, utilisatrices additionnelles de PF, à cibler dans chaque région ont été éclatés par district composant chaque région en se servant de deux critères clés : le poids démographique de chaque district avec son potentiel de mobilisation des utilisatrices de PF. Les résultats issus de cet exercice figurent dans les tableaux 4 à 13, à raison d'un tableau par région sanitaire. Chaque région sanitaire étant composée de plusieurs districts.

Tableau 4 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la région **d'Adamaoua** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bankim	222	242	253	264	276	299
Banyo	854	929	971	1015	1060	1150
Djohong	101	110	115	120	125	136
Meiganga	808	878	918	959	1002	1087
Ngaoundere Rural	1390	1511	1579	1650	1724	1870
Ngaoundere Urbain	2391	2600	2718	2840	2967	3218
Tibati	638	694	725	758	792	859
Tignere	222	242	253	264	276	299
Région de l'Adamaoua	6626	7206	7532	7870	8222	8918

Tableau 5 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région du Centre** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Akonolinga	446	485	507	529	553	600
Awae	149	162	169	177	185	200
Ayos	215	233	244	255	266	289
Bafia	1000	1060	1093	1128	1164	1236
Biyemassi	2500	2718	2841	2969	3101	3365
Cité Verte	3098	3367	3520	3679	3843	4169
Djoungolo	4500	4700	4814	4931	5053	5295
Ebebda	200	218	228	238	248	269
Efoulan	2454	2668	2789	2915	3045	3303
EligMfomo	50	61	72	83	95	108
Eseka	218	237	248	259	270	293
Esse	136	147	154	161	168	182
Evodoula	177	193	201	210	220	238
Mbalmayo	650	693	717	743	769	821
Mbandjock	250	267	276	287	297	318
Mbankomo	190	207	216	226	236	256
Mfou	349	379	396	414	433	469
Monatele	346	376	393	411	429	466
NangoEboko	250	329	408	487	566	645
Ndikinimeki	80	87	91	96	100	108
Ngogmapubi	86	93	97	102	106	115
Ngoumou	130	142	148	155	162	176
Nkolbisson	950	1162	1282	1407	1536	1792
Nkolndongo	4246	4616	4826	5043	5268	5715
Ntui	240	261	273	285	298	323
Obala	740	804	841	878	918	995
Okola	385	419	438	457	478	518
Saa	300	323	348	363	388	420
Soa	200	225	239	253	269	299
Yoko	116	126	131	137	143	156
Région du Centre	24 651	26 758	28 000	29 278	30 607	33 139

Tableau 6 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région de l'Est** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AbongMbang	363	395	413	431	451	489
Batouri	397	431	451	471	492	534
Bertoua	1403	1525	1594	1666	1740	1888
BetareOya	103	112	117	122	128	138
Doume	231	251	262	274	286	311
Garoua Boulai	518	564	589	616	643	698
Kette	390	424	443	463	484	525
Lomie	237	258	270	282	295	319
Mbang	321	349	364	381	398	432
Massamena	288	313	327	342	357	387
Moloungou	172	187	196	205	214	232
Ndelele	327	356	372	389	406	440

Nguelemendouka	220	239	250	261	273	296
Yokadouma	801	871	911	952	994	1078
Région de l'Est	5771	6275	6559	6855	7161	7767

Tableau 7 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région de l'Extrême-Nord** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bogo	649	705	737	770	805	873
Bourha	775	842	880	920	961	1043
Goulfey	508	553	578	604	631	684
Guéré	335	364	381	398	416	451
Guidiguis	382	415	434	453	473	514
Hina	383	416	435	454	475	515
Kaele	923	1003	1049	1096	1145	1242
Kar Hay	376	408	427	446	466	506
Kolofata	681	740	774	809	845	916
Kousseri	917	997	1042	1089	1137	1234
Koza	709	771	806	842	880	954
Mada	607	660	690	721	753	817
Maga	744	809	846	884	923	1002
Makary	385	463	506	552	598	692
Maroua Rural	2119	2303	2408	2516	2629	2851
Maroua Urbain	2890	3141	3284	3432	3585	3889
Meri	759	826	863	902	942	1022
Mindif	442	480	502	525	548	595
Mogode	987	1073	1122	1173	1225	1329
Mokolo	1761	1914	2001	2091	1137	1234
Mora	1572	1709	1787	1867	1950	2116
Moulvoudaye	720	783	819	855	894	969
Moutourwa	352	382	400	417	436	473
Pette	325	353	369	386	403	437
Roua	504	548	573	599	626	679
Tokombere	798	868	907	948	990	1074
Vele	365	396	414	433	452	491
Yagoua	1304	1374	1414	1455	1498	1583
Région de l'Extrême-Nord	23 272	25 296	26 448	27 637	27 823	30 185

Tableau 8 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région du Littoral** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bonassama	2248	2401	2447	2576	2669	2853
Cité des Palmiers	2048	2226	2327	2432	2540	2756
Deido	2022	2459	2706	2963	3229	3758
Dibombari	134	146	153	159	167	181
Edea	993	1053	1088	1023	1160	1213
Logababa	1900	2267	2475	2691	2914	3358
Loum	311	338	353	369	386	419
Manjo	268	291	305	318	333	361
Manoka	43	47	49	51	53	58
Melong	425	462	483	505	527	572

Mbanga	277	302	315	329	344	373
Ngambe	49	53	55	58	60	65
Ndom	81	88	92	96	100	109
Nkongsamba	1043	1115	1156	1098	1242	1329
Nkondjock	137	148	155	162	169	184
New-Bell	1902	2068	2161	2259	2360	2560
Nylon	3685	3719	3738	3757	3778	3818
Pouma	106	115	120	125	131	142
Yabassi	102	111	116	121	126	137
Région du Littoral	17 774	19 409	20 294	21 092	22 288	24 249

Tableau 9 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région du Nord** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bibemi	1083	1178	1231	1287	1344	1458
Figuil	110	120	125	131	137	148
Garoua I	2160	2348	2455	2566	2680	2907
Garoua II	624	678	709	741	774	840
Gaschiga	426	463	484	505	528	573
Golombe	981	1066	1115	1165	1217	1320
Guider	1920	2087	2182	2280	2381	2583
Lagdo	1156	1257	1314	1373	1434	1556
Mayo-Oulo	812	883	923	964	1007	1093
Ngong	1083	1178	1231	1287	1344	1458
Ngong	553	601	629	657	686	744
Pitoea	1009	1097	1147	1198	1252	1358
Poli	308	335	350	366	382	415
Rey-Bouba	945	1027	1074	1122	1173	1272
Tchollire	385	418	437	457	477	518
Toubo	151	164	172	180	188	203
Région du Nord	13 706	14 900	15 578	16 279	17 004	18 446

Tableau 10 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région du Nord-Ouest** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ako	299	306	314	322	330	338
Bafut	311	319	327	335	344	352
Bali	198	203	208	213	219	224
Bamenda	2935	3008	3083	3160	3239	3320
Batibo	591	606	621	637	653	669
Benakuma	176	181	185	190	194	199
Fundong	1290	1322	1355	1389	1424	1459
Kumbo Est	890	912	935	959	983	1007
Kumbo Ouest	560	574	588	603	618	633
Mbengwi	248	255	261	268	274	281
Ndop	1632	1673	1715	1758	1802	1847
Ndu	620	635	651	667	684	701
Njikwa	60	61	63	64	66	68
Nkambe	997	1022	1048	1074	1101	1128

Nwa	374	384	393	403	413	423
Santa	736	754	773	793	812	833
Tubah	384	393	403	413	424	434
Wum	767	787	806	827	847	868
Oku	510	522	535	549	562	577
Région du Nord-Ouest	13578	13917	14264	14624	14989	15361

Tableau 11 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région de l'Ouest** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bafang	1253	885	962	1046	1137	1236
Baham	274	474	515	560	609	661
Bamendjou	477	477	518	563	612	665
Bandja	430	430	467	508	552	600
Bandjoun	345	730	794	863	938	1020
Bangangte	885	885	962	1046	1137	1236
Bangourain	203	203	221	240	261	284
Batcham	1212	612	665	723	786	854
Dschang	784	1534	1667	1812	1970	2141
Foumban	1162	1262	1372	1491	1621	1762
Foumbot	663	763	829	901	980	1065
Galim	710	210	228	248	269	293
Kekem	198	198	215	234	254	276
Kouoptamo	111	207	225	245	266	289
Malantouem	162	539	586	637	692	753
Massangam	539	200	217	236	256	279
Mbouda	1679	1179	1282	1394	1515	1647
Mifi	865	1365	1484	1613	1753	1906
Penka Michel	390	521	566	615	669	727
Santchou	521	190	207	225	245	266
Région de l'Ouest	12863	12864	13982	15200	16522	17960

Tableau 12 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région du Sud** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ambam	406	441	461	482	504	546
Djoum	178	194	203	212	221	240
Ebolowa	1168	1270	1328	1388	1449	1572
Kribi	921	1001	1047	1094	1143	1240
Lolordorf	142	154	161	168	176	190
Meyomessala	310	337	352	368	384	417
Mvangan	253	275	288	301	314	341
Olamze	159	173	181	189	197	214
Sangmelima	906	985	1030	1076	1124	1220
Zoetele	302	328	343	359	375	407
Région du Sud	4 745	5 158	5 394	5 637	5 887	6 387

Tableau 13 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans utilisatrices additionnelles de PF à cibler par district dans la **région du Sud-ouest** de 2015 à 2020

DISTRICTS	Années					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Akwaya	180	196	213	231	252	274
Bakassi	90	98	106	115	125	136
Bangem	173	188	197	206	215	233
Buea	1321	1436	1560	1696	1843	2003
Ekondo Titi	240	261	283	307	334	364
Eyumbojock	180	195	212	230	251	272
Fontem	321	349	365	382	399	433
Konye	108	117	127	138	150	164
Kumba	2216	2408	2617	2845	3093	3362
Limbe	1247	1355	1473	1601	1740	1891
Mamfe	541	588	601	614	628	655
Mbonge	300	326	374	420	470	568
Mundemba	116	127	132	138	144	157
Nuyuka	983	1069	1104	1139	1176	1250
Nguti	108	117	128	139	151	174
Tiko	1239	1347	1394	1443	1494	1594
Tombel	420	456	479	502	527	575
Wabane	60	65	80	118	134	167
Région du Sud-ouest	9843	10698	11445	12264	13126	14272

6. STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN OPERATIONNEL

L'analyse de la situation de la PF au Cameroun a orienté vers des activités qui paraissent les plus susceptibles de répondre aux défis, soit parce qu'elles sont basées sur des développements positifs sur le terrain, soit parce qu'elles sont essentielles à la réussite de tout programme de PF. Les directeurs régionaux ont puisé dans leurs expériences afin de déterminer les activités sensées avoir le plus d'impact dans leurs régions respectives, ainsi que les actions qui sont essentielles pour réaliser de nouveaux progrès. Les stratégies et activités retenues ont été regroupées en quatre rubriques :

- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF ;
- Stratégies et activités pour améliorer l'offre des services de PF en quantité et en qualité ;
- Stratégies et activités pour rendre l'environnement plus habitant en faveur de la PF ;
- Stratégies et activités pour améliorer le suivi et la coordination des services de PF.

6.1- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF

Stratégie D1 : Campagne de communication (masse et interpersonnelle) sur la PF auprès de la population en général et des femmes en milieu rural, urbain et périurbain en particulier

Bien que le niveau de connaissance de la PF soit élevé au Cameroun, on relève le manque de connaissances et des idées erronées vis-à-vis de la PF parmi les raisons de non utilisation de la contraception. Le thème commun que l'on retrouve lors de l'évaluation des activités pour susciter la demande est la nécessité d'un renforcement de la bonne information grâce à une exposition prolongée et répétée aux messages de sensibilisation. L'approche variée et incitative prévue dans ce plan est nécessaire pour réussir à repositionner la planification familiale.

Il faudra assurer une sensibilisation et donner une meilleure information à l'ensemble de la population en général et des femmes en particulier surtout en milieux urbain et périurbain. Cet objectif sera réalisé à travers la formation et l'implication des leaders religieux dans la sensibilisation sur la PF, la contractualisation avec des medias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF, l'intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les centres sociaux en collaboration, respectivement avec les MINAS, MINCULT et MINPROFF.

Activité : D1.1 : Collaboration avec les leaders communautaires (leaders religieux et traditionnels) dans la sensibilisation sur la PF

Il s'agira de Former les leaders communautaires (chefs religieux, chefs de village, leaders d'organisation locales, etc.) pour améliorer les connaissances en PF, d'une part, en vue de les impliquer dans les sensibilisations au cours des campagnes de prêches et lors des réunions publiques et d'autre part d'organiser un processus d'identification et de formation d'autres leaders dans les districts sanitaires. Un total de 245 formateurs sera formé à raison de 2 par districts pour 100 districts (200 formateurs), 2 par délégation régionale de la santé (20 formateurs), 10 pour les OSC (1 formateur par région pour les OSC), 15 au niveau central (5 formateurs du service de santé maternelle, 5 pour les organisations religieuses, 5 du MINPROFF). Ensuite 2000 religieux seront formés en 100 sessions (1 session par district sanitaire prioritaire) avec 20 participants par session. Ces activités seront mises en œuvre au niveau des régions.

En 2015

- Implication des Imams, Prêtres et Pasteurs, Chefs traditionnels dans l'élaboration des supports de formation comme le RAPID
- Elaboration de l'outil de plaidoyer en SR /PF (RAPID) en direction des chefs traditionnels et religieux
- Multiplication et dissémination de l'outil et du guide des messages,
- Organisation de 10 ateliers régionaux de 3 jours de formation avec 20 formateurs par session dans les 10 chefs-lieux de région

- Organisation de 200 sessions de formation de deux journées avec 20 leaders religieux et traditionnels en moyenne par session (à raison d'une session par district sanitaire),

De 2015 à 2020

- Organisation des causeries éducatives lors des prêches dans les Mosquées, Eglises et autres lieux de culte dans les communautés ;
- Suivi des activités des causeries éducatives et de sensibilisation organisées par les leaders formés ;
- Multiplication des outils de collecte des données pour les animateurs ;
- Collecte de données ;
- Production des rapports.

Activité : D1.2 : Contractualisation avec des medias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la SR/PF

Organiser des émissions radiotélévisées en vue de sensibiliser la population sur les avantages de la SR/ PF, les différentes méthodes offertes et les lieux où les prestations sont offertes en vue de susciter la demande. Il est question de contractualiser avec un organe public radiotélévisé et les réseaux des radios de proximité dans les différentes régions afin de les permettre de diffuser des messages en faveur de la PF. L'activité sera continue sur les 5 années du plan. Un atelier sera organisé en 2017 pour actualiser les messages.

En 2015

- Organisation d'un atelier de 3 jours réunissant 30 participants pour élaborer des messages
- Elaboration des Prêts à Diffuser (PAD) y compris les films
- Contractualisation avec les radios et télévisions publiques (06 radios, 1 télévision)
- Contractualisation avec les réseaux des radios de proximité et télévisions privées (10 radios, 2 télévisions)
- Formation des journalistes sur la thématique de la SR et de la PF en particulier
- Organisation d'un concours entre les organes de presse
- Suivi des activités de sensibilisation menées par les médias.

En 2016

- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias.

En 2017

- Organisation d'un atelier de 02 jours réunissant 10 Hommes, 10 Femmes et 10 Jeunes soit 30 participants pour actualiser les messages
- Suivi des activités de sensibilisation menées par les médias.

En 2018 et 2020

- Organisation d'un concours entre les organes de presse
- Suivi des activités de sensibilisation menées par les médias.

Activité : D1.3 : Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes en collaboration avec le MINAS, MINCULT et le MINPROFF

Le plan prévoit l'intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes en organisant 10 ateliers régionaux de renforcement des capacités de 300 personnes (200 responsables de coopératives et de groupements et 100 responsables des centres sociaux). Des supports de communication seront développés à cet effet. Le suivi sera fait en collaboration avec MINAS et de MINCULT à divers niveaux (central, régional et district sanitaire). Cette activité sera continue de 2015 jusqu'à 2020.

En 2015

- Organisation d'une réunion d'orientation des responsables de MINPROFF, MINAS et MINCULT sur la problématique de la démographie et l'implication des coopératives.
- Développement des supports de communication (50 000 Dépliants et 5 000 posters)
- Contractualisation avec les OSC pour la mise en œuvre et le suivi
- Organisation de 10 ateliers régionaux de 02 jours pour le renforcement des capacités de 300 responsables des coopératives, groupements des femmes, groupements des paysans et responsables des centres sociaux sur la planification familiale (en moyenne 30 participants par atelier),
- Sensibilisation dans les centres sociaux, dans les groupements, dans les coopératives et corps de métier au niveau des districts sanitaires
- Suivi trimestriel des activités de sensibilisation dans les groupements, coopératives et corps de métier au niveau des districts sanitaires

En 2015-2020

- Sensibilisation dans les groupements, coopératives et corps de métier au niveau des districts sanitaires
- Suivi trimestriel des activités de sensibilisation dans les groupements et coopératives par les districts sanitaires

Stratégie D2 : Renforcement de l'implication des hommes comme partenaires dans la promotion de la SR en général et en particulier de la PF

Les hommes sont des décideurs clés mais ils ont souvent peu d'intérêt pour la PF ou qu'ils s'y opposent. Dans certaines localités, l'environnement socioculturel influence les comportements qui favorisent les attitudes pro natalistes. Cependant, certains pays ont menés, avec succès, les hommes à devenir des champions de la PF. La stratégie de l'Engagement Constructif des Hommes (ECH) sera élaborée et disséminée. Les organisations paysannes la coordination de Cameroon Development Cooperation (CDC), Farmers groups,

PALMOR, SODECOTON, etc....) seront impliquées dans la sensibilisation des hommes sur la PF. De la même manière l'approche de l'école des maris en expérimentation sera étendue dans plusieurs districts.

Activité D2.1 : Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF)

L'expérience de l'école des maris est une stratégie novatrice pour impliquer les hommes dans la promotion de la SR et favoriser un changement de comportement au niveau communautaire. Cette initiative est financée par UNFPA et mise en œuvre au Niger. Le but est de faire un voyage d'étude, d'expérimenter dans deux zones sanitaires et faire ensuite l'extension progressive dans 5 districts annuellement de 2015 à 2020 en contractualisant avec des OSC

Le concept de «l'Ecole des Maris » est une initiative qui a pour objectif d'impliquer les hommes dans la promotion de la santé de la reproduction et de favoriser un changement de comportement chez les hommes au niveau communautaire. «L'Ecole des Maris » (EdM) consiste à identifier des maris «modèles» sur la base de critères bien définis afin de leur donner des notions sur la SR. L'école est fondée sur un esprit d'adhésion volontaire et d'implication communautaire pour faire des hommes des acteurs responsables de leur développement.

En 2015

- Voyage d'étude au Niger sur l'expérience de l'école des maris (environ 5 personnes)
- Expérience pilote de l'école des maris dans deux zones sanitaires à raison de deux localités par zone sanitaire
- Evaluation de l'expérience pilote

De 2016- 2020

- Intégration du processus de promotion de l'expérience de l'école des maris dans 5 districts sanitaires par an
- Identification des OSC chargées de la mise en œuvre par an
- Contractualisation avec les OSC identifiées chaque année
- Suivi des activités des OSC chaque année

Activité D2.2 : D2.3 Intégration des activités de PF dans les programmes des groupements agricoles (Cameroon Development Cooperation, SODECOTON, etc....)

Grâce à une approche pilote auprès de ses groupements, CDC impliquera ses cadres dans la promotion de la PF auprès des hommes à travers ses groupements. Ainsi, CDC identifiera environ 100 groupements agricoles les mieux organisés. Vingt (20) cadres de CDC seront initiés au niveau national. Ensuite 200 animateurs (2 animateurs par groupement agricole sélectionné) seront formés pour la sensibilisation des autres membres. CDC assurera le suivi et la supervision des acteurs sur le terrain.

En 2015

- Réunion d'orientation des cadres de la CDC et autres groupements agricoles sur l'approche de sensibilisation des hommes sur la PF
- Identification de 20 cadres de la CDC et autres groupements agricoles qui seront les formateurs des animateurs
- Identification de 100 groupements agricoles les mieux organisées à travers le pays.
- Identification des 200 membres des groupements à former comme animateurs sur la PF
- Organisation d'une session de formation de formateurs de la CDC et autres groupements agricoles sur la SR/PF et le rôle des hommes pendant 5 jours
- Organisation de 8 sessions de formation des animateurs au niveau de 8 chefs-lieux de régions pendant 3 jours
- Production des supports de communication sur la PF
- Organisation des activités de sensibilisation sur le terrain
- Suivi des activités de sensibilisation dans les groupements à travers la CDC et autres groupements agricoles

De 2016- 2020

- Organisation de la mise à jour des connaissances des animateurs pendant 2 jours
- Extension des activités de sensibilisation sur le terrain aux autres groupements agricoles
- Suivi des activités de sensibilisation dans les groupements à travers la CDC et autres groupements agricoles

Stratégie D3 : Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et jeunes scolarisés et non scolarisés

Prenant en compte les résultats du diagnostic, il s'agit de mieux intégrer les spécificités des adolescent(e)s et des jeunes à travers des stratégies de communication et des messages mieux adaptés à leurs besoins en matière de SSR/PF, notamment le recours aux TIC, la collaboration, d'une part avec les ministères de l'éducation (MINSEC, MINSUP, MINFOP), MINPROFF et MINJEC, et d'autre part avec les associations culturelles et sportives de jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR.

Activité D3.1 : Utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes

Les TIC (téléphonie mobile et internet) étant de plus en plus utilisées par les jeunes et adolescents, il est question de contractualiser avec les 2 opérateurs de téléphonie mobile en vue de faire passer des messages spécifiques de SSR/PF qui seront élaborés pour la circonstance. Un site Internet sera également créé pour permettre aux adolescents et jeunes d'avoir accès aux informations exactes et de poser des questions à travers un réseau social destiné à leur information. Cette activité devrait être réalisée de 2015 à 2020.

En 2015

- Organisation d'un atelier de 3 jours regroupant 15 personnes pour l'élaboration des messages sur la PF à l'attention des jeunes
- Plaidoyer en direction des opérateurs de téléphonie mobile dans le pays en vue d'une contractualisation avec les réseaux de téléphonie mobile pour l'envoi des SMS
- Plaidoyer en direction des opérateurs de téléphonie mobile dans le pays en vue d'une contractualisation pour la réduction des coûts de communication SR/PF
- Suivi des activités de sensibilisation des jeunes à travers les TIC

En 2016

- Création d'un réseau social et/ou un site web consacré à la sensibilisation des jeunes sur la SSR/PF
- Organisation de séance de formation des jeunes sur l'utilisation de l'Internet pour répondre aux préoccupations de leurs pairs.

De 2016-2020

- Suivi des activités de sensibilisation des jeunes et adolescents à travers les TIC. Envoi périodique des messages sur la SSR/PF aux adolescent(e)s et jeunes à travers les TIC.

Activité D3.2 : Intensification de l'enseignement de la SSR en milieu scolaire en synergie avec le ministère en charge de l'Education (MINSEC, MINSUP, MINFOP)

Intensifier l'enseignement de la SSR/PF dans les écoles à travers la mise à jour des modules de formation des enseignants et la révision des curricula destinés aux élèves. Environ 50 enseignants expérimentés seront formés pour être des formateurs. Ce groupe de formateurs animera des sessions de formation des enseignants en 20 sessions par année (2 sessions par région pendant les trois premières années de mise en œuvre du plan. Chaque session prendra 30 enseignants. Les enseignants formés travailleront avec les élèves sur des questions de SSR/PF en utilisant les modules révisés. Des dépliants comportant les messages essentiels seront élaborés pour les élèves. Cette activité sera réalisée de façon continue entre 2015 et 2017 pour les formations et de 2017 à 2020 pour les sensibilisations.

En 2015

- Plaidoyer en direction des ministères en charge de l'Education (MINSEC, MINSUP, MINFOP) pour l'intégration des programmes SR/PF dans les curricula de formation,
- Recrutement de deux consultants pour 1 mois afin de réviser les modules SSR/PF destinés aux enseignants et aux élèves,
- Organisation d'un atelier de 2 jours regroupant 30 personnes pour la validation des modules SSR/PF (Enseignants et élèves),

- Reprographie de 10 000 exemplaires du module de formation des enseignants en SSR/PF et 50 000 dépliants destinés aux élèves,
- Organisation de 10 ateliers régionaux de 3 jours chacun pour le renforcement des capacités de 200 enseignants à raison de 20 participants par atelier,
- Suivi des activités des enseignants formés dans les établissements ciblés.

De 2016-2017

- Organisation de 10 ateliers de 3 jours pour le renforcement des capacités de 200 enseignants par an
- Suivi des activités des enseignants formés dans les établissements ciblés.

De 2017-2020

- Suivi post formation des activités des enseignants sur les modules intégrés dans les différents programmes de l'enseignement dans les établissements ciblés.

Activité D3.3 : Sensibilisation des adolescentes et jeunes par l'intermédiaire des pairs éducateurs et clubs santé

Pour le repositionnement de la PF et une implication des adolescentes et jeunes, il sera nécessaire de renforcer l'éducation par les clubs santé au niveau des écoles et les pairs éducateurs de tous les milieux extrascolaires. Au cours de la mise en œuvre de ce plan, il y aura la révision des documents de formation des pairs éducateurs sur la SR/PF. Le document sera validé puis les formateurs seront formés et à leur tour ils formeront les pairs éducateurs.

De 2016

- Identification d'un consultant pour élaborer/Réviser les modules de formation des pairs éducateurs en SR/PF
- Organisation d'une réunion de 02 jours pour valider les curricula de formation des pairs éducateurs communautaires et des membres de clubs santé scolaires
- Organisation de 10 sessions de 5 jours dans les chefs- lieux de région pour former les formateurs des pairs éducateurs et des clubs santé à raison de 30 participants par session (soit 300 formateurs des pairs éducateurs et des membres de clubs santé).

De 2017- 2020

- Organisation des sessions de formation des pairs éducateurs au niveau des districts à raison de 40 pairs éducateurs et de 40 membres de club par district en 2x2 sessions par année
- Renforcement des capacités des formateurs en technique de supervision des pairs éducateurs et clubs santé

- Suivi des activités des pairs éducateurs dans les communautés et clubs santé dans les établissements
- Collecte des données sur les activités des pairs éducateurs et des clubs santé.

Activité D3.4 : Sensibilisation des jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR à travers les associations des jeunes (socio-éducatives, culturelles et sportives) en synergie avec le MINJEC

Il s'agit d'identifier des associations culturelles et sportives des jeunes en milieu extrascolaire dans les différentes régions du pays. Il y aura aussi l'identification des jeunes capables de porter les messages de la SR/PF aux autres jeunes. Il sera organisé deux fois par an une grande activité culturelle et sportive avec des moments de sensibilisation sur la PF et si possible l'offre des services aux adolescentes et jeunes en marge de l'activité. Les jeunes sélectionnés seront formés pour sensibiliser régulièrement leurs collègues.

De 2015 à 2020

- Identification des organisations socioculturelles et sportives des jeunes dans les régions
- Formation des moniteurs de jeunesse et sport sur les questions de SRA/J
- Identification des jeunes capables de partager des informations avec leurs camarades selon le canal du sport et de la culture
- Formation de 500 jeunes par région et par an pour sensibiliser leurs camarades
- Organisation d'une journée de sensibilisation et d'offre de services aux adolescent(e)s à travers une activité socioculturelle ou sportive par semestre.

6.2- Stratégies et activités pour renforcer l'offre des services de PF

Stratégie O1 : Extension de l'offre des services intégrés de PF à travers le pays

Il s'agit de permettre aux femmes en âge de procréer qui résident dans les milieux urbain, périurbain et rural bénéficiant de services SR (SPP, SAA, PEV etc.) d'avoir des informations et d'accéder immédiatement aux services de PF si elles le désirent. A cette fin, la PF sera intégrée d'une part dans tous les services SR des FOSA qui offrent déjà la PF ou offriront la PF à travers la mise en œuvre de ce plan, et en utilisant, les méthodes de longue durée d'action seront privilégiées, les Agents de Santé Communautaire (ASC) au niveau périurbain d'autre part.

Activité O1.1 : Intégration de l'offre des méthodes de longue durée d'action dans 100% des FOSA offrant seulement les méthodes de courte durée d'action

Sur l'ensemble des FOSA offrant la PF, il y a moins de 20% qui offrent au moins 3 méthodes modernes. Elles offrent en générale les méthodes de courte durée d'action (injectable, pilule, préservatifs). Les méthodes de longue durée seront intégrées dans 100% (300 par an) des FOSA publiques et privées qui n'offrent que les méthodes de courte durée d'action au moment de l'élaboration du plan. Il faudra identifier les FOSA, recenser les besoins et renforcer le plateau technique.

2015-2020

- Analyse de la capacité et de la disponibilité des ressources des FOSA dans les secteurs public et privé offrant seulement les méthodes de courte durée d'action (pilules et injectables)
- Organisation d'un atelier de deux jours pour valider le rapport de l'analyse
- Identification des besoins des FOSA
- Renforcer les plateaux techniques des FOSA pour l'offre des services
- Supervision formative interne des prestataires formés par les responsables des FOSA
- Supervision formative externe des prestataires formés par les responsables des FOSA.

Activité O1.2 : Intégration des services de PF dans les camps des réfugiés

Le pays est confronté par un afflux massif des réfugiés venant des pays voisins. Ces réfugiés bénéficient de plusieurs services de soins, mais ceux relatif à la PF ne sont pas offerts à un niveau satisfaisant. Le plan prévoit dans un premier temps l'offre des services en stratégie avancée et dans un deuxième temps mettre des services de PF dans les FOSA des camps des réfugiés.

De 2015- 2020

- Mise en œuvre des activités en stratégie avancée dans les camps de réfugiés
- Aménagement d'un espace dans les FOSA des camps des réfugiés pour l'offre de la PF
- Formation des prestataires des camps de réfugiés en PF
- Supervision de l'offre des services dans les camps
- Organisation du suivi par les équipes régionales pour s'assurer de la réalisation des prestations des services.

Activité O1.3: Intégration des activités de PF dans le paquet d'activité des ASC des autres programmes en cours d'exécution en leur permettant d'offrir les méthodes contraceptives (les pilules, injectables,)

En milieu rural et périurbain, il y a des quartiers dans lesquels les populations n'ont toujours pas accès aux soins de santé. Pour permettre à ces communautés d'avoir accès aux services de PF, des ASC seront identifiés, sélectionnés et formés. Il faudra ensuite organiser une supervision formative. Toutes ses activités seront réalisées après avoir fait un projet pilote qui aura montré des résultats satisfaisants. Par ailleurs, une étude de faisabilité sera aussi faite sur l'intégration de la PF dans les FOSA informelles.

En 2015

- Voyage d'étude
- Réalisation d'un projet pilote dans deux districts pour apprécier l'apport des ASC dans la PF
- Elaboration des manuels de formation des ASC
- Elaboration des supports de communication (1500 boîtes à Images, 10 000 dépliants et 2 500 posters)
- Définition des conditions de mise en œuvre du projet pilote
- Organisation des sessions de formation des ASC dans chaque localité à raison de 20 ASC par session
- Suivi des activités des ASC dans le milieu périurbain.

En 2016-2020

- Evaluation du projet pilote
- Passage à échelle des interventions au niveau rural et périurbain de 10 districts par an
- Suivi des interventions des ASC en milieu rural et périurbain.

En 2016

- Etude de faisabilité sur l'introduction de PF dans les FOSA informelles.

Activité O1.4 : Mise en place des stratégies mobiles à travers toutes les régions

Il s'agit d'initier et d'intensifier les stratégies mobiles et avancées dans les différents districts sanitaires du pays, en réalisant d'une part, une sortie trimestrielle en stratégie mobile dans chaque district sanitaire avec l'appui des équipes des OSC. Il faudra alors équiper le MINSANTE en véhicules adaptés, identifier des OSC capables d'appuyer le MINSANTE dans la mise en œuvre et surtout avoir l'équipement approprié et du personnel compétent

De 2015 à 2020

- Acquisition de 10 véhicules adaptés pour en faire des cliniques mobiles pour l'offre des services de SR/PF (CPN, CPoN, PEV, PF, Prise en charge des IST, etc....)
- Conduite d'une sortie mensuelle en stratégie mobile par district sanitaire (soit 200 sorties en stratégie mobile par mois)

- Contractualisation avec les OSC pour l'organisation des stratégies mobiles
- Suivi de l'organisation des activités en stratégie mobile.

Activité 01.5 : Renforcer les activités de PF dans les interventions en stratégies avancées à travers tous les districts sanitaires.

Les FOSA publiques et celles des OSC organisent déjà des stratégies avancées pour offrir les services aux différentes populations situées à plus de 5 km d'une FOSA. Mais ces sorties ne sont pas régulières et souvent n'intègrent pas les services PF. Le plan d'opérationnel PF prévoit de renforcer cette stratégie à travers une analyse de la situation pour identifier les besoins des FOSA. Le renforcement du plateau technique et les supervisions régulières des prestations.

De 2015 à 2020

- Recensement des besoins des FOSA pour l'organisation des stratégies avancées
- Mise à disposition des équipements et fournitures pour l'organisation des stratégies avancées
- Organisation d'une sortie mensuelle par FOSA offrant la PF (soit 45000 sorties par an pour tout le pays)
- Suivi de l'organisation des stratégies avancées à travers le pays
- Supervision interne de l'activité de stratégies avancées.

Activité 01.6 : Organisation des journées spéciales PF au moins une fois par an

Il est prévu d'organiser chaque année des journées de sensibilisation et d'offre des services de PF lors des journées spéciales telles que la «Journée Africaine de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale». Le plan propose d'une part de faire cette activité deux fois par an. A cette occasion, tous les districts sanitaires recevront des produits contraceptifs et consommables afin d'offrir des services de PF aux populations.

De 2015- 2020

- Approvisionnement gratuit des 200 districts sanitaires en produits contraceptifs (DIU, Implants, Pilule, Injectable) et en matériel consommable (Gants, Seringue, eau de javel, savon et autres).
- Organisation des caravanes de sensibilisation sur la PF dans les chefs-lieux des districts sanitaires.
- Prestation des services de PF par tous les districts sanitaires au cours de la même période.
- Organisation des réunions bilans sur les activités de PF dans les villages avec les ASC et les responsables des FOSA.
- Organisation de Suivi par les équipes régionales pour s'assurer de la réalisation des prestations des services.

Stratégie O2 : Renforcement du plateau technique des FOSA afin d'améliorer la qualité des prestations de PF (formation et équipement)

Il faut une augmentation du nombre de prestataires formés et compétents pour fournir une gamme complète de méthodes contraceptives. Il est à noter que l'utilisation du DIU et surtout des implants est en augmentation. Les analyses relèvent aussi des insuffisances non négligeables au niveau des équipements sanitaires des FOSA, or ceux-ci sont indispensables à une offre des prestations de services de qualité.

Activité O2.1 : Formation des prestataires en technologie contraceptive pour les nouveaux sites dans les secteurs public et privé

Selon l'analyse de la situation, il existe encore 28% des FOSA qui n'offrent pas la PF. Mais la situation la plus préoccupante est celle des FOSA offrant uniquement la PF de base c'est-à-dire les contraceptifs oraux, les injectables et les Préservatifs (52%). Donc le plan se fixe comme premier objectif de faire en sorte que les 52% des FOSA offrent une gamme plus élargie de méthodes de PF en intégrant les méthodes de longue durée d'action. Dans un deuxième temps, il faudrait que toutes les FOSA publiques offrent la PF ainsi qu'au moins 30% des FOSA privées. Il faudra donc former au moins 500 (Soit 50% des 1012 FOSA) agents pour permettre à ces FOSA (Publiques et privées) d'offrir la PF, puis former aussi 1000 autres agents pour les centres qui offrent seulement la PF de base de 2015 et 2020.

De 2015- 2020

- Identification des agents à former en technologie contraceptive y compris l'insertion de DIU et implant pour les FOSA franchisées n'offrant pas actuellement la PF en utilisant la base des données en ressources humaines.
- Organisation de 10 sessions de formation par an en regroupant 25 personnes chaque année de 2015 et 2020 au niveau des chefs-lieux de région.
- Organisation du suivi des formations dans les chefs-lieux de région
- Certification des prestataires formés après insertion de 5 DIU et de 5 implants par les formateurs ou superviseurs.

Activité O2.2 : Formation des nouveaux prestataires en communication interpersonnelle et counseling (CIP/C) dans les secteurs publics et privé

Selon l'analyse de la situation, aucun prestataire n'a été formé en CIP/C au cours des 2 dernières années. Il est alors nécessaire de former au moins un prestataire par FOSA offrant la PF soit 2500 agents. Ces formations seront organisées entre 2015 et 2018.

De 2015- 2020

- Elaboration/révision du curriculum de formation en communication interpersonnelle et counseling
- Identification des agents à former en CIP/C
- Organisation de 20 sessions de formation de 5 jours par an en regroupant 25 personnes chaque année de 2015 et 2018 au niveau des chefs-lieux de région
- Organisation du suivi des formations par le niveau central dans les chefs-lieux de région
- Certification des prestataires formés en counseling.

Activité O2.3 : Formation des prestataires des FOSA ayant plus de 100 accouchements par mois en insertion du DIU dans le post partum

Dans la sous-région, des expériences pilotes en insertion du DIU dans le post partum dans certaines FOSA ont montré des résultats positifs. La DSF avec l'appui technique de MSH a initié une expérience pilote dans 4 hôpitaux entre 2015 et 2016. Si cette expérience pilote est concluante, la DSF fera un passage à échelle dans environ 10 FOSA par an entre 2017 et 2020.

De 2015-2016

- Identification de 4 FOSA pour la phase pilote
- Identification des personnes à former dans les FOSA sélectionnées
- Organisation d'une session de formation à raison de 5 personnes par FOSA soit 20 participants
- Suivi des formations en insertion du DIU dans le post partum
- Suivi de l'offre des services dans les différentes FOSA
- Evaluation de l'expérience pilote.

De 2017-2020

- Identification de 10 FOSA réalisant plus de 100 d'accouchements par mois
- Identification des personnes à former dans les FOSA sélectionnées
- Organisation de 5 sessions dans les FOSA des régions à raison de 10 personnes par session soit 50 prestataires formés par année (5 prestataires formés par FOSA)
- Suivi des formations en insertion du DIU dans le post partum dans les Hôpitaux Régionaux (HR) et Hôpitaux généraux (HG) des régions
- Suivi de l'offre des services dans les différentes structures.
- Suivi de l'offre des services.

Activité O2.4 : Dissémination des documents de Politiques, Normes et Procédures (PNP) en PF

La DSF a pris l'initiative de réviser les documents de Politique, Normes et Procédures en PF. Au cours de la mise en œuvre du Plan, cette révision sera finalisée et les documents seront disséminés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette activité sera menée au cours des années 2015-2017.

De 2015-2017

- Finalisation de la révision des PNP
- Reproduction des documents
- Organisation de 10 ateliers de dissémination regroupant 50 participants pendant 2 jours
- Suivi des activités de dissémination
- Distribution des documents à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Activité O2.5 : Equipement des FOSA pour l'offre de services PF et de counseling de qualité

Il s'agit d'équiper toutes les FOSA nouvellement ciblées avec du matériel médical pour l'offre de services PF et de counseling de qualité. En moyenne 3200 FOSA seront équipées par année de 2015 à 2020. Un état des lieux de l'équipement des FOSA sera réalisé et celles qui ont besoin d'appui en équipement en bénéficieront.

Entre 2015 et 2020

- Identification des besoins en matériel médical y compris les mannequins, les kits d'insertion et de retrait, dans toutes les FOSA pouvant offrir la PF dans le pays
- Identification des besoins en matériel médical nécessaire pour l'organisation des stratégies avancées en PF au niveau des districts sanitaires
- Procédures d'appel d'offre aux fournisseurs de matériel médical
- Distribution du matériel médical dans les FOSA selon les besoins,
- Mise en place d'un système de codification du matériel médical dans les FOSA
- Renforcement des capacités du personnel en maintenance du matériel médical
- Suivi de la maintenance du matériel dans les FOSA.

Stratégie O3 : Renforcement des services PF destinés aux adolescent(e)s et jeunes

Conformément au diagnostic, il s'agit de mieux intégrer les spécificités des adolescents (es) et jeunes à travers des interventions mieux adaptées à leurs besoins en matière de SSR/PF, qu'il s'agisse des jeunes scolarisés ou non scolarisés. Ceci nécessite le renforcement de la capacité des prestataires, la promotion d'activités intégrées de PF, de lutte contre le VIH/sida voire la prise en charge (PEC) des IST.

Activité 03.1 : Formation des prestataires de 25% des FOSA pour offrir des services de PF adaptés aux adolescents et jeunes

Il sera question de renforcer les capacités des prestataires de 25% des FOSA (soit 660 FOSA sur 2643 FOSA offrant la PF) pour offrir des services adaptés aux adolescents et jeunes. Un total de 1322 prestataires sera formé à raison de 2 prestataires par FOSA. Ainsi 11 sessions de 25 participants seront organisées par an entre 2016 à 2018 et 10 sessions en 2019. Les supervisions seront organisées ainsi que l'évaluation de la performance des FOSA vis-à-vis de l'offre des services aux adolescents et jeunes.

De 2015 -2019

- Elaboration/Adaptation des manuels de formation en prise en charge des jeunes et adolescents dans les FOSA offrant la PF
- Recensement annuel de 250 FOSA appropriées pour la prise en charge des adolescents et jeunes
- Organisation annuelle de 10 sessions de formation de 5 jours de 25 prestataires en prise en charge des jeunes au niveau des chefs-lieux de régions
- Suivi des activités de formation dans les chefs-lieux de régions
- Renforcement de l'équipement des FOSA pour attirer plus d'adolescents et jeunes
- Aménagement des services (espace horaire, activités, etc....) pour prendre en compte les besoins des jeunes
- Supervision des prestations offertes par les prestataires formés
- Evaluation de la performance des FOSA offrant des services aux jeunes.

Activité 03.2 : Organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les établissements scolaires, universitaires et sur les espaces de jeux

L'offre des services de PF aux jeunes passera aussi par des journées spéciales de sensibilisation et d'offre de prestations intégrées dans les districts. Elle pourrait se faire en contractualisant avec les OSC qui s'occupent des questions de SR des adolescents (es). Elle sera organisée deux (2) fois par an et par région durant toute la période de mise en œuvre du plan d'action.

De 2015-2020

- Identification des OSC capables d'animer les journées de sensibilisation et de prestation de services,
- Offre des services dans les centres des jeunes intégrés aux FOSA,
- Contractualisation avec les OSC au niveau des régions sanitaires
- Identification des localités qui seront ciblées (2 localités par année et par région)

- Mise en place des équipements y compris les produits pour l'offre de services pour l'évènement
- Supervision formative des prestations au cours de l'évènement
- Suivi des activités des OSC dans l'offre de services aux jeunes y compris les sensibilisations.

Stratégie O4 : Renforcement de l'offre de services PF par le secteur privé

L'Association camerounaise de Marketing Social (ACMS) met déjà en œuvre l'approche de franchise sociale dans les villes de Bamenda Douala et Yaoundé. Mais, le nombre de cliniques privées impliquées reste faible pour l'ensemble du pays. Il est alors nécessaire d'octroyer plus de moyens pour impliquer plus de cliniques privées dans l'offre des services de PF dans un cadre bien défini permettant d'avoir les rapports d'activités. Il faudra donc définir le cadre de coopération permettant au MINSANTE d'assurer la supervision des prestations. Il faudra franchiser au moins 500 cliniques privées sur la durée du plan.

Activité O4.1 : Extension du modèle de franchise sociale en cours à Yaoundé, Douala et Bamenda aux autres régions sanitaires

Afin de permettre une plus grande offre de services PF par les FOSA du secteur privé, il y a lieu de promouvoir la franchise sociale en contractualisant l'offre des services de PF avec 500 cliniques privées supplémentaires. La contractualisation concernera en moyenne 100 cliniques privées par an de 2016 à 2020.

2016-2020

- Identification de 100 cliniques privées (FOSA publiques au besoin) par an pour offrir les services de PF
- Renforcement des capacités de 200 personnes à raison de 2 par FOSA choisie pour la franchise sociale par an
- Contractualisation avec les cliniques privées et les OSC identifiées
- Suivi de l'offre des services dans les cliniques privées et OSC ciblées
- Suivi du respect des clauses de la franchise sociale

Activité O4.2 : Renforcement du marketing social des produits contraceptifs

Le marketing social est mis en œuvre par l'ACMS. Pour le moment la couverture du pays n'est pas encore totale. Au cours de la mise en œuvre du plan opérationnel, une analyse de la situation du marketing afin de renforcer les maillons faibles.

En 2015

- Analyse de la situation du marketing social des produits contraceptifs,
- Partage des résultats de l'analyse de la situation
- Mise en place de nouveaux sites de marketing social dans le pays

- Organisation des supervisions formative dans les sites de marketing social
- Organisation des réunions trimestrielles pour partager l'évolution des activités.

De 2016-2020

- Supervision formative des activités de marketing social des produits contraceptifs,
- Mise à jour des connaissances des agents de marketing social.

Stratégie O5 : Sécurisation des produits contraceptifs

Il y a lieu d'assurer la sécurisation des produits contraceptifs en garantissant leur disponibilité surtout aux points de prestations. La distribution respectera le circuit défini d'un commun accord entre le service de santé maternelle, CENAME et CAPR/FRPS. Il sera nécessaire de renforcer les capacités des acteurs en gestion logistique des produits contraceptifs afin de minimiser les cas de ruptures de stocks.

Activité O5.1 : Mise à disposition des contraceptifs en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des points de prestation

Il s'agit d'assurer la disponibilité des produits contraceptifs dans toutes les régions, districts sanitaires et FOSA. Pour y parvenir, il y a lieu de fournir les moyens de transport et d'entreposage nécessaires pour garantir la disponibilité permanente des méthodes contraceptives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La CENAME et les CAPR/FRPS disposent déjà de la logistique nécessaire donc cette activité se déroulera de 2015 à 2020 à travers ce circuit.

De 2015-2020

- Estimation précise des besoins annuels des différents produits contraceptifs à l'occasion des ateliers semestriels sur les tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC)
- Acquisition des produits contraceptifs en quantité suffisante selon les prévisions
- Organisation de la distribution trimestrielle (ou selon les commandes) auprès des CAPR/FRPS par la CENAME
- Approvisionnement mensuel des FOSA selon l'ampleur des besoins

Activité O5.2 : Organisation des supervisions régulières afin de s'assurer de la disponibilité des produits

Le niveau central effectuera des supervisions semestrielles vers les CAPR/FRPS. Le niveau régional organisera des supervisions trimestrielles des districts. Les responsables des districts superviseront les dépôts des FOSA pour vérifier la disponibilité des produits et le mode de gestion de stocks des produits contraceptifs. Cette activité sera réalisée durant toute la période du Plan (2015 à 2020).

Au niveau CENAME vers les CAPR/FRPS

- Organisation de 2 visites de supervision par an au niveau des CAPR/FRPS de 2015 à 2020.

Au niveau des CAPR/FRPS vers les districts

- Organisation de 4 visites de supervision par année de 2015 à 2020 par district sanitaire offrant la PF soit 800 visites par an.

Au niveau des districts vers les FOSA offrant la PF

- Organisation de 4 visites de supervision par année de 2015 à 2020 par district sanitaire offrant la PF soit 800 visites par an
- Mise en place d'une flotte de téléphonie mobile pour centraliser les informations sur les niveaux des stocks de produits contraceptifs du niveau des points de prestation vers les districts, les régions et le niveau central de façon mensuelle.

Activité 05.3 : Formation des gérants des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en SIGL

Il s'agit d'assurer la formation des gestionnaires de dépôts des produits pharmaceutiques au niveau des districts sanitaires et des points de prestation en SIGL afin qu'ils puissent remplir pleinement leurs missions de contribution à la sécurisation des produits contraceptifs. Il s'agira de former les agents du niveau central et régional soit (30) gestionnaires des pharmacies. Au niveau des districts sanitaires, au moins une personne par district sera formée soit (200). A la fin du processus, les prestataires de PF seront également formés au niveau de leurs régions respectives.

En 2015

- Identification des agents à former dans les districts sanitaires, les régions et au niveau central
- Organisation d'un (1) atelier régional de 25 personnes par atelier pendant 5 jours pour la formation en SIGL
- Organisation du suivi de la qualité des formations en SIGL

De 2016- 2017

- Organisation des 10 sessions de formations par an de deux agents par point de prestation en SIGL
- Organisation du suivi des formations en SIGL

6.3- Stratégies et activités pour rendre l'environnement habilitant pour les services de PF

Stratégie E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents

Afin de remédier au faible engagement des décideurs influents, il s'avère nécessaire de poursuivre le plaidoyer envers les religieux, les chefs de village, les notables, les élus locaux, les décideurs administratifs des ministères et institutions de la République ainsi que les parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF.

Activité E1.1 : Elaboration des outils performants de plaidoyer (Engage, RAPID)

L'outil de ressources pour l'analyse de la population et son impact sur le développement (RAPID) est un model développé pour expliquer les relations entre l'augmentation de population et les secteurs de développement comme : l'éducation, la santé et l'économie etc. Il permet aussi de comparer les différents pays ayant un taux de prévalence contraceptive élevée et un indice synthétique de fécondité très faible au autre pays dont les taux sont élevés.

L'outil Engage est également un model cinématographique qui sert à monter un vidéo faisant la relation entre l'accroissement démesuré des populations et les différents secteurs de développement. La vidéo montre également les avantages de la maîtrise de la fécondité.

Les décideurs et leaders d'opinion influents n'ayant pas toujours des impressions et attitudes favorables à la promotion de la PF, il y a lieu d'élaborer des outils performants pour soutenir les efforts de plaidoyer en leur direction. Les outils RAPID vont être développés et disséminés à tous les niveaux. Il sera important de produire aussi l'outil "Engage" pour faire un plaidoyer au plus haut niveau de l'Etat.

En 2015

- Organisation d'un atelier de 10 jours regroupant 30 participants pour développer et valider les outils de plaidoyer RAPID en faveur de la PF avec les différentes cibles (5 jours pour l'outil standard et 5 autres jours pour l'adaptation au contexte religieux),
- Finalisation et reproduction du document de plaidoyer pour une large diffusion
- Organisation d'une journée de présentation du document aux autorités du Cameroun
- Dissémination des outils RAPID au niveau des régions et districts

En 2017

- Elaboration de l'outil «Engage»
- Organisation d'une journée nationale de présentation de l'outil aux décideurs politiques
- Dissémination de l'outil «Engage» au niveau des institutions de l'Etat.

Activité E1.2 : Utilisation des outils de plaidoyer (Engage, RAPID) pour améliorer la perception des différentes cibles en de PF

Les chefs de village, les notables, les leaders d'opinion et élus locaux sont des leaders influents capables d'appuyer les efforts de promotion de la PF. Il sera question de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF pour les mettre à contribution dans la mobilisation des ressources et des communautés. Elle sera réalisée entre 2015 et 2017.

En 2015

- Identification des OSC capables de conduire les activités de plaidoyer
- Organisation de 10 ateliers régionaux de formation de 220 formateurs (2 par district sanitaire, 2 par région et 15 au niveau central) pendant 3 jours avec pour objectif l'élaboration des plans d'action de plaidoyer dans les districts sanitaires
- Organisation de 200 sessions de plaidoyer d'une journée dans les districts sanitaires regroupant au moins 30 personnes, mise en œuvre du Plan d'action de plaidoyer
- Suivi de la mise en œuvre du plan d'action de plaidoyer des districts sanitaires.

En 2017

- Organisation de 200 sessions de plaidoyer d'une journée dans les districts sanitaires regroupant au moins 30 personnes, mise en œuvre du Plan opérationnel
- Suivi de la mise en œuvre du plan opérationnel des districts sanitaires.

Activité E1.3 : Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF

Les décideurs administratifs constituent parfois des obstacles à la mise en œuvre des programmes de PF d'où la nécessité de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF. Le plan se propose de cibler environ 150 décideurs administratifs de divers ministères et institutions de la République entre 2015 et 2016.

Entre 2015 et 2016

- Identification d'une OSC capable de conduire le plaidoyer en direction des décideurs administratifs des ministères clés et institutions de la République
- Contractualisation avec l'OSC identifiée
- Identification des décideurs administratifs des ministères clés et institutions de la République
- Organisation de trois (3) sessions de 50 participants pour présenter le document de plaidoyer aux décideurs
- Présentation d'une déclaration d'engagement
- Suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer.

Activité E1.4 : Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF

Les parlementaires constituent des décideurs influents capables, d'une part, de mener des sensibilisations dans leurs circonscriptions électorales et d'autre part, d'influencer les votes de budget à l'Assemblée Nationale et d'exercer un contrôle de l'action gouvernementale, d'où la nécessité de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF. Cette activité pourrait se faire entre 2015 et 2018.

En 2015

- Organisation d'une journée de concertation avec le réseau des parlementaires pour la santé de la femme et de l'enfant (REPAM), le réseau genre et le réseau des parlementaires sur les questions économiques
- Organisation d'un atelier d'une journée avec le réseau pour l'imprégnation et Implication dans les questions de SR/PF
- Organisation d'une session de plaidoyer au niveau de l'Assemblée Nationale, suivie de l'élaboration d'un plan opérationnel, mise en œuvre du Plan Opérationnel
- Organisation d'un dîner-débat avec les parlementaires
- Suivi de la mise en œuvre du plan opérationnel des parlementaires en faveur de la PF.

Entre 2016- 2018

- Organisation d'une session de plaidoyer à l'Assemblée nationale, suivie de l'élaboration d'un plan d'action de plaidoyer une fois par an
- Mise en œuvre du Plan d'action de plaidoyer
- Suivi de la mise en œuvre du plan d'action de plaidoyer.

Stratégie E2 : Renforcement des connaissances des différents acteurs sur les droits de la femme en SR/PF

Les prestataires de soins et les femmes seront éduqués sur leurs droits en santé de la reproduction le document de l'OMS sur les droits humains et la contraception.

Activité E2.1 : Dissémination du guide de l'OMS sur les droits humains et la contraception

Le guide de l'OMS sur les droits humains et la SR sera disséminé au niveau des femmes et des prestataires. Il sera nécessaire de choisir une OSC capable de mener des actions au niveau national.

Entre 2016-2017

- Sélection d'une OSC capable de contribuer à la dissémination du guide de l'OMS sur les droits humains et la contraception
- Organisation des réunions de dissémination du document dans les chefs-lieux de district
- Organisation des réunions de sensibilisation avec les groupes spécifiques de la population (groupements des femmes, organisations paysannes, organisations des jeunes) sur le guide de l'OMS
- Suivi de la mise en œuvre des activités.

Activité E2.2 : Développement des compétences des prestataires sur les droits de la femme en SR/PF

Les prestataires des services de SR/PF en général n'ont pas assez de notions sur les droits de la femme. Le constat est aussi critique chez les femmes. Il sera profitable de renforcer les capacités des prestataires sur les droits de la femme afin de les intégrer dans les causeries et le counseling dans le domaine de la SR/PF.

De 2016

- Elaboration d'un module de formation des prestataires sur les droits de la femme
- Organisation d'un atelier national de validation du module de formation
- Organisation d'un atelier national de formation des formateurs régionaux sur les droits de la femme
- Organisation des 10 ateliers régionaux de formation des prestataires des services de SR/PF sur les droits de la femme.
- Suivi de la mise en œuvre des formations des prestataires au niveau des régions
- Suivi post-formation des prestataires des régions.

Activité E2.3 : Renforcement de la sensibilisation sur les droits de la femme et la PF dans les centres d'alphabétisation et autres points de regroupement du Pays

Les populations en générale et surtout les femmes n'ont pas assez de notions sur leurs droits en matière de SR et de PF. Les femmes ne maîtrisent pas les avantages de la PF sur leur santé, épanouissement économique et social. Il est prévu dans ce plan, de mettre un accent sur ces questions à travers les centres ruraux d'alphabétisation. Une analyse de la situation actuelle de ces centres, sera nécessaire et faire ensuite un renforcement des capacités des éducateurs en alphabétisation puis assurer le suivi de l'enseignement dans ces centres.

En 2016

- Identification des points de regroupement des femmes
- Développement des supports d'alphabétisations sur les droits et avantages de la SR/PF
- Organisation d'une réunion de validation des supports d'alphabétisations
- Organisation de 10 ateliers régionaux de formation des éducateurs en alphabétisation sur les questions de droits en SR/PF
- Appui aux différents centres d'alphabétisation pour l'enseignement des droits et avantages de la SR/PF
- Organisation des suivis des activités dans les centres d'alphabétisation
- Suivi de la mise en œuvre des formations des prestataires au niveau des régions.

Stratégie E3 : Application de la nouvelle politique de tarification des produits contraceptifs

Les coûts des produits contraceptifs appliqués dans les FOSA sont élevés et constituent de ce fait un obstacle à l'accès aux services surtout pour les adolescentes et jeunes. Il sera nécessaire de trouver un canal pour que ces populations à faible revenu bénéficient de la politique du tiers payant.

Activité E3.1 : Plaidoyer auprès des décideurs influents pour l'institutionnalisation d'une politique de tiers payant dans l'offre des services PF aux adolescentes

Pour permettre aux adolescentes d'avoir accès aux services de PF de qualité, il est nécessaire de trouver un tiers payant. Pour ce faire un plaidoyer intensif sera fait en direction des responsables du MINEPAT, des PTF et autres acteurs clés pour identifier de potentielles contributions.

Entre 2015 et 2017

- Recrutement d'une OSC capable de mener le plaidoyer auprès des différents acteurs
- Développement d'un plan de plaidoyer
- Mise en œuvre du plan de plaidoyer
- Suivi des résultats du plan de plaidoyer
- Organisation d'une réunion de négociation entre le gouvernement et les PTF pour trouver l'organisation qui payera les coûts des produits
- Adoption d'un texte administratif instituant la politique de tiers payant en matière de PF destiné aux adolescentes et jeunes
- Suivi de la mise en œuvre de la décision.

Activité E3.2 : Harmonisation de la tarification des produits contraceptifs au niveau national conformément à la lettre circulaire de MINSANTE

Pour rendre les produits contraceptifs financièrement accessibles à toutes les cibles, le Gouvernement a adopté une nouvelle tarification en Août 2014. Pour ce faire, une dissémination de ce document sera faite à travers tout le pays.

En 2015

- Organisation d'une rencontre avec la CENAME pour discuter de la mise en application de la nouvelle tarification proposée par le MINSANTE
- Rencontre avec les CAPR/FRPS et les délégués régionaux pour discuter de la mise en place de la nouvelle tarification
- Disséminer la circulaire dans toutes les régions et districts
- Faire la communication autour de la nouvelle tarification à travers les médias
- Faire le suivi de l'application de la circulaire au cours des supervisions et rencontres des Sous-groupes SR/PF régionaux
- Analyse de l'application de la circulaire au cours des réunions du Sous-groupe SR/PF
- Adoption des stratégies nécessaires pour l'application effective de la circulaire.

Stratégie E4 : Mobilisation des ressources additionnelles pour le financement de l'achat des contraceptifs et autres activités du plan d'action

Il ressort du diagnostic de la situation de la PF que le financement de l'achat des contraceptifs est du ressort seulement des PTF. Afin d'y remédier, il est important de mobiliser des ressources additionnelles de l'Etat en organisant d'une part, une journée de plaidoyer pour la mobilisation de ressources et l'initiation d'un fonds national pour le financement de la santé de la mère et de l'enfant, et d'autre part de faire un plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires pour rendre effective une ligne budgétaire allouée à la PF.

Activité E4.1 : Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources

L'organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation de ressources devrait offrir l'occasion de faire contribuer toutes les parties prenantes au financement de plan d'action PF 2015-2020. Cette activité devrait se réaliser dès la fin du processus d'élaboration du plan.

En 2015

- Mise en place d'une équipe pour préparer la journée de mobilisation des ressources
- Organisation des réunions techniques de préparation du plaidoyer
- Animation de la journée de plaidoyer
- Suivi des engagements pris à la journée de plaidoyer.

Activité E4.2 : Plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires dans le but d'augmenter les fonds alloués à la ligne budgétaire pour l'approvisionnement en contraceptifs

Le financement de l'Etat alloué à la PF reste faible par rapport à d'autres pays. Il importe alors d'initier un plaidoyer en direction des membres du gouvernement (autres sections du MINSANTE, MINEPAT, MINFI, etc..) en vue de l'augmentation des fonds alloués à la ligne budgétaire consacrée à l'achat des produits PF. Ledit plaidoyer gagnerait à être fortement appuyé par les OSC. Cette activité pourrait se faire de façon continue de 2015 à 2020.

De 2015- 2020

- Organisation d'une réunion avec les OSC pour définir un plan de plaidoyer
- Constitution d'une équipe de personnes ressources capables de conduire le plaidoyer envers les membres du gouvernement,
- Organisation d'une session de plaidoyer à l'endroit des membres du gouvernement et institutions de la République soit 50 personnes suivie de déclarations d'engagements (MINEPAT, MINFI, MINESUP, MINESEC, MINEPROFF, MINEJEC, Haut Conseil des Collectivités, etc....)
- Suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer.

Activité E4.3 : Plaidoyer auprès des maires et collectivités décentralisées pour encourager la mobilisation des ressources locales en faveur de la PF

Les maires étant des gestionnaires des communes, un plaidoyer sera fait à leur niveau pour s'assurer qu'ils vont contribuer à la mobilisation des ressources locales pour le financement de la PF dans leur zone d'administration. Cette activité sera réalisée en partenariat avec l'association des maires du Cameroun durant toute la période de mise œuvre du plan opérationnel.

De 2015 à 2020

- Contractualisation de l'activité avec l'Association des Maires du Cameroun et au FEICOM
- Finalisation de l'outil de plaidoyer adapté aux maires et au FEICOM
- Développement des compétences des acteurs désignés
- Organisation d'une session de plaidoyer ciblant les 20 maires, les responsables locaux et au FEICOM par année
- Suivi des activités des maires sur le terrain.

6.4- Stratégies et activités en vue de l'amélioration du suivi et de la coordination des interventions en PF

Stratégie C1 : Suivi régulier et systématique des activités de PF

La PF est l'un des piliers pour la réduction de la mortalité maternelle. Pour cette raison, un «Plan Opérationnel de la PF 2015-2020» a été élaboré. Il offre une opportunité pour un meilleur suivi des différents objectifs de PF. Il sera nécessaire de constituer des Sous-groupes PF au niveau des régions et districts et assurer leur fonctionnement.

Activité C1.1 : Organisation de suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire

Pour atteindre les objectifs du présent plan opérationnel de PF, le suivi sera un élément important à tous les niveaux. Les Sous-groupes PF seront mis en place dans les régions et districts. Ces Sous-groupes assureront le suivi tant au niveau intermédiaire que périphérique. Le respect des périodicités des réunions sera crucial afin d'apprécier les progrès et envisager des stratégies capables d'améliorer ou de renforcer les acquis.

En 2015 : Phase préparatoire

- Elaboration des textes pour mettre en place Sous-groupe PF au niveau des régions et districts
- Mise en place des Sous-groupes SR/PF au niveau des régions et districts
- Renforcement des capacités des membres du Sous-groupe SR/PF des régions.

De 2015 à 2020

- Organisation des réunions trimestrielles de suivi des interventions au niveau de chaque région avec en moyenne 25 participants par région sous la responsabilité du Sous-groupe SR/PF (différents ministères, les représentants des OSC clés en PF et les représentants des PTF dans la région).
- Organisation des réunions mensuelles sur la PF couplées aux réunions de l'équipe du district sanitaire pour le suivi des interventions en santé au niveau de chaque district sanitaire (Chef des Services de Santé du District(CSSD), Représentant de CDC, Chargé de santé des conseils communaux, membres de l'équipe cadre du district sanitaire, OSC).
- Organisation des réunions mensuelles dans les FOSA entre les équipes des FOSA, les ASC, les présidents des comités de gestion, les représentants des OSC.

Activité C1.2 : Organisation de supervisions formatives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Des supervisions au niveau des points de prestation permettront d'assurer une nette amélioration de la qualité des services PF. Cette activité sera menée de façon continue de 2015 à 2020.

De 2015 à 2020

- Organisation de sorties semestrielles de suivi/supervision de 3 jours du niveau central vers le niveau régional par 2 agents du service de santé maternelle.
- Organisation de sorties trimestrielles de suivi/supervision de 2 jours par le niveau régional vers les districts sanitaires par une équipe de 2 personnes de la région.
- Organisation de sorties trimestrielles de supervision d'un (1) jour par 2 personnes de l'équipe du district sanitaire vers les FOSA (publiques, privées, associatives).
- Organisation de sorties mensuelles de supervision d'un jour des agents des FOSA vers les ASC.
- Organisation de supervisions formatives internes dans chaque FOSA une fois par mois.

Activité C1.3 : Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus

Le plan opérationnel de la planification familiale a prévu des indicateurs de suivi. Il faudra que ces indicateurs soient renseignés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette activité se déroulera de 2015-2020.

De 2015 à 2020

- Renseignement des indicateurs au niveau des FOSA et des districts sanitaires tous les mois
- Renseignement des indicateurs au niveau des régions une fois tous les mois
- Renseignement des indicateurs du plan opérationnel de la PF tous les mois.

Activité C1.4 : Evaluation du Plan opérationnel PF 2015-2020 à mi-parcours et à la fin

Tout en tenant compte du Plan de Suivi et évaluation du PNDS, le plan opérationnel de la PF 2015-2020 doit être évalué à mi-parcours (2017) et à la fin (2020) par le MINSANTE. Des ajustements pourraient ainsi être apportés au plan opérationnel PF lors de son évaluation à mi-parcours (activités jugées inefficaces, nouvelles opportunités, etc.).

Entre 2017 et 2020

- Evaluation du Plan Opérationnel PF 2015-2020 à mi-parcours (2017) en 20 jours
- Evaluation du Plan Opérationnel PF 2015-2020 à la fin (2020) en 20 jours
- Organisation de 2 ateliers d'un jour pour discuter des résultats de l'évaluation à mi-parcours et finale à savoir un atelier en 2017 et un autre en 2020,
- Révision du Plan opérationnel de la PF 2015-2020 en 2017
- Mobilisation des ressources pour l'élaboration d'un nouveau opérationnel de PF 2021-2025.

Activité C1.5 : Documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base annuelle

La mise en œuvre du plan opérationnel de la PF 2015-2020 connaîtra des succès éclatants et des meilleures pratiques seront enregistrées dans certains districts sanitaires. Il importera de les documenter et de les disséminer partout dans le pays et appuyer leur répliation dans d'autres districts sanitaires. Aussi, d'autres meilleures pratiques des pays voisins pourraient également être répliquées au Cameroun et des voyages d'échanges d'expériences devraient être organisés dans ces pays. Le Cameroun devrait également partager ses expériences au cours des conférences internationales.

De 2015 à 2020

- Collecte des données pour renseigner les meilleurs pratiques
- Dissémination des meilleures pratiques y compris dans les écoles de formation de base en santé
- Appui à la répliation des meilleures pratiques
- Organisation d'un voyage d'échanges d'expériences dans des pays de la Sous-région.
- Participation aux conférences internationales pour partager les expériences du Cameroun en PF.

Activité C1.6 : Revue des activités de PF au niveau des districts et des régions

Afin d'assurer un suivi régulier du plan d'action, des revues seront organisées une fois par semestre au niveau des districts et une fois par an au niveau des régions. Ces réunions de revue seront organisées par les Sous-groupes SR/PF aux niveaux district et régional. Cette activité est à réaliser chaque année de 2015 à 2020.

De 2015 à 2020

Au niveau district

- Elaboration d'un canevas de présentation des résultats semestriels pour les FOSA
- Organisation d'une revue semestrielle des interventions en PF en présence des délégués régionaux du MINSANTE regroupant 50 personnes
- Suivi des décisions de la revue par le sous-groupe SR/PF du district.

Au niveau régional

- Elaboration d'un canevas de présentation des résultats annuels pour les districts
- Organisation d'une revue annuelle des interventions en PF en présence des sous-groupes du niveau central regroupant 50 personnes
- Suivi des décisions de la revue par le Sous-groupe SR/PF de la région.

Activité C1.7 : Revue des activités de PF, sous le haut patronage du Ministre de la Santé Publique

Il s'agit ici, à la fin de chaque campagne PF dans le pays de saisir l'occasion pour faire le point sur les activités de PF, sous le haut patronage du Ministre de la Santé Publique. Cette activité peut être utilisée pour souligner l'importance de la PF dans la mise en œuvre du PNDS. Cette activité est à réaliser chaque année entre 2015 à 2020.

De 2015 à 2020

- Elaboration d'un canevas de présentation des résultats annuels de mise en œuvre du plan opérationnel de la PF 2015-2020
- Organisation d'une revue nationale annuelle des interventions en PF présidée par le Ministre de la Santé Publique et regroupant 100 personnes dont la moitié venant de l'intérieur
- Suivi des décisions de la revue par le Sous-groupe PF.

Stratégie C2 : Renforcement du mécanisme de collecte d'informations sur la PF de tous les secteurs

La coordination, la gestion et le suivi sur la base d'un mécanisme unique de collecte des données est nécessaire pour s'assurer que la mise en œuvre du plan permet d'évoluer vers les objectifs. Le Plan opérationnel de la PF 2015-2020 fournit une excellente occasion d'arriver à un accord entre toutes les parties prenantes au sujet d'un mécanisme unique de collecte d'information au niveau national et régional.

Activité C2.1 : Mise en place d'un plan de suivi-évaluation du plan national de PF

Afin d'assurer une documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus, il sera élaboré un plan de suivi évaluation dont le suivi sera assuré par le service de suivi-évaluation du service de la santé maternelle.

En 2015

- Elaboration d'un plan de suivi-évaluation pour la PF
- Organisation d'un atelier de 2 jours avec 50 personnes pour la validation du plan de suivi- évaluation pour la PF
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de suivi-évaluation de la PF.

Activité C2.2 : Mise à jour et multiplication des supports de collecte de données pour toutes les FOSA

Le projet PASAR a élaboré des outils de collecte des données dans certains districts pour ses activités de PF. Ces outils prennent en compte la majorité des indicateurs de PF. Ces outils seront adaptés, disséminés et utilisés pour la collecte des données dans le cadre de la mise en œuvre de ce Plan.

En 2015

- Révision des outils de collecte des données sur la base de celui du projet PASAR.
- Reproduction des outils harmonisés de collecte des données avec l'appui du Service national des statistiques sanitaires.
- Organisation d'un atelier de trois (3) jours pour former les formateurs des régions sur l'utilisation des supports harmonisés à raison de 2 représentants par région et 5 représentants du niveau central.
- Organisation d'un atelier de trois (3) jours par district sanitaire (200 ateliers) pour former les agents sur l'utilisation des supports harmonisés.
- Organisation des missions semestrielles pour valider (audit des données) au niveau des districts sanitaires (1 cadre du niveau central et 1 cadre du district sanitaire).
- Mise en place d'un outil informatisé permettant une collecte des données de PF en réseau.

Stratégie C3 : Renforcement des moyens nécessaires pour la coordination, le suivi et la supervision

Afin d'assurer un suivi approprié des activités programmées dans le plan opérationnel de PF 2015-2020, des moyens logistiques et l'appui technique nécessaires seront mis à la disposition des équipes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Activité C3.1 : Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi

Cette activité consiste à mettre des équipements nécessaires pour le suivi pendant la durée du plan y compris l'équipement informatique, roulants et les coûts annuels d'entretien à la disposition du MINSANTE et ses partenaires.

▪ Équipement informatique

- 15 Ordinateurs de bureau (dont 3 pour l'unité de gestion, 10 pour les DRSP et 2 pour le SSM)
- 3 Ordinateurs portables pour l'unité de gestion du POPF du service de santé maternelle
- 15 Imprimantes multifonctions (dont 3 pour l'unité de gestion, 10 pour les DRSP et 2 pour le SSM)
- 2 imprimantes portables pour le service de santé maternelle
- 11 photocopieuses (SSM et 10 régions)
- 11 projecteurs (1 pour le SSM et 1 pour chaque région)

▪ Equipement en matériel roulant

- 12 véhicules dont 1 pour l'unité de gestion du Plan opérationnel et 1 pour le SSM.
- 182 motos pour les régions

▪ Coûts annuels d'entretien

- Entretien des véhicules et équipement informatique ;
- Carburant ;
- Cartouches d'encre pour les imprimantes ;
- Fournitures de bureau ;
- Matériel d'entretien.

Activité C3.2 : Appui technique à la mise en œuvre du Plan Opérationnel PF du Cameroun 2015-2020

Afin de s'assurer de la mise en œuvre effective du Plan Opérationnel de la PF, le SSM aura besoin d'être appuyé par un gestionnaire financier et une assistance technique internationale périodique.

EN 2015

- Elaboration des différents termes de référence d'un gestionnaire financier, d'un assistant technique et d'un expert international en appui périodique,
- Recrutement du gestionnaire financier
- Recrutement d'un assistant technique pour la mise en œuvre du plan (chargé de programme)
- Prise en charge de la motivation des points focaux SR/PF des régions.

7- MÉCANISMES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PLAN OPÉRATIONNEL PF

Les mécanismes de suivi et de coordination du Plan Opérationnel PF s'appuieront sur l'existant, notamment les réunions de coordination des activités du secteur de la santé, les supervisions formatives et les réunions de coordination des activités spécifiques de santé de la reproduction et de planification familiale. La liste des indicateurs en SR/PF disponible au niveau du système d'information sanitaire sera également exploitée.

Pour la réussite du présent Plan Opérationnel de la PF, d'autres stratégies de suivi et de coordination seront mises en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira :

- de la supervision formative ;
- du renforcement des organes de suivi et de coordination aux niveaux central, régional et district sanitaire ;
- de la déclaration mensuelle du niveau des stocks des produits PF sur la base de 3 indicateurs au niveau district, région et central.

7.1- Réunions de coordination en santé

Le rôle des réunions de coordination en santé est d'assurer la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) couvrant tous les programmes de santé y compris celui de la SR/PF. Il y a au niveau central un Comité de Pilotage de la SSS qui a des répondants au niveau régional. Les réunions de ces comités ont pour rôle de valider et d'approuver les orientations proposées globalement pour le secteur de la santé ainsi que les résultats des interventions des différents programmes. Dans la situation actuelle, il existe des groupes techniques thématiques au sein du comité de pilotage de la SSS et le Groupe Technique Thématique Mère-Enfant (GTTME) est responsable des questions de PF. Au niveau régional les répondants du GTTME se réunissent mais il n'est pas évident que l'attention particulière requise soit accordée à la PF face à la grande multitude des sujets abordés dans les autres domaines (VIH/Sida, Tuberculose, Nutrition, Vaccination, etc....).

La supervision des programmes au niveau régional est à ce jour une supervision intégrée qui prend en compte tous les programmes au cours d'une même sortie. Les points focaux SR ont reconnu qu'une attention particulière n'est pas accordée aux activités de PF au cours de ces supervisions intégrées.

7.2- Supervisions Intégrées

Au niveau central, les équipes techniques multidisciplinaires se rendront dans une région donnée pour y rencontrer le Délégué Régional de la Santé Publique (DRSP) ainsi que son équipe. Elle évaluera la performance de la région par rapport aux différents programmes de santé sous les aspects tant techniques que managériaux, tels que :

- la disponibilité des produits ;
- la capacité des prestataires et besoins de formation ;
- la qualité du service offert, matériel et équipement ;
- la conformité des dépenses par rapport aux budgets financiers ;
- Etc.

Il est très difficile dans ces conditions de réussir à bien explorer les différents programmes et faire des feedbacks constructifs bien appropriés. La PF étant un service intégré, la supervision reste superficielle par rapport aux autres interventions curatives.

7.3- Réunions de coordination en planification familiale

Ces réunions sont déjà organisées au niveau central à travers le Sous-groupe PF. Elles ont permis de relever un certain nombre de défis à savoir l'approvisionnement et la distribution des produits contraceptifs, la tarification des produits à tous les niveaux. Mais ses réunions n'existent pas encore au niveau régional. A tous les niveaux les réunions de coordination en PF auront comme objectif supplémentaire de s'assurer de la mise en œuvre du Plan Opérationnel PF et de résoudre les problèmes en vue d'atteindre les objectifs fixés. Au niveau central le Sous-groupe PF et l'équipe d'exécution du programme PF en feront une priorité.

7.4- Supervision formative

La supervision formative consistera à constituer une équipe technique pour observer les prestations en PF. Cette équipe technique en PF peu être dans une équipe pluridisciplinaire ou être seule. L'important sera de consacrer un temps suffisant permettant de bien analyser les prestations de services en PF. Elle sera réalisée selon les niveaux de la pyramide sanitaire comme suit :

- Deux fois par an le niveau national ira superviser le niveau régional,
- Deux fois par an également le niveau régional supervisera le niveau district,
- Quatre fois par an le niveau districts sanitaires passera superviser les FOSA,
- Quatre fois par an, les responsables des FOSA superviseront les agents de santé communautaire.

Les responsabilités seront les suivantes :

- Le niveau central fait la supervision formative au niveau des régions ;
- Le niveau régional fait la supervision formative au niveau des districts ;
- Le niveau district fait la supervision formative des points de prestation ; (hôpitaux généraux, centres de santé) ;
- Les prestataires de PF des points de prestation sont responsables de la supervision formative des agents de santé communautaire.

Par exemple la supervision du niveau régional consistera à ce que le délégué régional de la santé et le point focal SR de la région se dirigent dans un district sanitaire. Ils y rencontrent le médecin responsable du district et son équipe. Ils évaluent la performance du district sanitaire par rapport à la PF sous plusieurs aspects techniques et managériaux, tels que :

- la disponibilité des produits ;
- la capacité des prestataires et besoins de formation ;
- la qualité du service offert, matériel et équipement ;
- la conformité des dépenses par rapport aux budgets financiers ;
- les supervisions effectuées par le district,
- la performance vis-à-vis de l'objectif.

Cette supervision formative doit se faire dans le cadre des supervisions intégrées des régions ou district mais avec une journée spécialement consacrée à la supervision des agents dans le domaine de la SR/PF. Dans un cadre de repositionnement, elle peut se faire pour la PF seulement.

7.5- Revue de programme

Elle consiste à faire une présentation des résultats et difficultés puis une formulation des recommandations pour améliorer les opérations et assurer l'atteinte des objectifs. Elle se fait au niveau national (1 fois par an), au niveau régional (1 fois par an), au niveau des districts sanitaires (2 fois par an). Elle regroupera au niveau central : Différents Ministres, DSF, DRSP, CAPR, Points Focaux PF, Représentant des PTF, Représentant des OSC.

Dans les régions, la revue regroupera : DRSP et autres Délégués Régionaux (DR) des autres Ministères impliqués, Responsable CAPR/FRPS, CSSD, Chargé de SR/PF de la région, Chef SSM, Point focal National PF, Société civile, PTF de la région.

Au niveau des districts, les revues regrouperont : le CSSD, Chargé PF du district, Responsable SR de HD, les responsables des FOSA, Chargé SR/PF de la région Société civile, PTF du district sanitaire.

7.6- Indicateurs de suivi du programme

Le Cameroun utilise déjà une liste compréhensive d'indicateurs pour mesurer les progrès dans les divers aspects de son système de santé. Il s'agit du rapport entre le nombre de femmes sous contraception moderne divisé par le nombre de femmes en âges de procréer (**prévalence contraceptive**) qui est calculé par l'EDSC ou par le MICS de façon périodique.

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent Plan Opérationnel, la Direction de la Santé Maternelle et la Cellule d'Information Sanitaire (CIS) prendront en compte les indicateurs de l'initiative Planification Familiale 2020 (PF 2020) qui sont :

- Couple - Années - Protection (CAP) ;
- Taux de prévalence de contraceptive moderne (toutes les femmes) ;
- Nombre total d'utilisatrices de la contraception moderne ;
- Nombre d'utilisatrices additionnelles ;
- Pourcentage de femmes avec un besoin de contraception satisfaite (besoin satisfait) ;
- Pourcentage de femmes avec un besoin de contraception non-satisfait (besoin non satisfait) ;
- Dépenses annuelles sur la planification familiale à partir du budget national du gouvernement ;
- Nombre de grossesses non désirées ;
- Nombre de grossesses non désirées évités grâce à l'utilisation de contraceptifs ;
- Nombre des avortements non médicalisés évités grâce à l'utilisation de contraceptifs ;
- Nombre de décès maternels évités grâce à la contraception ;
- Pourcentage des femmes qui ont reçu des informations sur la planification familiale au cours de leur dernière visite avec un prestataire de santé ;
- Résultat moyen sur l'indice Informations sur la méthode ;
- Pourcentage de femmes qui prennent des décisions de planification familiale, seul ou conjointement avec leurs maris/partenaires ou conjointement avec le prestataire ;
- Taux de fécondité des adolescentes.
- Pourcentage de personnes informées de la permanence de stérilisation.

L'outil de collecte d'information sur la santé de la mère et de l'enfant par le Cellule d'Information Sanitaire (CIS) sera alors révisé pour prendre en compte ces différents indicateurs. Le nouvel outil permettra de vérifier si l'augmentation du nombre de femmes sous méthodes contraceptives modernes évolue vers les cibles prévues dans ce plan pour chaque région.

7.7- Renforcement des organes de suivi et de coordination

Les organes de suivi et de coordination des interventions en SR/PF de tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Central, régional, district) présentent des insuffisances d'où la nécessité de les renforcer afin d'assurer leur bon fonctionnement dans le cadre du Plan Opérationnel PF 2015-2020 en particulier et de la SR en général. Il existera un Sous-groupe PF et une équipe de gestion opérationnelle à l'instar des structures qui ont appuyé le processus d'élaboration du Plan Opérationnel.

Le sous-groupe PF doit être multisectoriel et sera le même qui a suivi et validé les différents produits de l'élaboration du plan. Il comprendra essentiellement:

- Les représentants du ministère de la santé publique : Secrétaire General de la Santé, Directeur de la DSF, Responsable CENAME, Responsable de DPML ;
- Directeurs et représentants des autres ministères (dont Minas, Minfi, Minepat, Minproff, MinJec, Mincom, Minedub, Minsec, Minsup, etc.)
- Les partenaires techniques et financiers ;
- Les représentants des OSC nationales et internationales dans le domaine de la PF.

L'Equipe opérationnelle sera responsable de la planification du travail de terrain et de la résolution des problèmes au quotidien. Cette équipe se réunira mensuellement sous la coordination du chef de service de santé de la mère et en collaboration avec le point focal PF 2020 du MINSANTE s'il s'agit d'une personne différente. Elle comptera 5 membres :

- 1 coordinateur de la mise en œuvre du Plan Opérationnel de la PF ;
- 2 représentants du MINSANTE (DSF) ;
- 1 représentant des PTF ;
- 1 représentant des OSC actives en PF.

Au niveau régional l'équipe de coordination le sous groupe SR/PF. Il se réunira ne fois par trimestre et sera composée par exemple de :

- Gouverneur ;
- Délégué Régional de la Santé ;
- Directeur des HR ;
- Responsable CAPR ;
- Responsable régional de SR/PF ;
- Délégués des autres ministères ayant des interventions pouvant entraîner des impacts sur le secteur santé à savoir le Minfi, Minepat , Minproff, MinJec, Mincom, Minedub, Minsec, Minsup, Mincult, etc. ;
- Représentants des PTF au niveau régional ;
- Représentant des OSC au niveau régional ayant des interventions en PF ;
- Représentant des ordres professionnels de la santé ou association des professionnels de santé ;
- Représentant de l'association des médecins ou des cliniques du secteur privé ;
- Structures confessionnelles.

Au niveau district, le sous groupe se réunira également une fois par trimestre. Il sera composé de :

- Sous préfet ;
- Maire d'arrondissement ;
- Médecin chef de district ;

- Directeur de l'hôpital de district ;
- Responsables des FOSA ;
- Responsable SR/PF du district ;
- Représentant de l'association des médecins ou cliniques du secteur privé ;
- Représentants des autres ministères dans le district (Minas Minfi, Minepat, Minproff, MinJec, Mincom, Minedub, Minesec, Minsup, Mincult, etc.)
- Représentant des PTF et OSC au niveau du District Sanitaire.

L'équipe de suivi de la mise en œuvre au niveau district se réunira une fois par mois sous la responsabilité du médecin chef de district. Elle sera composée de :

- Médecin chef de district ;
- Directeur de l'hôpital de district ;
- Responsables des FOSA ;
- Responsable SR/PF du district ;
- Représentant des PTF et OSC ayant des interventions en PF au niveau du District Sanitaire.

7.8- Rapport d'inventaire mensuel de données clés par SMS

A travers le système de « **SMS for life** » déjà en cours, avec l'appui de l'UNFPA, les responsables des services PF des FOSA informeront régulièrement (de façon mensuelle) les points focaux des régions de la situation des produits contraceptifs en utilisant les trois indicateurs suivants :

- Quantité disponible ;
- Quantité distribuée ;
- Pertes/Ajustements.

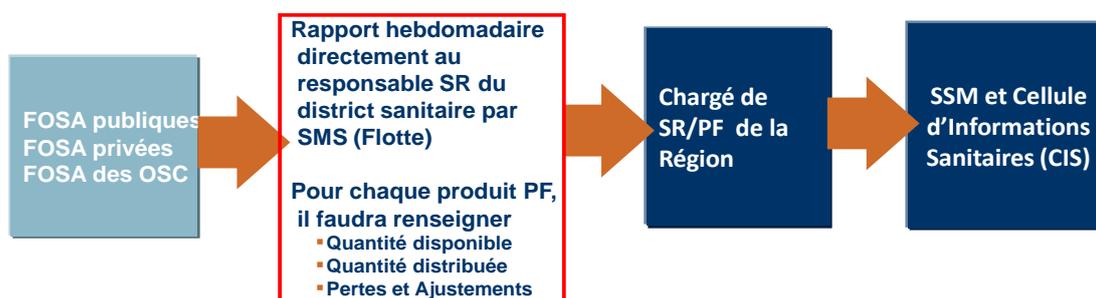
Ces informations seront partagées à travers des SMS. Les points focaux SR/PF donneront des instructions pour l'approvisionnement ou la redistribution des produits entre les FOSA ou bien entre les FOSA et les dépôts.

A partir des régions, les informations seront partagées avec les responsables de la gestion des produits contraceptifs de la CENAME et la DSF.

Le processus d'information hebdomadaire sur les produits contraceptifs est schématisé selon le graphique ci-dessous.

7 Rapport d'inventaire hebdomadaire de données clés sur la gestion des stocks par SMS

- Les formations sanitaires (publiques et privées) doivent obligatoirement rapporter au district des informations clés sur la gestion des stocks de façon hebdomadaire, via la personne responsable des questions PF dans l'équipe du district,
- Le chargé SR/PF du district envoie les données au gestionnaire des produits contraceptifs de la région.
- Le gestionnaire des produits contraceptifs au niveau de la région envoie les données au responsable des produits contraceptifs du SSM et de la CIS.

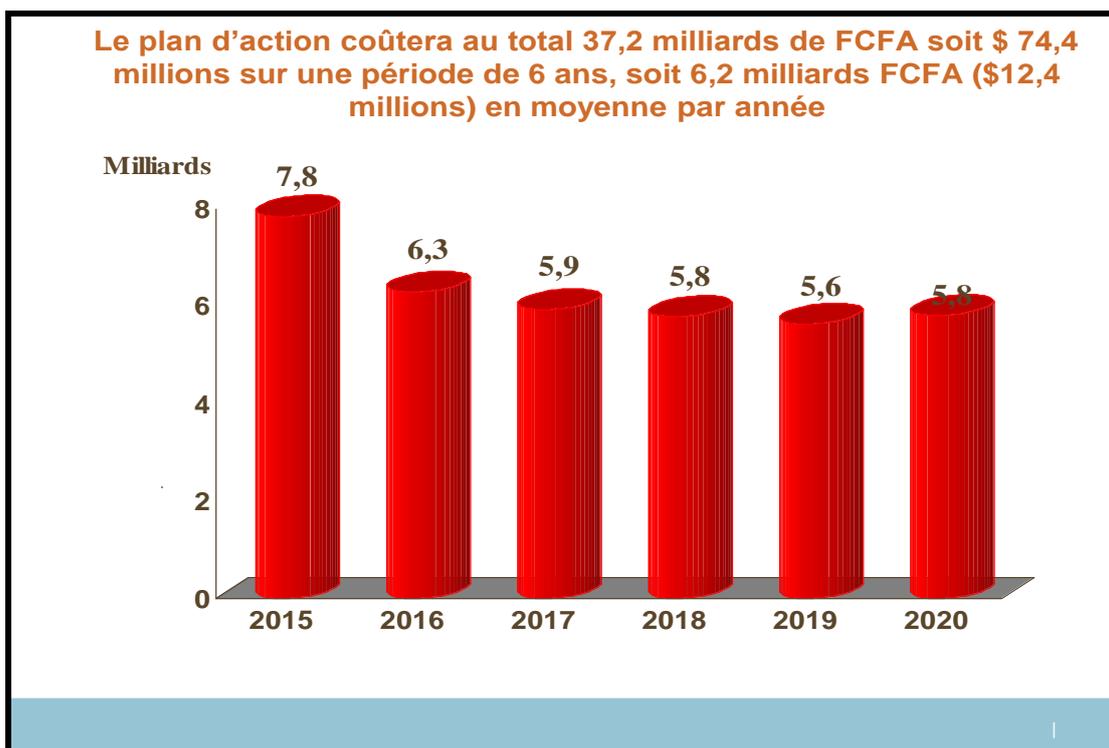


8- BUDGET DU PLAN D'ACTION

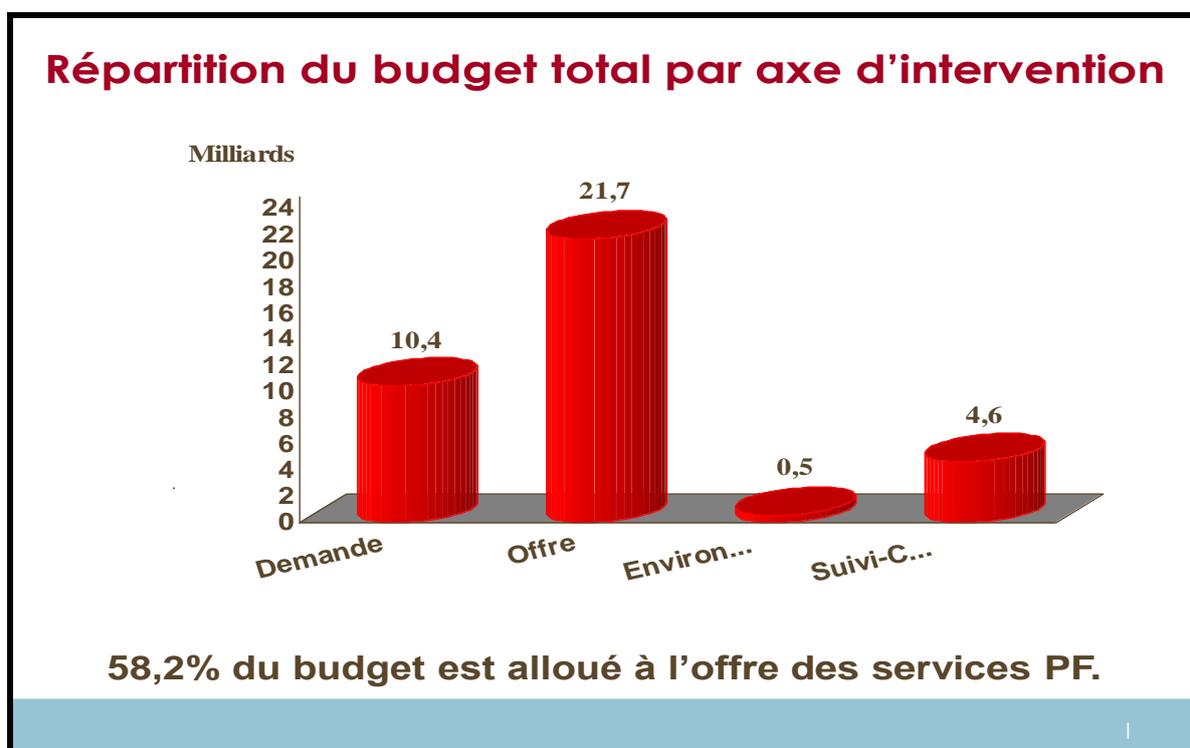
8.1- Synthèse des coûts

Pour la période 2015-2020, le coût global du Plan Opérationnel de la PF au Cameroun est estimé à 37,2 milliards de FCFA soit \$ 74,5 millions¹⁵ sur une période de 6 ans, soit 6,2 milliards FCFA (\$12,4 millions) en moyenne par année. La répartition du budget par année montre que la première année (2015) utilisera 7,8 milliards de FCFA (graphique 4). Il ressort aussi du graphique 5 que la plus grande partie de ce budget revient aux activités programmées dans l'axe offre des services de PF, avec 21,7 milliards FCFA, soit 58,2% du budget total. Le budget alloué aux activités prévues pour susciter la demande devrait coûter 10,4 milliards FCFA, soit 27,9% du montant total. Ensuite, vient le secteur de suivi et coordination avec 4,6 milliards FCFA, soit 12,6% du total. Il est prévu 544 millions de FCFA, soit 1,5% pour mener les activités pouvant contribuer à rendre l'environnement plus favorable aux activités de PF.

¹⁵ \$1=500 FCFA



Graphique 4 : Répartition du budget par année du POPF 2015-2020



Graphique 5 : Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2015-2020

8.2- Résumé du budget par stratégie

Les coûts en fonction des différentes stratégies prévues dans le plan sont illustrés dans les différents tableaux ci-dessous :

Tableau 14 : Coûts par stratégie de l'axe demande

Stratégies liées à la demande	Coût (FCFA)
D1 : Campagne d'informations et de sensibilisation sur la PF auprès de la population générale et des femmes en milieu urbain et périurbain en particulier	2 075 030 900
D2 : Renforcement de l'implication des hommes comme partenaires dans la promotion de la SR en général et en particulier de la PF	702 849 728
D3 : Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et jeunes scolarisés et non scolarisés	7 626 377 900
Total	10 404 258 528

Tableau 15 : Coûts par stratégie de l'axe offre

Stratégies liées à l'offre	Coût (FCFA)
O1 : Extension de l'offre des services intégrés de PF à travers le pays	5 592 145 800
O2 : Renforcement du plateau technique des FOSA afin d'améliorer la qualité des prestations de PF (formation et équipement)	2 568 865 000
O3 : Renforcement des services PF destinés aux adolescent(e)s et jeunes	502 300 000
O4 : Renforcement de l'offre des services par le secteur privé	55 080 000
O5 : Sécurisation des produits contraceptifs	12 964 043 300
Total	21 682 434 100

Tableau 16 : Coûts par stratégie de l'axe environnement habilitant

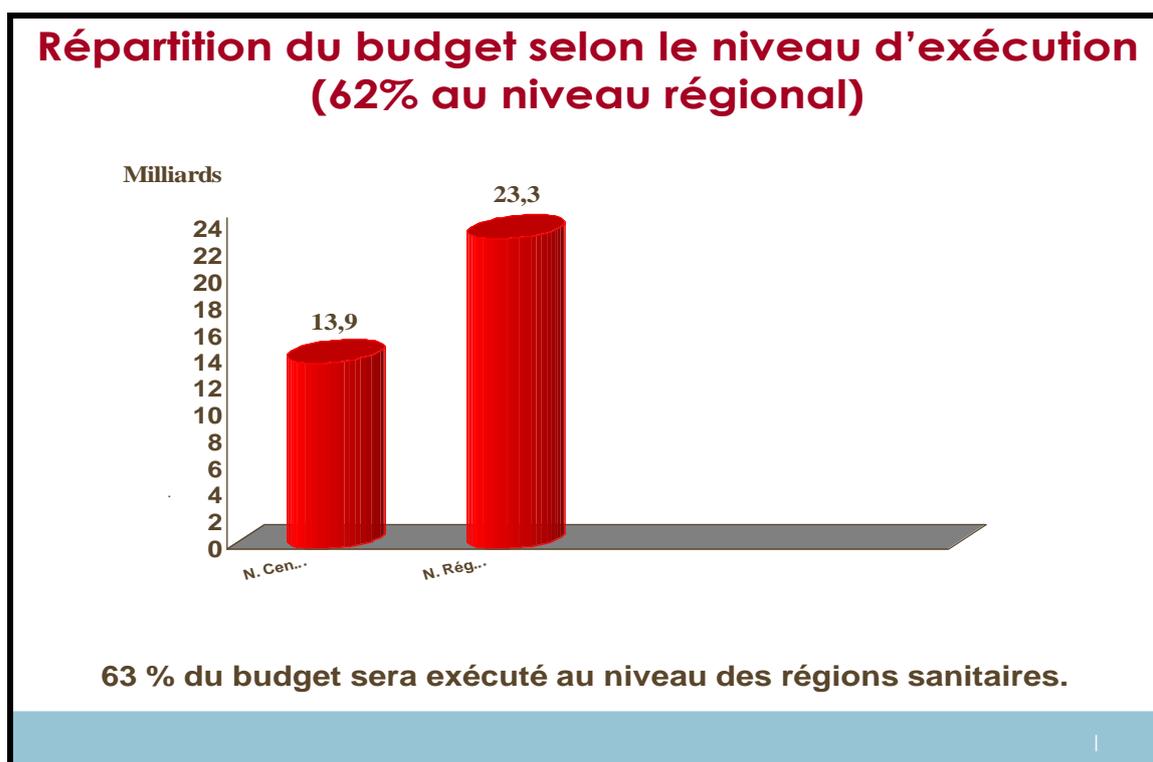
Stratégies liées à l'environnement habilitant	Coût (FCFA)
E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents	166 841 050
E2 : Renforcement des connaissances des différents acteurs sur les droits de la femme en SR/PF	361 512 500
E3 : Adoption d'une nouvelle politique de tarification des produits contraceptifs	3 000 000
E4 : Mobilisation des ressources additionnelles pour le financement de l'achat des contraceptifs et autres activités du plan d'action	13 127 000
Total	544 480 550

Tableau 17 : Coûts par stratégie de l'axe suivi et coordination

Stratégies de coordination des interventions	Coût (FCFA)
C1 : Suivi régulier et systématique des activités de PF	2 011 158 700
C2 : Renforcement du mécanisme de collecte d'informations sur la PF de tous les secteurs	1 237 258 750
C3 : Renforcement des moyens nécessaires pour la coordination, le suivi et la supervision	1 380 039 190
Total	4 628 456 640

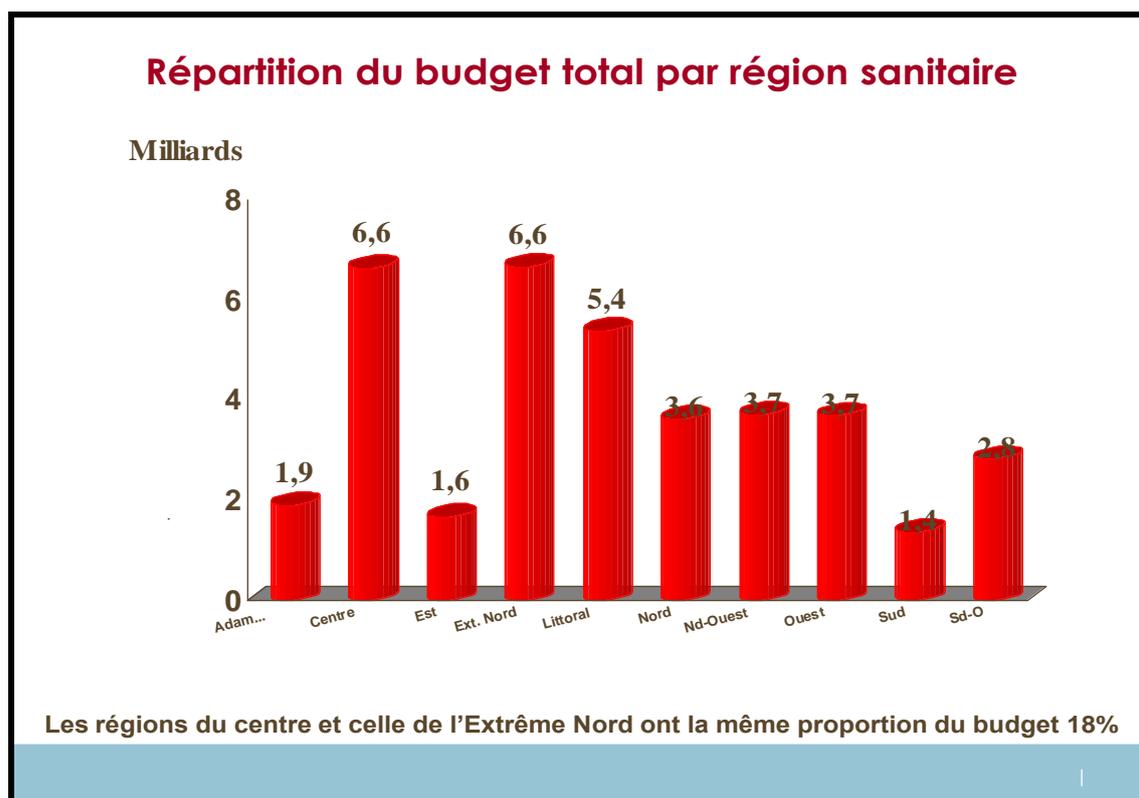
8.3- Budget par région

La répartition du budget total par région (voir graphique 6) montre que l'essentiel du financement consacré à la mise en œuvre des activités sera exécuté au niveau régional avec 23,3 milliards FCFA, soit 62%, contre seulement 13,9 milliards au niveau central.



Graphique 6 : Répartition du Budget selon le niveau d'exécution

La répartition par région sanitaire montre que deux régions (Centre et Extrême Nord) bénéficieront d'une grande partie du budget en fonction des résultats attendus dans les deux régions en termes d'utilisatrices additionnelles à recruter. Ainsi chacune des deux régions aura 6,5 milliards de F CFA soit 18%. La région du sud aura le budget le plus faible (4% soit 1,4 milliards de F CFA).



Graphique 7 : Répartition du Budget par région

8.4- Analyse du plan de financement

8.4.1- Sources potentielles de financement du POPF

La répartition du budget global du POPF par activité prioritaire est résumée dans le tableau 18 ci-dessous. En fonction de l'analyse des documents et des résultats des entretiens avec les principaux acteurs, Le tableau 18 illustre aussi quelques sources potentielles de financement de certaines activités. La majorité des activités portant sur l'offre des services de PF auraient déjà des financements durant la période du plan.

Tableau 18 : Budget par activité et sources potentielles de financement

Récapitulatif du budget des actions à haut impact			
	Activités	Montan total pour la réalisation	PTF disposant déjà des financements
Demande	D1.1 Collaboration avec les leaders communautaires (leaders religieux et traditionnels) dans la sensibilisation sur la PF	482 590 200	
	D1.2 Contractualisation avec les médias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF	1 183 052 700	
	D1.3 Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes en collaboration avec le MINAS, MINPROFF	409 388 000	
	Total D1	2 075 030 900	
	D2.1 Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF)	404 079 228	UNFPA
	D2.2 Intégration des activités de PF dans les programmes des groupements agricoles (Cameroon Development Cooperation, etc.)	298 770 500	
	Total D2	702 849 728	
	D3.1 Utilisation des TIC pour sensibiliser les adolescents et jeunes	389 184 150	
	D3.2 Intensification de l'enseignement de la SSR en milieu scolaire en synergie avec le ministère en charge de l'Education (MINSEC, MINSUP, MINSOP)	1 920 964 750	
	D3.3 Sensibilisation des adolescents et jeunes par l'intermédiaire des pairs éducateurs	4 936 102 500	IPPF/CAMNAFAW
	D3.4 Sensibilisation des jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR à travers les associations des tantines, culturelles et sportives en synergie avec le MINJEC	380 126 500	
	Total D3	7 626 377 900	
	TOTAL DEMANDE	10 404 258 528	
	Offre	O1.1 Intégration de l'offre des méthodes de longue durée d'action dans 100% des FOSA offrant seulement les méthodes de courte durée d'action	377 000 000
O1.2 Intégration des services de PF dans les camps des réfugiés		706 200 000	
O1.3 Intégration des activités de PF dans le paquet d'activité des ASC des autres programmes en cours d'exécution en leur permettant d'offrir les méthodes contraceptives (les pilules, injectables)		755 105 800	UNFPA, KFW/GIZ
O1.4 Mise en place des stratégies mobiles à travers toutes les régions		1 134 000 000	KFW/ACMS
O1.5 Renforcement des activités de PF dans les interventions en stratégies avancées à travers tous les districts sanitaires		1 686 240 000	KFW/GIZ, UNFPA
O1.6 Organisation de journées J spéciales PF une fois par an		933 600 000	
Total O1		5 592 145 800	

Offre	O2.1 Formation des prestataires en technologie contraceptive pour les nouveaux sites dans le secteur public et privé	647 925 000	UNFPA, KFW/GIZ, KFW/ACMS
	O2.2 Formation des nouveaux prestataires en communication interpersonnelle et counseling (CIP/C) dans le secteur public et privé	598 660 000	
	O2.3 Formation des prestataires des FOSA ayant plus de 30 accouchements par mois en insertion du DIU dans le Post Partum	381 970 000	USAID / MSH
	O2.4 Dissémination des documents de Politiques, Normes et Procédures (PNP) en PF	207 670 000	
	O2.5 Equipement des FOSA pour l'offre de services PF et de counseling de qualité	732 640 000	UNFPA, USAID
	Total O2	2 568 865 000	
	O3.1 Formation des prestataires de 25% des FOSA pour offrir des services de PF adaptés aux adolescents et jeunes	436 450 000	UNFPA
	O3.2 Organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les établissements	65 850 000	
	Total O3	502 300 000	
	O4.1 Extension du modèle de franchise sociale en cours à Yaoundé et Douala aux autres régions sanitaires	15 480 000	KFW/ACMS, IPPF/CAMNAFAW
	O4.2 Application de l'Approche Marché Total (AMT) en planification familiale à travers tout le pays	39 600 000	PSI/ACMS
	Total O4	55 080 000	
	O5.1 Mise à disposition des contraceptifs en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et aux points de prestation	11640003850	UNFPA, USAID
	O5.2 Organisation des supervisions régulières afin de s'assurer de la disponibilité des produits	134839200	UNFPA, KFW/ACMS, KFW/GIZ
	O5.3 Formation des gérants des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en SIGL	1189200250	UNFPA
	Total O5	12 964 043 300	
	TOTAL OFFRE	21 682 434 100	

Environnement

E1.1 Elaboration des outils performants de plaidoyers (Engage, RAPID)	49 074 550	
E1.2 Utilisation des outils de plaidoyer (Engage, RAPID) pour améliorer la perception des différentes cibles en matière de PF	57 762 500	
E1.3 Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF	1 604 000	
E1.4 Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF	58 400 000	
Total E1	166 841 050	
E2.1 Dissémination du guide de l'OMS sur les droits humains et la contraception	59 000 000	
E2.2 Développement des compétences des prestataires sur les droits de la femme en SR/PF	165 150 000	
E2.3 Renforcement de la sensibilisation sur les droits de la femme et la PF dans les centres d'alphabétisation du pays	137 362 500	
Total E2	361 512 500	
E3.1 Plaidoyer auprès des décideurs influents pour l'institutionnalisation d'une politique de tiers payant dans l'offre des services PF aux adolescentes	3 000 000	
E3.2 Harmonisation de la tarification des produits contraceptifs au niveau national conformément à la lettre circulaire de MINSANTE	-	
Total E3	3 000 000	
E4.1 Organisation des journées de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	6 128 000	
E4.2 Plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires dans le but d'augmenter les fonds alloués à la ligne budgétaire pour l'approvisionnement en contraceptifs	3 176 250	
E4.3 Plaidoyer auprès des maires et autres collectivités décentralisées pour encourager la mobilisation des ressources locales en faveur de la PF	3 822 750	
Total E4	13 127 000	
TOTAL ENVIRON	544 480 550	

Coordination	C1.1 Organisation de suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	26 664 000	
	C1.2 Organisation des supervisions formatives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	1 730 692 500	UNFPA
	C1.3 Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus	-	
	C1.4 Evaluation Plan d'Action PF 2015-2020 à mi-parcours et à la fin	12 804 700	
	C1.5 Documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base annuelle	104 971 500	
	C1.6 Revue des activités de PF au niveau des districts et des régions	77 568 000	
	C1.7 Revue des activités de PF, sous le haut patronage du Premier Ministre	58 458 000	
	Total C1	2 011 158 700	
	C2.1 Mise en place d'un plan de suivi-évaluation du plan national de PF	7 434 750	
	C2.2 Mise à jour et multiplication des supports de collecte de donnée pour toutes les FOSA	1 229 824 000	UNFPA
	Total C2	1 237 258 750	
	C3.1 Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi, supervision et coordination	1 024 522 640	
	C3.2 Appui technique à la mise en œuvre du Plan d'Action PF du Cameroun 2015-2020	343 800 000	
	Total C3	1 368 322 640	
	TOTAL COOR/SUIVI	4 616 740 090	
	TOTAL GENERAL	37 247 913 268	

8.4.2- Fonds additionnelles à rechercher pour le POPF

En fonction des informations reçues au cours des entretiens et qui doivent être confirmées par les différents acteurs, le budget du POPF pourrait être financé à 64,9% à travers les partenaires traditionnels que sont l'UNFPA, la KFW, l'USAID et l'IPPF. Donc il sera nécessaire de mobiliser des fonds additionnels pour couvrir 35,1% du budget total du POPF (cf. tableau 19).

Tableau 19 : Financement additionnel à mobiliser

PARTENAIRES CAPABLE DE FINANCER LES ACTIVITES DU POPF	MONTANT DU FINANCEMENT PAR ANNEE (\$)	NOMBRES D'ANNEE (FREQ)	TOTAL
OMS *			-
USAID			
UNFPA	1 750 000 000	6	10 500 000 000
AFD *			-
Ambassade du Royaume des Pays Bas*			-
OCEAC*			-
KFW/ACMS	1 224 453 067	6	7 346 718 400
KFW/GIZ			
Coopération Espagnole*			-
CAMNAFAW/IPPF	200 000 000	6	1 200 000 000
Contribution de l'Etat	100 000 000	6	600 000 000
Total des financements possibles			19 646 718 400
Ensemble des PTF			19 046 718 400
Budget du plan national			37 247 913 268
Fonds additionnels à mobiliser			17 601 194 868

NB : * : Pour l'instant l'équipe opérationnelle n'a pas eu d'information sur les possibilités de financement des PTF indiqués

Annexes

ANNEXE 1 : CHRONOGRAMME DE LA DE MISE EN CEUVRE DES ACTIVITES DE PF AU CAMEROUN

AXES	ACTIVITES	Chronogramme des activités																							
		2015				2016				2017				2018				2019				2020			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	D1.1 Identification des facteurs explicatifs de la faible utilisation des méthodes modernes de PF																								
Demande	- Elaboration des termes de référence de l'étude par le service de santé maternelle	X																							
	- Recrutement des consultants pour réaliser la consultation à travers un appel d'offre	X																							
	- Proposition et validation du protocole de l'étude	X																							
	- Organisation de la collecte des données sur le terrain	X																							
	- Suivi de la collecte des données sur le terrain par le service de santé maternelle,	X																							
	- Traitement des données		X																						
	- Elaboration du premier draft du rapport de l'étude		X																						
	- Organisation d'un atelier de validation des résultats		X																						
	- Exploitation des résultats dans le cadre de l'élaboration des supports de communication		X																						
		D1.2 Collaboration avec les leaders communautaires (leaders religieux et traditionnels) dans la sensibilisation sur la PF																							
	- Implication des Imams, Prêtres et Pasteurs, chefs traditionnels dans l'élaboration des supports de formation comme le RAPID	X	X																						
	- Elaboration de l'outil de plaidoyer en SR /PF (RAPID) en direction des chefs traditionnels et religieux		X																						
	- Multiplication et dissémination de l'outil et du guide des messages,		X																						
	- Organisation de 10 ateliers régionaux de 3 jours de formation avec 20 formateurs par session dans les 10 chefs-lieux de région			X	X																				
	- Organisation de 200 sessions de formation de deux journées avec 20 leaders religieux et traditionnels en moyenne par session (à raison d'une			X	X																				

	Chronogramme des activités																							
	2015				2016				2017				2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
D3.1 Utilisation des TIC pour sensibiliser les adolescents et jeunes																								
• Organisation d'un atelier de 3 jours regroupant 15 personnes pour l'élaboration des messages sur la PF à l'attention des jeunes	X																							
• Plaidoyer en direction des opérateurs de téléphonie mobile dans le pays en vue d'une contractualisation avec les réseaux de téléphonie mobile pour l'envoi des SMS	X																							
• Plaidoyer en direction des opérateurs de téléphonie mobile dans le pays en vue d'une	X																							
• diffusion des SMS sur la PF à un coût réduit	X	X																						
• Suivi des activités de sensibilisation des jeunes à travers les TIC		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
• Création d'un réseau social et/ou un site web consacré à la sensibilisation des jeunes sur la SSR/PF		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
D3.2 Renforcement de l'enseignement de la SSR en milieu scolaire en synergie avec le ministère en charge de l'Education nationale																								
• Plaidoyer en direction des ministères en charge de l'Education (MINSEC, MINSUP, MINFOP) pour l'intégration des programmes SR/PF dans les curricula de formation	X																							
• Révision des modules SSR/PF destinés aux enseignants et aux élèves	X																							
• Organisation d'un atelier de 2 jours regroupant 50 personnes pour la validation des modules SSR/PF (Enseignants et élèves),	X																							
• Reprographie de 10 000 exemplaires du module de formation des enseignants en SSR/PF et 50 000 dépliants destinés aux élèves.	X	X																						
• Organisation de 10 ateliers régionaux de 3 jours chacun pour le		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													

AXE	ACTIVITES	Chronogramme des activités																							
		2015				2016				2017				2018				2019				2020			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Offre	O1.1 Mise à disposition des prestations de PF dans les services SR (CPN, Soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, VIH, etc.) des FOSA publiques offrant déjà la PF																								
	• Identification des agents à former dans les autres services SR (CPN, SAA, SPP, PEV, nutrition, etc..) des FOSA qui offrent la PF	X				X				X															
	• Réorganisation des unités dans les FOSA devant intégrer la PF dans les services SR,	X	X	X	X	X	X	X	X	X															
	• Offre des services dans les FOSA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	• Organisation des supervisions formatives internes pour améliorer la qualité des prestations.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	• Suivi de l'offre des services dans les autres services SR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	O1.2 Intégration de l'offre des méthodes de longue durée d'action dans 100% des FOSA offrant seulement les méthodes de courte durée d'action																								
	• Analyse de la capacité et de la disponibilité des ressources des FOSA dans les secteurs public et privé offrant seulement les méthodes de courte durée d'action (pilules et injectables)	X	X																						
	• Organisation d'un atelier de deux jours pour valider le rapport de l'analyse		X																						
	• Identification des besoins des FOSA		X																						
• Renforcer les plateaux techniques des FOSA pour l'offre des services		X																							
• Supervision formative interne des prestataires formés par les responsables des FOSA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
• Supervision formative externe des prestataires formés par les responsables des FOSA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

O1.3 Intégration de l'offre des services de PF dans 50% des FOSA qui ne l'offrent pas actuellement y compris les structures privées et confessionnelles																							
• Identification de 540 FOS A dans les secteurs public et privé à cibler, à raison de 180 FOSA par an entre 2015 et 2017.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
• Evaluation des besoins pour l'intégration des services de PF dans le paquet de services SR des FOSA ciblées.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
• Aménagement des centres pour assurer la qualité en fonction des standards.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
• Offre des services dans les FOSA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Supervision formative interne des prestataires formés par les responsables des FOSA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
O1.4 Intégration de l'offre des services de PF dans les FOSA des camps de réfugiés																							
• Mise en œuvre des activités en stratégie avancée dans les camps de réfugiés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Aménagement d'un espace dans les FOSA des camps des réfugiés pour l'offre de la PF en stratégie fixe	X	X																					
• Formation des prestataires des camps de réfugiés en PF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Supervision de l'offre des services dans les camps	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Organisation du suivi par les équipes régionales pour s'assurer de la réalisation des prestations des services.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
O1.5 Intégration de l'offre des services de PF dans les FOSA sous tutelle des forces armées et police et dans les maisons d'arrêt et de correction (prisons)																							
• Identification des besoins spécifiques en SSR/PF dans les FOSA relevant de l'armée, autres corps associés et les maisons d'arrêt et de correction	X																						
• Renforcement des capacités du personnel identifié pour l'offre des services aux clients de ces FOSA	X	X																					
• Approvisionnement en équipement et produits	X	X																					
• Suivi des prestations de services	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AXE	ACTIVITES	Chronogramme des activités																							
		2015				2016				2017				2018				2019				2020			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Offre (suite)	O2.1 Elaboration des normes et standards de qualité en PF																								
	• Analyse de la situation de la qualité de l'offre des services de PF dans le pays au niveau des différentes FOSA		X	X																					
	• Elaboration un document de normes et standards de qualité de l'offre des services de PF			X																					
	• Validation du document de normes et standards de qualité des services			X																					
	• Reproduction du document en quantité suffisante			X	X																				
	• Distribution du document à tous les niveaux de la pyramide sanitaire				X	X																			
	O2.2 Formation des prestataires en technologie contraceptive et en counseling dans le secteur public et privé pour les centres n'offrant pas encore la PF																								
	• Identification des agents à former en technologie contraceptive y compris l'insertion de DIU et implant pour les FOSA franchisées n'offrant pas actuellement la PF	X	X				X	X			X	X			X	X				X	X				
	• Organisation de 20 sessions de formation par an en regroupant 25 personnes chaque année de 2015 et 2018 au niveau des chefs-lieux de région.		X	X				X	X			X	X			X	X				X	X			
	• Organisation du suivi des formations dans les chefs-lieux de région			X	X				X	X			X	X			X	X				X	X		
	• Certification des prestataires formés après insertion de 5 DIU et de 5 implants			X	X				X	X			X	X			X	X				X	X		
	O2.3 Formation des prestataires en counseling PF																								
	• Elaboration /révision du curriculum de formation en communication interpersonnelle et counseling	X	X																						
	• Identification des agents à former en CIP/C		X	X						X	X						X	X							
• Organisation de 20 sessions de formation de 5 jours par an en regroupant 25 personnes chaque			X	X						X	X					X	X								

AXES	ACTIVITES	Chronogramme des activités																								
		2015				2016				2017				2018				2019				2020				
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
O3.1 Formation des prestataires dans l'offre des services de PF adaptés aux adolescents et aux jeunes																										
	• Elaboration/Adaptation des manuels de formation en prise en charge des jeunes et adolescents dans les FOSA offrant la PF	X	X																							
	• Recensement annuel de 250 FOSA appropriées pour la prise en charge des adolescents et jeunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
	• Organisation annuelle de 10 sessions de formation de 5 jours de 25 prestataires en prise en charge des jeunes au niveau des chefs-lieux de régions	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
	• Suivi des activités de formation dans les chefs-lieux de régions	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
	• Renforcement de l'équipement des FOSA pour attirer plus d'adolescents et jeunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
	• Aménagement des services (espace horaire, activités, etc....) pour prendre en compte les besoins des jeunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
	• Supervision des prestations offertes par les prestataires formés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
	• Evaluation de la performance des FOSA offrant des services aux jeunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
O3.2 Organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les établissements scolaires et universitaires et sur les aires de jeux.																										
	• Identification des OSC capables d'animer les journées de sensibilisation et de prestation de services,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Offre des services dans les centres des jeunes intégrés aux FOSA,																									
	• Contractualisation avec les OSC au niveau des régions sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Identification des localités qui seront ciblées (2 localités par année et par région)																									
	• Mise en place des équipements y compris les produits pour l'offre de services pour l'évènement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Supervision formative des prestations au cours de l'évènement																									
	• Suivi des activités des OSC dans l'offre de services aux jeunes y compris les sensibilisations	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

O4.1 Extension du modèle de franchise sociale en cours à Yaoundé et Douala dans aux autres régions sanitaires																						
• Identification de 100 cliniques privées par an pour offrir les services de PF					X	X				X	X			X	X			X	X			
• Renforcement des capacités de 200 personnes à raison de 2 par FOSA choisie pour la franchise sociale par an					X	X	X			X	X	X			X	X	X			X	X	X
• Contractualisation avec les cliniques privées et les OSC identifiées					X					X					X					X		
• Suivi de l'offre des services dans les cliniques privées et OSC ciblées					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
O4.2 Intégration de l'offre des services PF de qualité dans les centres associatifs offrant des services de prise en charge aux PVVIH et autres populations clés.																						
• Identification de 10 FOSA associatives de prise en charge des Populations Hautement Vulnérables très fréquentées par année,					X	X																
• Identification de 2 prestataires qualifiés par FOSA pour la formation en technologie contraceptive par année					X	X																
• Organisation d'une session annuelle de 11 jours par session regroupant 20 participants						X																
• Organisation des supervisions au niveau des FOSA impliquées,						X																
• Suivi de l'offre des services de PF au sein des FOSA.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
O4.3 Application de l'Approche Marché Total (AMT) en planification familiale à travers tout le pays																						
• Organisation d'une réunion de tous les intervenant s initier l'AMT sous la direction du service de santé maternelle,	X	X																				
• Identification d'un commun accord d'une zone du projet pilote de l'AMT		X																				
• Orientation des acteurs de tous les secteurs de la zone pilote sur l'AMT en 2 sessions de 2 jours regroupant 25 participants		X	X																			
• Organisation des supervisions au niveau du site pilote pour apprécier l'évolution des interventions,		X	X																			
• Organisation des réunions trimestrielles pour partager l'évolution du projet pilote.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
• Passage à échelle de l'AMT dans le pays				X	X	X	X	X	X	X	X	X										
O4.4 Renforcement du marketing social des produits contraceptifs																						
• Analyse de la situation du marketing social des produits contraceptifs,	X	X																				
• Partage des résultats de l'analyse de la situation		X																				

AXE	ACTIVITES	Chronogramme des activités																							
		2015				2016				2017				2018				2019				2020			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	E1.1-Elaboration des outils performants de plaidoyer (Engage, RAPID)																								
	• Organisation d'un atelier de 10 jours regroupant 30 participants pour développer et valider les outils de plaidoyer RAPID en faveur de la PF avec les différentes cibles,	X	X																						
	• Finalisation et reproduction du document de plaidoyer pour une large diffusion		X																						
	• Organisation d'une journée de présentation du document aux autorités du Cameroun		X																						
	• Dissémination des outils RAPID au niveau des régions et districts			X	X																				
	• Elaboration de l'outil «Engage»									X	X														
	• Organisation d'une journée nationale de présentation de l'outil aux décideurs politiques										X														
	• Dissémination de l'outil «Engage» au niveau des institutions de l'Etat											X	X												
	E1.2 Utilisation des outils de plaidoyer (Engage, RAPID) pour améliorer la perception des différentes cibles en matière de PF																								
	• Identification des OSC capables de conduire les activités de plaidoyer	X																							
	• Organisation de 10 ateliers régionaux de formation de 220 formateurs (2 par district sanitaire, 2 par région et 15 au niveau central) pendant 3 jours avec pour objectif l'élaboration des plans d'action de plaidoyer dans les districts sanitaires		X	X																					
	• Organisation de 200 sessions de plaidoyer d'une journée dans les districts sanitaires regroupant au moins 30 personnes, mise en œuvre des Plans d'Action			X	X					X	X	X													
	• Suivi de la mise en œuvre des plans d'action des districts sanitaires.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	E1.3 Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF																								
	• Identification d'une OSC capable de conduire le plaidoyer en direction des	X																							

E4.1 Organisation des journées de plaidoyer pour la mobilisation des ressources																							
• Mise en place d'un comité pour préparer la journée de mobilisation des ressources	X				X																		
• Organisation des réunions techniques de préparation du plaidoyer	X				X																		
• Animation de la journée de plaidoyer	X				X																		
• Suivi des engagements pris à la journée de plaidoyer	X				X																		
E4.2 Plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires dans le but d'augmenter les fonds alloués à la ligne budgétaire pour l'approvisionnement en contraceptifs																							
• Organisation d'une réunion avec les OSC pour définir un plan de plaidoyer			X			X				X				X				X				X	
• Constitution d'une équipe de personnes ressources capables de conduire le plaidoyer envers les membres du gouvernement,			X			X				X				X				X				X	
• Organisation d'une session de plaidoyer à l'endroit des membres du gouvernement et institutions de la République soit 50 personnes suivie d'une déclaration d'engagement (MINEPAT, MINFI, MINESUP, MINESEC, MINEPROFF, MINEJEC, Haut Conseil des Collectivités, etc....)			X			X				X				X				X				X	
• Suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
E4.3- Plaidoyer auprès des maires et autres collectivités décentralisées pour encourager la mobilisation des ressources locales en faveur de la PF																							
• Contractualisation avec la FEICOM			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X		X	X
• Finalisation de l'outil de plaidoyer adapté aux maires et au FEICOM			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X		X	X
• Développement des compétences des acteurs désignés			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X		X	X
• Organisation d'une session de plaidoyer ciblant les 20 maires, les responsables locaux et au FEICOM par année			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X		X	X
• Suivi des activités des maires sur le terrain			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X		X	X

AXE	ACTIVITES	Chronogramme des activités																							
		2015				2016				2017				2018				2019				2020			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	C1.1 Organisation de suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire																								
	• Mise en place des Sous-groupes SR/PF au niveau des régions	X																							
	• Organisation des réunions trimestrielles de suivi des interventions au niveau de chaque région	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Organisation des réunions trimestrielles de suivi des interventions au niveau national	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Organisation des réunions mensuelles de suivi des interventions au niveau de chaque district	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	C1.2 Organisation de supervisions des services de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire																								
	• Organisation de sorties semestrielles de suivi/supervision de 3 jours du niveau central vers le niveau régional par 2 agents du service de santé maternelle.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
	• Organisation de sorties trimestrielles de suivi/supervision de 2 jours par le niveau régional vers les districts sanitaires par une équipe de 2 personnes de la région.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Organisation de sorties trimestrielles de supervision d'un (1) jour par 2 personnes de l'équipe du district sanitaire vers les FOSA (publiques, privées, associatives)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Organisation de sorties mensuelles de supervision d'un jour des agents des FOSA vers les ASC.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	• Organisation de supervisions formatives internes dans chaque FOSA une fois par mois.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

C1.3 Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus																							
• Renseignement des indicateurs au niveau des FOSA et des districts sanitaires tous les mois	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Renseignement des indicateurs au niveau des régions une fois tous les mois	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Renseignement des indicateurs du plan d'action national de la PF tous les mois.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C1.4 Evaluation du Plan d'Action PF 2015-2020 à mi-parcours et à la fin																							
• Evaluation à mi- parcours du Plan Opérationnel PF 2015													X	X									
• Evaluation finale du Plan Opérationnel PF 2015																						X	X
• Révision du Plan d'Action National de la PF 2015-2020 en 2017														X	X								
C1.5 Documentation annuelle des meilleures pratiques et cas de succès																							
• Collecte des données pour renseigner les meilleurs pratiques pendant 30 jours				X				X				X				X				X			X
• Organisation d'une réunion d'une journée regroupant 30 personnes pour discuter du rapport de consultation				X				X				X				X				X			X
• Dissémination des meilleures pratiques y compris dans les écoles de formation de base en santé					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Organisation d'un voyage d'échanges d'expériences annuel dans des pays de la Sous-région.				X				X				X				X				X			X
• Participation aux conférences internationales pour partager les expériences du Cameroun en PF.				X				X				X				X				X			X
C1.6 Revue des activités de PF au niveau des districts et des régions																							
• Organisation d'une revue semestrielle des interventions en PF au niveau du district sanitaire		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	X
• Organisation d'une revue annuelle des interventions en PF au niveau régional				X				X				X				X				X			X

C1.7 Revue annuelle des activités de PF au niveau central, sous le haut patronage du Ministre de la Santé																						
• Elaboration d'un canevas de présentation des résultats annuels de mise en œuvre du plan d'action national de la PF 2015-2020				X				X				X				X				X		
• Organisation d'une revue nationale annuelle des interventions en PF présidée par le Premier Ministre et regroupant 100 personnes dont la moitié venant de l'intérieur.				X				X				X				X				X		X
• Suivi des décisions de la revue par le Sous-groupe PF				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C2.1 Mise en place d'un plan de suivi-évaluation du plan national de PF																						
• Elaboration d'un plan de suivi	X																					
• Organisation d'un atelier de 2 jours avec 50 personnes pour la validation du plan de suivi	X																					
• Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de suivi		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C2.2 Mise à jour et multiplication des supports de collecte des données dans toutes les FOSA																						
• Révision des outils de collecte des données sur la base de celui du projet PASAR	X																					
• Reproduction des outils harmonisés de collecte des données avec l'appui de la Service national des statistiques sanitaires		X																				
• Organisation d'un atelier de trois (3) jours pour former les formateurs des régions sur l'utilisation des supports harmonisés à raison de 2 représentants par région et 5 représentants du niveau central		X																				
• Organisation d'un atelier de trois (3) jours par district sanitaire (200 ateliers) pour former les agents sur l'utilisation des supports harmonisés.		X	X																			
• Organisation des missions semestrielles pour valider (audit des données) au niveau des districts sanitaires (1 cadre du niveau central et 1 cadre du district sanitaire).				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

C3.1 Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi, supervision et coordination																							
• Acquisition du matériel informatique	X	X																					
• Acquisition du matériel électronique	X	X																					
• Acquisition du matériel roulant	X	X	X																				
• Maintenance du matériel acquis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C3.2 Appui technique à la mise en œuvre du plan opérationnel de la PF du Cameroun 2015-2020																							
▪ Elaboration des différents termes de référence d'un gestionnaire financier, d'un assistant technique et d'un expert international en appui périodique,	X																						
▪ Recrutement du gestionnaire financier	X																						
▪ Recrutement d'un assistant technique pour la mise en œuvre du plan (chargé de programme)	X																						
▪ Prise en charge de la motivation des points focaux SR/PF des régions.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANNEXE 2 : CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE ET CADRE DE PERFORMANCE

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE					CADRE DE PERFORMANCE			
Catégories d'indicateurs	Indicateurs	Périodicité de collecte	Mode de collecte	Niveau de collecte	Données de base	Source/année	Cible en 2020	Niveau de performance
Impacts	Taux de mortalité maternel (1/100000 Naissances Vivante%)	5ans	EDS	National	782	EDS/2011		
	Proportion des besoins non satisfaits en PF (%)	5 ans	EDS	National	17	EDS/2011	10	12
	Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de la contraception moderne	Annuel	Estimation (logiciel)	National	ND		9 943	7 954
	Nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de la contraception moderne	Annuel	Estimation (logiciel)	National	ND		1462 359	1 169 887
	Nombre des avortements non médicalisés (clandestins) évités grâce à l'utilisation de la contraception moderne	Annuel	Estimation (logiciel)	National	ND		731	585
Effets	Prévalence contraceptive des méthodes modernes chez les FAP (%)	5 ans	EDS	National	16,1	EDS/2011	30	25
	Prévalence contraceptive des méthodes modernes de longue durée (%)	5 ans	EDS	National	4,3	EDS/2011	20	25
	Prévalence contraceptive des méthodes modernes chez les adolescentes et jeunes (%)	5 ans	EDS	National	12,1	EDS/2011	29	45
	Prévalence des grossesses précoces de 15-19 ans (%)	5 ans	EDS	National	25,2	EDS/2011	12,5	15,1
	Proportion de FAP connaissant le DIU comme méthode moderne de contraception (%)	5 ans	EDS	National	38,9	EDS/2011	70	63,8
	Proportion de FAP connaissant les implants sous cutanés comme méthodes modernes de contraception (%)	5 ans	EDS	National	47,0	EDS/2011	70	65,4
	Proportion de FAP non exposées aux messages relatifs à la PF (Toutes sources d'informations confondues) (%)	5 ans	EDS	National	68	EDS/2011	40	45,6
Proportion d'hommes de 15-49 connaissant la stérilisation masculine (%)	5 ans	EDS	National	35,7	EDS/2011	70	63,1	
Produits	Nombre de Couples Année Protection	Annuel	Données de routine	FOSA et National	ND	Estimation	5 201 493	4 161 194
	Proportion de centres de santé intégrés offrant une à deux méthodes modernes de contraception (Condom, Pilule, injectable) (%)	2 ans	Etude	National	ND		100	80
	Proportion de centres médicaux d'arrondissement (CMA) offrant au moins quatre (4) méthodes modernes de contraception (Condom, Pilule, injectable, DIU ou Implant) (%)	2 ans	"	National	ND		80	70

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE					CADRE DE PERFORMANCE			
Catégories d'indicateurs	Indicateurs	Périodicité de collecte	Mode de collecte	Niveau de collecte	Données de base	Source/année	Cible en 2020	Niveau de performance
Produits (suite)	Proportion d'hôpitaux de district offrant au moins quatre (4) méthodes modernes de contraception (Condom, Pilule, injectable, DIU ou Implant) (%)	2 ans	"	National	ND		100	90
	Proportion d'hôpitaux régionaux ou généraux offrant au moins cinq (5) méthodes modernes de contraception (Condom, Pilule, injectable, DIU, Implant et ou CCV) (%)	2ans	"	National	ND		100	90
	Proportion d'agent de santé communautaire (ASC) offrant au moins deux méthodes modernes de contraception (Condom, Pilule ou injectable) (%)	2ans	"	National	ND		100	80
	Proportion de FOSA censés offrir une méthode moderne de contraception donnée et qui n'a pas connu une RUPTURE DE STOCK à un moment donné au cours des six derniers mois. (%)	2ans	"	National	ND		100	80
	Nombre de prestataires formés en technologie contraceptive	Annuel	Données de routine	FOSA	ND		1500	1200
	Nombre de prestataires formés en offre des services conviviaux aux jeunes et adolescents	Annuel	"	FOSA	ND		450	360
	Nombre de prestataires formés en communication interpersonnelle et counseling en PF	Annuel	"	FOSA	ND		1500	1200
	Nombre de prestataires formés en insertion et retrait de DIU et d'implant	Annuel	"	FOSA	ND		1500	1200
	Proportion de régions sanitaires avec au moins un équipement approprié pour mener les stratégies mobile	Annuel	"	National	ND		10	8
	Nombre total de FOSA incluant la PF dans les activités de stratégie avancée	Annuel	"	FOSA	ND		3734	3000
	Nombre de cliniques privées offrant la PF	Annuel	"	National	ND		700	560
	Nombre de FOSA offrant des services de santé adaptés aux jeunes et adolescents	Annuel	"	National	ND		240	192
	Nombre de prestataires formés en technique de prise en charge des adolescents et jeunes en PF	Annuel	Données de routine	National	ND		450	360
	Nombre de FAP utilisatrices additionnelles de méthodes modernes de contraception	Annuel	"	FOSA	49 254	Estimation - 2014	913 894	731 115

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE					CADRE DE PERFORMANCE			
Catégories d'indicateurs	Indicateurs	Périodicité de collecte	Mode de collecte	Niveau de collecte	Données de base	Source/année	Cible en 2020	Niveau de performance
Produits (suite)	Nombre d'adolescentes et jeunes utilisatrices additionnelles de méthodes modernes de contraception (25% des nouvelles utilisatrices additionnelles)	Annuel	"	FOSA	ND		228 475	182 779
	Quantité de préservatifs masculins distribués aux clients	Annuel	"	FOSA	ND		628 588 116	502 870 493
	Quantité de préservatifs féminins distribués aux clients	Annuel	"	"	"		30 000	24 000
	Quantité de contraceptifs oraux distribués aux clients	Annuel	"	"	"		8 872 080	7 097 664
	Quantité de contraceptifs injectables (3 mois) administrés clients	Annuel	"	"	"		3 400 976	2 720 781
	Quantité de DIU insérés	Annuel	"	"	"		22 723	18 178
	Quantité d'implant sous cutané sous forme Jadelle insérés	Annuel	"	"	"		64 477	51 582
	Nombre de stérilisation féminine (CCV) pratiquées	Annuel	"	"	"		28 412	22 730
	Nombre de stérilisation masculine (CCV) pratiquées (1/10 des stérilisations féminines)	Annuel	"	"	"		3 000	2 400

ANNEXE 3 : LISTE DES STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION POUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA PF EN CAMEROUN

1-DEMANDE DES SERVICES DE PF

D1 : Campagne d'informations et de sensibilisation sur la PF auprès de la population générale et des femmes en milieux rural et périurbain en particulier

D1.1 Collaboration avec les leaders communautaires (leaders religieux et traditionnels) dans la sensibilisation sur la PF

D1.2 Contractualisation avec des medias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la SR/PF

D1.3 Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes en collaboration avec le MINAS, MINCULT et le MINPROFF

D2 : Renforcement de l'implication des hommes comme partenaires dans la promotion de la SR en général et en particulier de la PF

D2.1 Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF)

D3 : Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et jeunes scolarisés et non scolarisés

D3.1 Utilisation des TIC et autres canaux d'information pour sensibiliser les adolescents et jeunes

D3.2 Intensification de l'enseignement de la SSR en milieu scolaire en synergie avec le ministère en charge de l'Education (MINSEC, MINSUP, MINFOP)

D3.3 Sensibilisation des adolescentes et jeunes par l'intermédiaire des pairs éducateurs et clubs santé

D3.4 Sensibilisation des jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR à travers les associations des jeunes (socio-éducatives, culturelles et sportives) en synergie avec le MINJEC

2- OFFRE DES SERVICES DE PF

O1 : Extension de l'offre des services intégrés de PF à travers le pays

O1.1 Intégration de l'offre des méthodes de longue durée d'action dans 100% des FOSA offrant seulement les méthodes de courte durée d'action

O1.2 Intégration des services de PF dans les camps des réfugiés

O1.3 Intégration des activités de PF dans le paquet d'activité des ASC des autres programmes en cours d'exécution en leur permettant d'offrir les méthodes contraceptives (les pilules, injectables,..)

O1.4 Mise en place des stratégies mobiles à travers toutes les régions

O1.5 Renforcer les activités de PF dans les interventions en stratégies avancées à travers tous les districts sanitaires

O1.6 Organisation des journées spéciales PF au moins deux fois par an

O2.2 : Renforcement du plateau technique des FOSA afin d'améliorer la qualité des prestations de PF (formation et équipement)

O2.1 Formation des prestataires en technologie contraceptive dans le secteur public et privé

O2.2 Formation des nouveaux prestataires en communication interpersonnelle et counseling (CIP/C) dans le secteur public et privé

O2.3 Formation des prestataires des FOSA ayant plus de 100 accouchements par mois en insertion et retrait du DIU dans le post partum

O2.4 Dissémination des documents de Politiques, Normes et Procédures (PNP) en PF

O2.5 Equipement des FOSA pour l'offre de services PF et de counseling de qualité

O3 : Renforcement des services PF destinés aux adolescent(e)s et jeunes

O3.1 Formation des prestataires de 5% des FOSA par an à l'offre des services de PF adaptés aux adolescents et aux jeunes

O3.2 Organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les établissements scolaires et universitaires et sur les aires de jeux

O4 : Renforcement de l'offre de services PF par le secteur privé

O4.1 Extension du modèle de franchise sociale en cours à Bamenda, Douala et Yaoundé, dans aux autres régions sanitaires

O4.2 Renforcement du marketing social des produits contraceptifs

O5 : Sécurisation des produits contraceptifs

O5.1 Mise à disposition des contraceptifs en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et aux points de prestation

O5.2 Organisation des supervisions régulières afin de s'assurer de la disponibilité des produits

O5.3 Formation à la gestion logistique des gérants des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

3- ENVIRONNEMENT HABILITANT

E1: Plaidoyer envers les décideurs influents

- E1.1 Elaboration des outils performants de plaidoyer (Engage, RAPID)
- E1.2 Utilisation des outils de plaidoyer (Engage, RAPID) pour améliorer la perception des différentes cibles en matière de PF
- E1.3 Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF
- E1.4 Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF.

E2 : Renforcement des connaissances des différents acteurs sur les droits de la femme en SR/PF

- E2.1 Dissémination du guide de l'OMS sur les droits humains et la contraception
- E2.2 Renforcement des capacités des prestataires sur les droits de la femme en SR/PF
- E2.3 Renforcement de la sensibilisation sur les droits de la femme et la PF dans les centres d'alphabétisation et autres points de regroupement du pays

E3 : Application de la nouvelle politique de tarification des produits contraceptifs

- E3.1 Harmonisation de la tarification des services de planification familiale dans toutes les formations sanitaires au niveau national conformément à la lettre circulaire de MINSANTE
- E3.2 Plaidoyer auprès des décideurs influents pour l'institutionnalisation d'une politique de tiers payant dans l'offre des services PF en faveur des adolescentes et jeunes

E4 : Mobilisation des ressources additionnelles pour le financement de l'achat des contraceptifs et autres activités du plan opérationnel

- E4.1 Organisation des journées de plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- E4.2 Plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires dans le but d'augmenter les fonds alloués à la ligne budgétaire pour l'approvisionnement en contraceptifs
- E4.3- Plaidoyer auprès des maires et autres collectivités décentralisées pour encourager la mobilisation des ressources locales en faveur de la PF

4- COORDINATION DES INTERVENTIONS EN PF

C1 : Suivi régulier et systématique des activités de PF

C1.1 Organisation de suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire

C1.2 Organisation de supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

C1.3 Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus

C1.4 Evaluation du Plan d'Action PF 2015-2020 à mi-parcours et à la fin

C1.5 Documentation annuelle des meilleures pratiques et cas de succès

C1.6 Revue des activités de PF au niveau des districts et des régions

C1.7 Revue annuelle des activités de PF au niveau central, sous le haut patronage du Ministre de la santé Publique

C2 : Renforcement du mécanisme de collecte d'informations sur la PF de tous les secteurs

C2.1 Mise en place d'un plan de suivi-évaluation du plan opérationnel de PF

C2.2 Mise à jour et multiplication des supports de collecte des données dans toutes les FOSA

C3 : Renforcement des moyens nécessaires pour la coordination, le suivi, et la supervision

C3.1 Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi, supervision et coordination

C3.2 Appui technique à la mise en œuvre du plan opérationnel de la PF du Cameroun 2015-2020

ANNEXE 4 : LOCALISATION ACTUELLE DES PTF ET OSC DANS LES DISTRICTS SANITAIRES

REGIONS	PTF INTERVENANT		OBSERVATIONS
Adamaoua	UNFPA, GIZ		OCEAC, UNFPA, USAID Approvisionnement du pays en produits contraceptifs
Centre	IPPF, PSI, PEPFAR	CAMNAFAW, ACMS, Ad lucem, CBCHS, CEPCA, RENATA, OFSAD	
Est	UNFPA	AHA	
Extrême Nord	UNFPA, GIZ		
Littoral	IPPF, PSI, PEPFAR	CAMNAFAW, Ad lucem, ACMS	
Nord	UNFPA	OFSAD	
Nord- Ouest	IPPF, PSI, PEPFAR	CAMNAFAW, CBCHS, Ad Lucem, ACMS	
Ouest	GIZ	Ad lucem	
Sud	UNFPA, IPPF		
Sud -Ouest	GIZ, PEPFAR	CBCHS	

**ANNEXE 5 : HYPOTHÈSE DES SOURCES DE FINANCEMENT DU PLAN
OPÉRATIONNEL**

Organisations (PTF/Etat)	Date de discussion	Mode de calcul	Recommandation	Observation
UNFPA	Discussion avec S. Egal le 30 septembre 2014 au ministère de la santé après la réunion de validation	L'UNFPA pourrait mobiliser environ 5 millions de \$ US par an. Le calcul a été fait avec un taux de \$ US à 500 FCFA et l'hypothèse selon laquelle 70% de ce budget sera consacré à la mise en œuvre des activités	1- Faire confirmer cette proposition par la hiérarchie du bureau local de l'UNFPA. 2- Définir les modalités de décaissement avec l'Etat pour une absorption maximale des fonds qui seront alloués	
KFW/ACMS	Rencontre du 5 septembre à ACMS avec les responsables	L'organisation ACMS a obtenu un financement de 16 millions d'euros pour l'appui à la PF dans 4 régions pour 4 ans à compter de 2015. Le calcul a été fait avec un taux de € à 655.957 FCFA et l'hypothèse selon laquelle 70% de ce budget sera consacré à la mise en œuvre des activités	RAS	
IPPF/CAMNAFAW	Echange avec l'équipe de la direction de CAMNAFAW le 29 septembre 2014	L'IPPF alloue environ 250 Millions de Francs CFA par an mais il y a près de 50 millions qui sont dépensés pour les frais administratifs	RAS	
ETAT	Analyse de la situation de la PF au Cameroun	Une ligne budgétaire existe pour l'achat des contraceptifs dans le budget général de l'Etat. Pour 2014, il était de 100 millions de FCFA. Mais ces fonds n'ont pas été débloqués	S'assurer que l'Etat programme ce montant chaque année.	
USAID	-	-	Contacteur Madame Chrystelle TAPOUH pour avoir les prévisions de financement	
KFW/GIZ	-	-	Contacteur Dr Dieter K. Conseiller technique du projet PASAR pour avoir les prévisions de financement	

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- 1- Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health: Guttmacher Institut- UNFPA, 2009
- 2- Appui à la finalisation d'un programme conjoint d'appui à la Stratégie Sectorielle Santé au Cameroun
- 3- Appui à la mission d'évaluation du programme conjoint AFD-KfW, HEALTH RESEARCH FOR ACTION-2008
- 4- Autonomiser les femmes rurales pour éradiquer la faim et la pauvreté : Que révèlent les indicateurs ? Mars 2012
- 5- Cartographie des formations sanitaires au Cameroun ; 2011
- 6- Déclaration de la politique nationale de population, (c) MINPAT/DP/UPP 93 Yaoundé. Mars 1993
- 7- Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi ; 2009
- 8- Document de stratégie de réduction de la pauvreté, 2003
- 9- Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, BUCREP/Macro international Inc, 1998
- 10- Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, BUCREP/Macro international Inc, 2004
- 11- Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, BUCREP/Macro international Inc, 2011
- 12- Enquête par groupes focaux sur les attitudes, les comportements et les pratiques en matière de planning familial chez les sujets de 20 à 34 ans de la ville de Yaoundé : Yaoundé, juin 2002
- 13- Etude sur les conditions de bénéfice du dividende démographique au Cameroun, 2012
- 14- La population du Cameroun en 2010, 3^{ème} RGPH
- 15- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015
- 16- Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle néonatale et infantile (PSN/SRMNI), Cameroun 2014-2020
- 17- Politique Des services de santé de la reproduction, 2009
- 18- Profil en ressources humaines pour la santé, Cameroun : Observatoire de Ressources Humaines pour la Santé de l'Afrique Mars 2009
- 19- Programme Multisectoriel de Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun : 2014-18 ; Août 2013
- 20- Rapport de présentation des résultats définitifs du 3^{ème} RGPH, Cameroun 2005
Report on the evaluation of family planning services in Cameroon; *Sponsorship of GIZ & ministry of public health Cameroon, August 2011.*