



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE
LA SANTE DE LA REPRODUCTION,
MATERNELLE, NEONATALE,
INFANTO-JUVENILE, DE
L'ADOLESCENT ET DE LA
NUTRITION (PSN-SRMNIA-NUT)
2024-2030**





PREFACE

La problématique de la mortalité maternelle néonatale, infanto-juvénile, ainsi que l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, des jeunes, de la personne âgée et des autres groupes cibles, constitue un enjeu crucial de santé publique au Cameroun. Bien que des avancées significatives aient été accomplies au cours de ces dernières années pour réduire cette mortalité, les statistiques actuelles restent préoccupantes. La dernière Enquête Démographique et de Santé faisait état de 406 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 28 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes, 48 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 1 an et 80 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans.

En effet, chaque année, un nombre considérable de vies s'éteignent, engendrant non seulement d'immenses souffrances au sein des familles touchées, mais également un fardeau socio-économique pour notre pays. Face à cette réalité préoccupante, le Cameroun s'est résolument engagé depuis une décennie dans la dynamique internationale de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile, en adoptant les objectifs de la Stratégie Globale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents (2016-2030) et ceux de la Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030 qui est adossée sur la Stratégie Nationale pour le Développement 2020-2030 (SND 30). Dans ce contexte national et international où la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile figure parmi les priorités sanitaires majeures, plusieurs plans ont été développés avec pour objectif principal de réduire à sa plus simple expression les décès des mères, des nouveau-nés, des enfants et des jeunes. Bien que les résultats obtenus soient encourageants, les objectifs fixés ne sont pas encore atteints.


Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts déployés dans le cadre de la première phase de la Couverture Santé Universelle qui, conformément à la vision du Chef de l'Etat, a pour objectif d'offrir aux populations des soins de qualité et accessibles à tous. La mère et l'enfant ne sont pas en reste dans cette dynamique avec le paquet de soins du Chèque Santé, et la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de cinq (05) ans.

Aussi, le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvénile, de l'Adolescent et de la Nutrition (PSN-SRMNIA-NUT) constitue notre nouvelle feuille de route. Elle intègre, de ce fait, la santé de la reproduction des Personnes âgées longtemps laissées-pour-compte, ainsi que la Santé de la Reproduction en contexte humanitaire avec un volet porté sur la nutrition.

Ledit Plan Stratégique met en lumière les principales causes de morbidité et de mortalité dans ces groupes de population ; il précise les orientations stratégiques et les interventions à haut impact les plus efficaces qu'il faudra mettre en œuvre.

Ce plan servira donc de boussole à tous les acteurs impliqués dans cette lutte et doit être le creuset où doivent converger tous nos efforts et nos énergies si nous voulons atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.

Nous invitons donc toutes les parties prenantes, qu'elles soient gouvernementales, non gouvernementales, communautaires ou individuelles, à se l'approprier, puis à travailler de manière concertée et inclusive pour sa mise en œuvre effective.



DR MANAOUDA Malachie
 LE MINISTRE
 The Minister
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Ministère de la Santé Publique, N° 8, rue 3038 quartier du Lac-Yaoundé, site web www.minsante.gov.cm



REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce plan, en particulier :

RESPONSABLES ET PERSONNEL DU MINSANTE

1. Prof NJOCK Richard, Secrétaire Général du MINSANTE
2. Dr EBONGO NANJE Zacheus, Directeur de la DSF
3. Dr MOUSSI OMGBA Charlotte, Conseillère Technique au MINSANTE, Secrétaire Technique du PLMI
4. Dr YABA Basile, Directeur de la DPML
5. Dr BOUBA PAMEN Joëlle, Directrice de la DRFP
6. Dr HASSAN Bachir, Directeur de la DPS
7. Dr HADJA Cherif, Administrateur / LNSP
8. Prof DOHBIT SAMA Julius, Chef de Département / HGOPY
9. Dr PUNJOM NJEFI Yves, Sous-Directeur RH/DSF
10. Dr TJEK Paul, MCD / District de Santé de Kribi
11. Dr JEUDI DEBNET, Sous-Directeur de la Vaccination / DSF
12. Dr MINTOP Anicet, Coordonnateur CSU
13. Dr MANDENG Gilles, Chef de Service / Santé Maternelle / DSF
14. Dr LE KOUNGOU Catherine, Sous-Directrice de la Nutrition / DPS
15. M. MOLUH Inoussa, Chef de Service / Santé des Adolescents / DSF
16. Mme MAYAP Eugénie, Chef de Service / PTME / DSF
17. Mme EKO B. Germaine, Chef de Service / Santé Infantile
18. Dr AYOH Gideon, Chef de Service / Surveillance Épidémiologique / DSF
19. M. ALHADJI Alabas, Chef de Service / Logistique / DSF
20. Dr NJUME NJIKANG Peter, Chef de Service / PPSE / PLMI
21. Dr MBE Anastasie, Chef de Bureau / Approche Genre / DSF
22. Mme KEYI TAMANA, Point focal / Kits Obstétricaux / DSF
23. Dr MINTOP Micheline, Cadre Supérieur / DSF
24. Dr GOEMBANG NANGBENGUE Ornella, Cadre Supérieur / PLMI
25. Dr EWODOU Raïssa, Point focal / Chaîne d'Approvisionnement
26. Dr ETONG Bertille, Cadre Supérieur / DSF
27. Mme INA Flore, Chef de Bureau / S&E / Service de la Santé Infantile / DSF
28. M. SAZANG Georges, Chef de Bureau / S&E / Service de la Santé des Adolescents / DSF



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

29. Dr CHOULA Alvine, Cadre Supérieur / DSF
30. Mme EVA Chantal, Chef de Bureau / PTME
31. Mme TABEBOT Alice, Point focal / Planification Familiale, Chef de Bureau Santé des Adolescents
32. Dr MBONO Arthur, Point focal / Fistules Obstétricales / DSF
33. Dr VOUGMO Clémence, Cadre Supérieur / DSF
34. Dr AZOUMBOU MEFANG Therese, DRSP-C
35. Dr NDAM, PFSR DRSP-C
36. Dr AWOUOYIEGNIGNI MEGNA Benjamin, Cadre Supérieur / DSF
37. Dr OMONA GUISSANA Edwige, Cadre Supérieur / DSF
38. Dr BANMI NGWANA Lilian, Consultant, Gynécologue-Obstétricien / HGOPY
39. Mme NDO Flore, CBPS-SSM / DSF
40. Mme OROK Joséphine, Cadre Supérieur / DSF
41. Mme MENGUE Lucie, Cadre Supérieur / DSF
42. Mme KOUOTOU, CBSE-SSM / DSF
43. M. YOPNDOI Charles, Délégué Régional de la Santé Publique / Région du Sud
44. Mme TSOUNGUI OMAM Suzanne, Cadre Supérieur / DSF
45. Mme NGUEMENI Yvonne, Cadre Supérieur / DSF
46. Mme NGUEMATIO Adeline, Cadre Supérieur / DSF
47. Mme EKWE Evelyn, Cadre Supérieur / DSF
48. Mme AMUNTUNG Corazon, Cadre Supérieur / DSF
49. Mme HADASSA E., Cadre Supérieur / DSF
50. Mme MOTANGA, Cadre Supérieur / DSF
51. Mme ACHU BEH Vanessa, Stagiaire en Santé Publique / DSF

TRADUCTEURS (UNITÉ DE TRADUCTION DU MINSANTE)

1. Mme NGUEJO Aurélie Nicole, Chef de l'Unité de Traduction
2. Mme KEUNGA SEPTO Judith Solange, Traductrice Senior
3. Mme NGUIVOL Marienne Parfaite, Traductrice Senior
4. Mme MONKAM HEUTCHOU Maurelle, Traductrice Senior
5. Mme PANGOP CHEUMAGA Raïssa, Traductrice Senior
6. Mme OSSOUBITA Audrée, Traductrice Senior

CONSULTANTS / EXPERTS

1. Prof KINGUE Samuel, Expert en Santé Publique
2. Dr FONKWO Peter, Consultant
3. Dr MATSEZOU Jacqueline, Consultant
4. Dr DJIHOUA DOMNGUE Bertrand, Expert en Santé Publique





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

AUTRES ADMINISTRATIONS

1. Mme NTIGA / MINPROFF
2. M. MONGBET Jean Marcel
3. Mme ABAH / MINJEC
4. Mme NDIFOR / MINAS
5. M. HANDJOU / MINPROFF
6. Mme NGUEH Rekia / MINJEC
7. M. NGUETSE Pierre, MINEPAT
8. M. KOUENGUENG Yannick / MINEPAT
9. Mme ANKOUANG Lucy
10. M. TALLA Augustin
11. M. EBOUMBOU
12. Mme HANDJOU Chantal / MINPROFF
13. Mme MAIPA WESPA / MINPROFF
14. Mme MBIA Bernadette / MINESEC
15. Mme MANGUELE Gertrude / MINJEC
16. Mme ZOGO Suzanne / MINCOM
17. Prof MONEBENIMP Francesca / MINESUP

PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

1. Dr KOUO NGAMBY Marquise / UNFPA
2. Dr FODJO Barriere / UNFPA
3. Dr MACKY Sam August / UNFPA
4. Dr NGALAME Alphonse / OMS
5. Dr NGUM Belyse / UNICEF
6. M. AYUK James Achalle / UNICEF
7. Mme NGUELLE Carlene Romance / Breakthrough Action
8. M. OVONO BIYIHA Joseph / Breakthrough Action
9. M. NGASSA Larry / Breakthrough Action
10. Mme DUPLEXTINE NGEMME / CARE
11. M. NHANAG Samuel / GFF
12. Mme ETAME / NOLFOWOP
13. Mme KEMFACK
14. M. SEUKAP Roger / AVENIR HEALTH
15. Dr YOUMBA Christian / GFF
16. M. NYAGO Armel / CAMNAFAW
17. Mme TSEMO Valérie / FESADE
18. Mme OBI Maureen MBU / FESADE
19. Dr NGABO GAGA Fidèle, HOD RMNCAH / AfricaCDC





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

20. Dr EBBA SECKA, STO RH / AfricaCDC
21. M. COULIBALY Barnabas, RPL CCR CA / AfricaCDC
22. Mme Adejoke E. Akano, Responsable Technique – Programme Pays (Cameroun) / AfricaCDC
23. Dr MAHAMAT NADJIB Abderahim, Représentant Senior - Cameroun / AfricaCDC
24. Mme ZIBI Marie-Ange, Conseillère en Communication / AfricaCDC
25. M. AMADOU CHEICK TIDIANE CISSE, Point focal RH / AfricaCDC
26. RéCAJ+ : BIVINA Maxime, Directeur Exécutif Intérimaire
27. RJC : ASANJI Camille, Chargée de Communication





RESUME EXECUTIF

Le Cameroun figure parmi les pays où les indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées continuent de susciter des préoccupations, malgré les engagements pris et les actions menées. En effet, le Cameroun a ratifié plusieurs accords internationaux de grande importance et à ce jour, plusieurs instruments juridiques et politiques tant internationaux que régionaux, ont posé les fondements de la lutte contre la mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle, ainsi que celle de la personne âgée. Parmi les instruments les plus importants, on peut entre autres citer :

- Les résolutions de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994 : La CIPD a adopté un Programme d'action ambitieux visant à promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes dans tous les domaines de la vie.
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000-2015 et les ODD en 2015-2030
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1979.
- Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en 2003 qui renforce les protections juridiques des femmes dans le contexte africain

Suite à ces engagements internationaux et régionaux, plusieurs stratégies ont été élaborées, avec pour objectif principal de répondre aux exigences tant nationales qu'internationales en matière d'égalité entre les sexes et d'autonomisation des femmes.

De plus, en réponse à l'appel de l'Union africaine, le Cameroun a adhéré en 2010 à la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique (CARMMA). En 2015, le pays a réaffirmé son engagement à intensifier ses efforts pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) relatifs à la santé maternelle et infantile, fixés pour la période de 2015 à 2030.

Tout en reconnaissant que les résultats attendus n'ont pas été pleinement atteints malgré les efforts déployés, il est important de relever les progrès notables réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile. En effet, entre 2011 et 2018 (EDS-2011 et 2018), le ratio de mortalité lié à la grossesse est passé de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes à 467 décès pour 100 000 naissances vivantes pour une cible projetée en 2030 de 140 décès pour 100 000 naissances vivantes.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Pendant cette même période, le taux de mortalité néonatale est passé de 31 à 28 décès pour 1000 naissances vivantes (pour une cible projetée de 12 décès pour 1000 Naissances) ; la mortalité infantile (mortalité des enfants de moins de 1 an) pour la même période est passée de 62 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes, (la cible projetée en 2030 était de 25 décès pour 1000 NV) et la mortalité infanto-juvénile est passée de 122 à 80 décès pour 1000 naissances vivantes (pour une cible projetée de 70 décès pour 1000 NV)(EDS 2018). A l'analyse, on constate que les taux de mortalité liée à la grossesse, néonatale et infantile ont connu une baisse au niveau national, mais l'enquête met en lumière la persistance de disparités régionales significatives. Ces disparités soulignent la nécessité d'une attention particulière et d'efforts ciblés pour garantir un accès équitable et une qualité optimale des services de santé de la reproduction à travers l'ensemble du pays. Les disparités régionales sont notamment observées dans les régions de l'Adamaoua, du Nord de l'Extrême-Nord et de l'Est, qui sont les plus touchées. Les causes de ces différentes mortalités sont à la fois directes, structurelles et organisationnelles.

Dans le but d'améliorer les performances en matière de santé de la reproduction et d'atteindre les ODD, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont donc élaboré un nouveau Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, des personnes âgées et de la Nutrition (PSN-SRMNIA-Nut) 2024-2030. Ce plan comporte 4 sections importantes.

La première section de ce plan présente pour chaque cible, un panorama exhaustif de la situation de la santé de la reproduction au Cameroun, étayé par des données et quelques indicateurs clés par cibles :

- Santé maternelle : ratio de mortalité maternelle, couverture des soins prénatals et postnatals, accouchements assistés par un personnel qualifié ;
- Santé du nouveau-né : Taux de mortalité néonatale, couverture vaccinale, couverture des soins post-natals, soins mère kangourou pour les nouveau-nés prématurés, mise au sein précoce et allaitement exclusif au sein durant 6 mois ;
- Santé infanto-juvénile : Taux de mortalité infantile, couverture vaccinale, Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE), prévention et prise en charge du paludisme ;
- Santé de l'adolescent(e) et du jeune : Prévalence contraceptive par les méthodes modernes chez les adolescentes et les jeunes femmes, prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les adolescent(e)s, prise en charge des violences basées sur le genre (VBG) et des pratiques culturelles néfastes (mariages précoces et mutilations génitales féminines) ;





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Santé de la femme et de l'homme y compris la femme et l'homme âgé : Planification familiale, prise en charge des IST, VIH/SIDA, lutte contre les cancers et les dysfonctionnements sexuels.

La seconde section du plan qui est alignée sur les orientations internationales et les plans de développement nationaux, présente le cadre stratégique et les interventions prioritaires à mettre en œuvre de manière concertée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces interventions visent à s'attaquer aux goulots d'étranglement structurels et organisationnels qui entravent la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

La vision de ce plan est de faire du Cameroun " un pays où la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, ainsi que la morbidité liée à la santé de la reproduction, sont réduites au minimum, en particulier chez les populations les plus vulnérables et défavorisées. "

Cette section du document précise aussi l'objectif global du PSN SRMNIA-Nut 2024-2030 qui est de " contribuer d'ici à 2030 à la réduction de la morbidité et de la mortalité spécifique aux problèmes de la santé de reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e)/jeune, ainsi que de la femme et de l'homme âgés. "

Pour atteindre cet objectif global, le plan a défini trois axes stratégiques principaux et chacun est assorti d'objectifs stratégiques :

- **Axe Stratégique 1 : Extension de la Couverture des Interventions à Haut Impact.** Cet axe regroupe les interventions qui bénéficient directement aux cibles du PSN-SRMNIA-Nut. Il a deux objectifs stratégiques qui sont :
 - Objectif stratégique n°1.1. : Améliorer la couverture des interventions SRMNIA-Nut à haut impact pour la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent(e), le jeune, l'homme et la femme y compris la personne âgée d'ici à 2030 ;
 - Objectif stratégique n°1.2. : Contribuer à la réduction des pratiques culturelles néfastes chez les adolescent (e)s, les femmes et les hommes (violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines et mariages d'enfants) d'ici à 2030.
- **Axe Stratégique 2 : Renforcement des Activités de Soutien ;** cet axe regroupe les interventions transversales qui concernent toutes les cibles. Il a deux objectifs stratégiques qui sont :
 - Objectif stratégique n°2.1. : Améliorer la disponibilité des services SRMNIA-Nut de qualité d'ici à 2030 ;
 - Objectif stratégique n°2.2. : Améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services SRMNIA-Nut d'ici à 2030.
- **Axe Stratégique 3 : Mise en Place des Mécanismes Efficaces pour l'Accompagnement de la Mise en Œuvre du Plan Stratégique ;** cet axe vise à renforcer la gouvernance et





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

le pilotage du PNS-SRMNIA-Nut 2024-2030, ainsi qu'à accroître la résilience du système de santé face aux risques d'urgences de santé publique. Il comprend les objectifs stratégiques suivants :

- Objectif stratégique n°3.1. : Renforcer la gouvernance du système de santé pour la SRMNIA-Nut d'ici à 2030 ;
- Objectif stratégique n°3.2. : Renforcer le pilotage stratégique de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique SRMNIA-Nut d'ici à 2030 ;
- Objectif stratégique n°3.3. : Renforcer la résilience du système de santé face aux risques d'urgences de santé publique en vue d'améliorer la dispensation des services de santé de la reproduction.

La quatrième section présente le cadre de performance, le cadre de mise en œuvre le cadre de suivi évaluation du PNS-SRMNIA-Nut 2024-2030 et son budget.

En effet, bien que le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) assure le leadership de la mise en œuvre dudit plan stratégique, il est crucial de reconnaître que le problème de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile est multifactoriel et nécessite la mise en œuvre des interventions et des stratégies multisectorielles. Ainsi, les différents ministères partenaires contribueront à la mise en œuvre de ce plan stratégique multisectorielle conformément à leurs mandats respectifs. Le cadre de suivi et évaluation conjoint élaboré permettra de suivre les progrès de la mise en œuvre du plan et de mesurer son impact. La mise en œuvre efficace de ce plan requiert une mobilisation adéquate des ressources humaines, matérielles et financières de la part de toutes les parties prenantes

Le budget global pour la mise en œuvre de ce plan est estimé à 308 553 646 283 (trois cent huit milliards, cinq cent cinquante-trois millions, six cent quarante-six mille deux cents quatre-vingt-trois) francs CFA.





TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	1
2	CONTEXTE	4
2.1.	CONTEXTE GENERAL DU CAMEROUN	4
2.1.1.	Situation géographique.....	4
2.1.2.	Situation sociodémographique et culturelle.....	5
2.1.3.	Situation administrative et politique	7
2.1.4.	Contexte humanitaire et sécuritaire	7
2.1.5.	Situation économique.....	8
2.1.6.	Conditions de vie des populations	10
2.2.	CONTEXTE SANITAIRE ET SITUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	10
2.2.1.	Etat de santé de la population.....	10
2.2.2.	Organisation du secteur de la santé au Cameroun.....	11
2.2.3.	Performance du système de santé.....	12
2.2.4.	Financement de la santé	12
2.2.5.	Infrastructures et équipements.....	14
2.2.6.	Médicaments et autres produits pharmaceutiques	14
2.2.7.	Ressources humaines	16
2.2.8.	Système national d'information sanitaire	18
2.2.9.	Gouvernance et pilotage stratégique.....	19
3	ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNIA-Nut	19
3.1	PRÉSENTATION DE LA SITUATION SPÉCIFIQUE DES CIBLES DE LA SRMNIA-Nut.....	20
3.1.1	Situation de la Santé maternelle.....	20
3.1.2	Situation de la santé du Nouveau-né.....	26
3.1.3	Situation de la santé de l'enfant	29
3.1.4	Situation de la Santé de la reproduction des Adolescent(e)s et des Jeunes	32
3.1.5	Situation de la Santé de la reproduction des personnes âgées	35
3.1.6	Situation de la santé de la reproduction des groupes cibles vulnérables	36
3.2	DESCRIPTION DES INTERVENTIONS TRANSVERSALES	36
3.2.1.	La Planification familiale.....	36
3.2.2.	Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites virales et du VIH/Sida	38
3.2.3.	PTME	39
3.2.4.	Prise en charge de l'infécondité/l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels	39
3.2.5.	Prise en charge des cancers génitaux et mammaires	40
3.2.6.	Prise en charge des VBG et des Pratiques culturelles néfastes à la santé de la reproduction de jeune fille et de la femme	41
3.2.7.	Prise en charge des besoins nutritionnels des populations cibles de la SRMNIA-Nut	45
3.3	Réponse nationale face aux problèmes de la SRMNIA-Nut.....	49
3.3.1	Réponse institutionnelle Publique	50
3.3.2	Actions des Partenaires Techniques et Financiers.....	76
3.3.3	Participation communautaire	76





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

3.3.4	Actions du secteur privé	78
3.3.5	Perception des parties prenantes sur la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNI échu 2014-2020 et analyse FFOM	78
3.4	Problèmes majeurs de la SRMNIA-Nut et causes tributaires	83
4	CADRE CONCEPTUEL	86
4.1	ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PLAN	86
4.1.1	Ancrage	86
4.1.2	Vision	87
4.1.3	Mission	87
4.1.4	But	87
4.1.5	Objectif général	87
4.1.6	Axes stratégiques	87
4.1.7	Principes directeurs	88
4.1.8	Théorie du changement	89
4.2	CADRE LOGIQUE D'INTERVENTIONS	91
4.3	ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	97
5	CADRE DE MISE EN OEUVRE	98
5.1	Dispositif institutionnel pour le suivi de la mise en œuvre du plan	98
5.2	Rôles des acteurs	98
5.2.1	Rôles et responsabilités du Ministère de la Santé Publique	98
5.2.2	Rôles et responsabilités des autres ministères et acteurs impliqués	103
5.2.3	Rôles et responsabilités de la communauté	107
5.2.4	Rôles et responsabilités des partenaires techniques et financiers	108
5.2.5	Rôles et responsabilités de la société civile, du secteur privé, ONG, OBC, associations professionnelles et religieuses	108
6	CADRE DE PERFORMANCE ET DE SUIVI-EVALUATION	109
6.1	Cadre de performance	109
6.1.1	Indicateurs d'impact	109
6.2	Modalités de suivi et d'évaluation	113
6.2.1	Principes généraux et mesures d'accompagnement	113
6.2.2	Modalités de suivi	113
6.2.3	Modalités de l'évaluation	114
7	BUDGET	116
8	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	124
9	ANNEXES	127
9.1	ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE	127
9.2	ANNEXE 2 : CADRE DE PERFORMANCE	155
9.2.1	Indicateurs d'impact	155
9.2.2	Indicateurs de résultats	156
9.2.	ANNEXE 2: CONTINUUM OF CARE COVERAGE AND EQUITY	173



ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACRONYME	DEFINITION
ACV	Agence de contractualisation et de vérification
AFD	Agence Française de Développement
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASCp	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
BCG	Bacille Calmette Guérin
BID	Banque Islamique de Développement
BUNEC	Bureau National de l'Etat Civil
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CBCHS	Cameroon Baptist Convention Health Services
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CCOUSP	Centre de Coordination des Urgences de Santé Publique
CDC	Centre for Disease Control and Prevention
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHRACERH	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CIRCB	Centre International de Recherche Chantal Biya
CIS	Cellule des Informations Sanitaires
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLCa	Comité national de lutte contre le cancer
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNS	Comptes Nationaux de Santé
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de gestion du District
COSA	Comité de Santé
COSADI	Comité de Santé du District
COVID 19	Coronavirus Disease 19
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Post Obstétricale et Néonatale
CSI	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture Santé Universelle
CTA	Centre de traitement agréé
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DAJC	Division des Affaires Juridiques et du Contentieux
DCOOP	Division de la Coopération et du Partenariat



Plan Stratégique National SRMNTA-Nut 2024-2030

DEP	Division des Etudes et Projets
DGSN	Délégation Générale à la Sûreté Nationale
DHIS	District Health Information Software
DIU	Dispositif Intra Utérin
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et Pandémies
DOSTS	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DPML	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRH	Direction des Ressources Humaines
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DRSP	Délégation Régionale de Santé Publique
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DSF	Direction de la Santé Familiale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
FDR	Feuille de Route
FEC	Femme Enceinte
FFOM	Forces-Faiblesses-Opportunités-Ménaces
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fond Régional pour la Promotion de la Santé
FSS	Fonds de Solidarité de Santé
GANE	Groupes Armés Non Etatiques
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFF	Global Fund Financing / Mécanisme de financement mondial
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GIZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération Technique Allemande)
GTT	Groupe Technique de Travail
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
IEC	Information-Education-Communication
IHME	Institute of Health Metrics and Evaluation
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
ISDC	Interventions Sous Directives Communautaires
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau / Banque de Développement Allemande
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MEO	Mise en œuvre
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action
MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINAT	Ministère de l'Administration Territoriale
MINCOM	Ministère de la Communication
MINDEF	Ministère de la Défense
MINDDEVEL	Ministère de la Décentralisation et du Développement Local
MINEDUB	Ministère de l'Education de Basse
MINEE	Ministère de l'Eau et de l'Énergie
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINEPIA	Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales
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
MINJUSTICE	Ministère de la Justice
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MIS	Malaria Indicator Survey
MOH	Ministry of Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
NNE	Nouveau-né
NUT	Nutritionnel
NV	Naissances vivantes
OBC	Organisation à Base Communautaire
ODD	Objectif pour le Développement Durable
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONSP	Observatoire National de la Santé Publique
OSC	Organisation de la Société Civile
PBF	Performance Based Financing
PCIME	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIMNE	Prise en charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PDI	Personne Déplacée Interne
PDRH	Plan Stratégique pour le Développement des Ressources Humaines en Santé
PEC	Prise en charge
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PLMNI	Programme multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLC	Programme National de lutte contre la Cécité
PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNTS	Programme National de Transfusion Sanguine
PSLMMNIJ	Plan stratégique de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personnes Vivantes avec le Virus du SIDA
RHS	Ressources Humaines en Santé
RMA	Rapport Mensuel d'Activité
SAJ	Santé des Adolescent(e)s et Jeunes
SASNIM	Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIGL	Systèmes D'Information pour la Gestion Logistique
SMK	Soins mère-kangourou
SND	Stratégie Nationale de Développement
SNIS	Système National des Informations Sanitaires
SOCAPED	Société Camerounaise de Pédiatrie
SOGOC	Société des Gynécologues et Obstétriciens du Cameroun
SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOP	Standard operating procédures
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s et des Jeunes
SRMNIA-Nut	Santé de la reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescent(e)s/jeunes
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
TARV	Traitement Antirétroviral
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	Agence des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organisation





LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indicateurs sociodémographiques	26
Tableau 2 : Indicateurs macro-économiques.....	30
Tableau 3 : Différents niveaux du système de Santé au Cameroun	31
Tableau 4 : Dépenses totales de santé par habitant par an de 2018 à 2019 en FCFA	33
Tableau 5 : Répartition des structures de santé par région	34
Tableau 6 : Effectif du personnel médical par région	37
Tableau 7 : Répartition des Pédiatres et des Gynécologues Obstétriciens par Région.....	38
Tableau 8 : Couverture vaccinale au Cameroun de 2011 à 2020 (en pourcentage)	53
Tableau 9 : Prévalence contraceptive de chaque méthode par les femmes en âge de procréer de 2004 à 2018 (EDS 2004,2011, 2018)	60
Tableau 10 : Les 13 Facteurs de risque fréquents des cancers.....	64
Tableau 11 : Indicateurs de la qualité de la prise en charge des nouveau-nés et des enfants	80
Tableau 12 : Niveaux et tendances du dépistage et de la prise en charge appropriée des fistules obstétricales chez les jeunes filles.....	82
Tableau 13 : Formations sanitaires possédant une unité d'Oncologie médicale.....	84
Tableau 15 : Evolution des dépenses courantes de santé par catégorie de maladies selon la CIM 10 de 2018 à 2019 en FCFA.....	89
Tableau 16 : Dépenses courantes de santé liées à la Santé de la Reproduction par sources de financement de 2018 à 2019 (FCFA)	91
Tableau 17 : Répartition du budget par axe stratégique et par année d'exécution.....	146
Tableau 18 : Répartition du budget par Objectif Stratégique et par année d'exécution.....	147
Tableau 19 : Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 1 et par cibles bénéficiaires	148
Tableau 20 : Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 1 , Objectif stratégique N° 2.....	150
Tableau 21 ; Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 2, objectif stratégique 2	151
Tableau 22 ; Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 3, objectif stratégique 3	152





LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Synthèse des documents de planification stratégiques et opérationnels élaborés pour la SRMNI par le MINSANTE entre 2014 et 2021	23
Figure 2 : Dépenses totales de santé par sources de financement.....	33
Figure 3 : Budget alloué à la santé en pourcentage du budget total du gouvernement au Cameroun de 2005 à 2023 en dollars (Conseil National de Statistique).....	34
Figure 4 : Evolution du Ratio de mortalité liée à la grossesse entre 1991 et 2018 au Cameroun..	41
Figure 5 : Nombre de femmes opérées pour fistule obstétricale.	47
Figure 6 : Mortalité néonatale par région en 2018	48
Figure 7 : Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Cameroun de 1991 à 2018	51
Figure 8 : Causes de la mortalité des moins de 5 ans	52
Figure 9 : Couverture des DS du Cameroun par les ASCp en 2022	77
Figure 10 : Niveaux et tendances (%) de l'offre en service adapté en SAJ.....	81
Figure 12 : Évolution de la dépense totale de santé par sources de financement de 2018 à 2019 en % de la DTS	88
Figure 13 : Évolution de la dépense totale de santé par sources de financement de 2018 à 2019	89
Figure 14 : Évolution de la contribution (en milliards de FCFA) de l'État pour la SRMNEA-N sur la période 2018-2022.....	90
Figure 15 : Évolution de la contribution (en milliards de FCFA) des PTF pour la SRMNEA-N sur la période 2018-2022.....	91
Figure 16 : Contribution en pourcentage des PTF sur la période 2018-2022	Erreur ! Signet non défini.
Figure 17 : Fréquence annuelle des accouchements simples et des césariennes à l'Hôpital Régional de Maroua avant (2006-2008) et pendant l'implémentation des Kits Obstétricaux (2012-2014).	93
Figure 18 : Ventes cumulatives des Chèques Santé par Région	94
Figure 19 : Distribution (%) des personnels formés et impliqués dans la communication IEC/CCC/C4D sur la période 2015-2019	102





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

1 INTRODUCTION

Le Cameroun fait partie des pays où les indicateurs de santé maternelle, néonatale infantile et des adolescents restent préoccupants malgré les engagements pris, les actions menées et les progrès réalisés. En effet, le Cameroun a souscrit à plusieurs engagements internationaux parmi lesquels : la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000, le Protocole de MAPUTO en 2009. Par ailleurs, suite à l'initiative de l'Union Africaine, le Cameroun a adhéré à la Campagne pour l'accélération de la réduction de mortalité maternelle et néonatale en Afrique (CARMMA) en 2010 et en 2015. Le pays s'est en outre engagé à accélérer ses efforts pour atteindre les Objectifs de Développement Durable qui couvrent la période 2015-2030. Faisant suite à ces engagements, plusieurs stratégies ont été développées dans le but d'atteindre les objectifs nationaux et internationaux dans le domaine de la santé reproduction, ce qui a abouti à l'amélioration de certains indicateurs d'impact SRMNIA-Nut.

En effet, entre 2011 et 2018 le ratio de mortalité maternelle lié à la grossesse est passé de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes à 467 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de la mortalité néonatale est passé de 31 à 28 décès pour 1000 naissances vivantes au cours de la même période ; la mortalité infantile est quant à elle passée de 62 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes et la mortalité infanto-juvénile de 122 à 80 décès pour 1000 naissances vivantes. (EDS-2011 et 2018).

En ce qui concerne les indicateurs d'effets ou de couverture, on observe des disparités régionales marquées ; les régions de l'Adamaoua, du Nord, de l'Extrême-Nord et de l'Est ont des couvertures particulièrement faibles.

Les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui sont en proie à une guerre civile depuis plus de 5 ans connaissent quant à elles une grande perturbation de leur système de santé avec subséquemment, une mise en œuvre insuffisante des programmes de santé. De manière générale et en dépit des efforts déployés avec l'appui des partenaires au développement, les résultats en matière de SRMNIA-Nut escomptés n'ont pas été atteints au cours de la décennie passée. En effet, même si les indicateurs d'impact SRMNIA-Nut présentent globalement une évolution positive, ceux-ci sont en deçà des projections nationales et internationales. Ce constat met en exergue la nécessité de redoubler et d'intensifier les efforts déployés si le Cameroun ambitionne d'atteindre les ODD de la SRMNIA-Nut dont l'échéance est fixée en 2030.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Les objectifs projetés au niveau national n'ont pas été atteints principalement ; cette situation est due une conjonction de facteurs notamment : le sous financement des interventions SRMNIA-Nut. De plus, la réponse des acteurs impliqués dans l'amélioration des indicateurs SRMNIA-Nut est fragmentée, incomplète et peu intégrée. Cette situation est aggravée par un alignement insuffisant des actions menées par rapport aux priorités SRMNIA-Nut et une faible coordination des acteurs qui contribue à entraver l'efficacité des interventions.

Face aux défis suscités et dans le but de répondre efficacement aux problèmes liés à la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-Né, de l'Enfant et de l'Adolescent (SRMNIA), le Gouvernement et ses partenaires ont lancé et mis en place en 2013, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile (PLMI). La vision de ce programme était de « faire du Cameroun une nation où l'accès universel à des soins et services de santé de qualité pour les femmes et les enfants est une réalité, où les décès maternels, néonataux et infantiles évitables sont éliminés ».

Le Ministère de la Santé Publique à travers la DSF et le PLMI ont élaboré au cours de la période 2014- 2020 plusieurs documents stratégiques majeurs (six au total) notamment (a) le Plan stratégique de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (2014-2020) dont l'objectif général était de réduire : (i) les taux de décès maternels de 29%, les faisant passer de 782 à 557 pour 100 000 naissances vivantes ; (ii) la mortalité infanto juvénile de 27%, soit de 122 à 89 décès pour 1000 naissances vivantes ; et (iii) les décès néonataux de 23 % c'est-à-dire de 31 à 24 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2020 ; (b) le plan stratégique 2014-2020 du programme national multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, néo-natale et infanto-juvénile ; (c) le Plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes au Cameroun (2015-2019) ; (d) le Plan opérationnel de planification familial au Cameroun (2015-2020) ; (e) le Plan Opérationnel National de la Santé du nouveau-né Cameroun (2016-2018) ; (f) le dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun (2017-2020) (Voir Figure 1).





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Porteur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PLMI	Plan stratégique 2014-2020 du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun							EVALUATIONS
DSF	Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle Néonatale et Infantile PSN/SRMNI - Cameroun - 2014 - 2020							
DSF		Plan stratégique national de la santé des adolescents et des jeunes au Cameroun (2015 – 2019)						
DSF		Plan opérationnel de planification familiale au Cameroun - 2015–2020						
DSF			Plan Opérationnel National Santé Nouveau-né Cameroun 2016-2018					
					Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun, 2017-2020			
PLMI								

Figure 1 : Synthèse des documents de planification stratégiques et opérationnels élaborés pour la SRMNI par le MINSANTE entre 2014 et 2021

Toutefois, face à la multiplicité des plans élaborés au cours de la période (2014-2020) et à l'inefficacité que cela a engendré, un consensus s'est dégagé en mai 2023 lors des échanges avec les parties prenantes pour éviter le chevauchement des contenus et la fragmentation des documents de planification de SRMNI (Voir Figure 1) ; ce consensus vise aujourd'hui à n'élaborer qu'un seul plan stratégique pour la période 2024-2030 afin d'adresser tous les problèmes de SRMNIA-Nut au Cameroun.

Le plan SRMNIA-Nut 2024-2030 propose une approche intégrée, cohérente et efficace pour relever les défis de la SRMNIA-Nut. Il vise à harmoniser les efforts des différents acteurs et à optimiser les ressources pour atteindre les objectifs de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, tout en combattant la malnutrition.

Ce nouveau Plan stratégique national SRMNIA-Nut 2024-2030 sera aligné sur les orientations internationales d'une part mais aussi sur les plans de développement nationaux d'autre part.

Il s'appuie sur les enseignements tirés de la mise en œuvre des précédents plans stratégiques nationaux, du dossier d'investissement pour la Santé de Reproduction (SR), ainsi que sur les meilleures pratiques internationales. Cette approche permettra de pérenniser les stratégies efficaces et d'en introduire de nouvelles, plus pertinentes pour améliorer la SRMNIA-Nut au Cameroun. Ce plan est le document de référence qui guidera la planification et la mise en œuvre des interventions SRMNIA-Nut au cours des





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

6 prochaines années. Le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) a piloté le processus d'élaboration de ce nouveau Plan Stratégique National à travers la Direction de la Santé Familiale (DSF) et le Programme Multisectoriel de lutte contre la Mortalité maternelle néonatale et infanto-juvénile (PLMI).

2 CONTEXTE

2.1. CONTEXTE GENERAL DU CAMEROUN

2.1.1. Situation géographique

Pays d'Afrique centrale, le Cameroun a une superficie de 475 650 km² et est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et Nord par, le Tchad et le Nigéria.



Source : INS, BUCREP





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

2.1.2. Situation sociodémographique et culturelle

Sur le plan démographique, la population du Cameroun était estimée à 23 248 044 habitants en 2017. Selon le World Fact Book Intelligence Agency, Les projections de Population Pyramide prévoient un effectif de 34 051 102 à l'horizon 2030.

L'espérance de vie à la naissance au Cameroun est passée de 53,4 ans en 1990 à 59,3 ans en 2019, soit une augmentation de 5,9 années au cours de cette période. Il convient cependant de relever qu'au cours de la décennie 1990-2000 marquée par la récession économique et l'implémentation des programmes d'ajustement structurel, cette espérance de vie à la naissance a connu une baisse transitoire significative passant de 53,4 à 51 ans. Selon les Nations Unies, en 2023 cette espérance de vie était de 54.4 ans¹. Plus de la moitié de cette population (53,2%) réside en milieu urbain et les régions ayant le poids démographique le plus important sont le Centre (19,6%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,2%), et le Nord (11%). Les régions à grande densité de la population sont le Littoral (174,8 habitants/km²), suivi de l'Ouest (142,9 habitants/km²).

Selon EDS-2018, la fécondité reste élevée, précoce et tardive. Le niveau de fécondité, mesuré par l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), est estimé à 4,8 ; c'est-à-dire près de 5 enfants en moyenne par femme. Le niveau de fécondité est nettement plus élevé en milieu rural (6,0 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,8 enfants par femme). La fécondité est plus élevée dans les régions du Nord (ISF de 6,2) et de l'Extrême-Nord (5,9), et plus faible dans les régions du Littoral (4,3) et du Sud (4,1). Les villes de Yaoundé (3,5) et de Douala (2,8) enregistrent les niveaux les plus faibles.

Le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique, étape nécessaire pour la capture du dividende démographique. La fécondité y est encore élevée malgré la légère baisse enregistrée entre 1991 et 2018, période où l'indice synthétique de fécondité est passé de 5,8 à 4,8.

La structure de la population est peu favorable à la croissance et au développement économique dans la mesure où elle ne donne pas suffisamment de marge de manœuvre à la population active pour épargner et entreprendre des investissements productifs à cause des charges importantes qui lui sont imposées par la population dépendante (personnes non productives économiquement). La conséquence directe est la forte demande en infrastructures et services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière.

¹ Nations Unies dans Rapport de l'étude sur l'impact des politiques publiques liées à la pandémie de la covid-19 sur les entreprises, les femmes et les jeunes : cas du Burkina-Faso, du Cameroun, de la Cote d'Ivoire et du Sénégal par Benjamin FOMBA KAMGA, (compléter la référence)





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuples soudanais, peuls et bantus. Le pays compte près de 250 ethnies réparties en cinq grands groupes culturels :

- Les peuples des régions semi-arides du grand Nord de type Soudanais, Hamites et Sémites qui sont majoritairement musulmans, chrétiens ou animistes ;
- Les peuples des plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) de type semi-Bantu, généralement chrétiens ou animistes ;
- Les peuples des forêts tropicales côtières (régions du Littoral, du Sud-Ouest et côte de la région du Sud), de type bantu, qui sont pour la plupart chrétiens et animistes ;
- Les peuples de la forêt tropicale équatoriale du Sud (régions du Centre, du Sud et de l'Est), de type bantu d'une part et les peuples semi-bantu, soudanais ou pygmées d'autre part. Dans ces groupes les religions prédominantes sont le christianisme et l'animisme (EDS 2014).

Tableau 1 : Indicateurs sociodémographiques

Population totale estimée en 2022 :	26 058 314
0 -14 ans	43,6%
Moins de 25 ans	64,2%
15 - 64 ans	53,5%
65 et plus	2,7%
Population de 25 ans et plus	37,6%
Taux de croissance démographique moyen	2,6%
Densité de la Population au Km ²	48 hbts /Km ²
Taux d'urbanisation	52%
Taux de Pauvreté	37,5% en 2014
Taux de chômage élargi	5,7%
Taux de sous-emploi global	71%
Espérance de vie à la naissance	59 ans

Sources : BUCREP, 3^{ème} RGPH

Le taux d'alphabétisation des jeunes âgés de 15 à 25 ans était de 86% en 2020 selon la Banque Mondiale, variant de 89% chez les garçons et à 84% chez les jeunes femmes. Ce taux est de 78% chez l'ensemble des adolescents, jeunes et adultes âgés de 15 ans et plus².

²<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.UEM.INTM.ZS?locations=CM>





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

2.1.3. Situation administrative et politique

Le Cameroun compte 10 régions, divisées en 58 départements et 360 arrondissements. Au cours de la dernière décennie, des avancées majeures ont été enregistrées au plan institutionnel. En effet, le Sénat, chambre haute du parlement, a été mis en place et est aujourd'hui pleinement fonctionnel. Il en est de même du Conseil constitutionnel. En outre, plusieurs textes ont été promulgués notamment la loi N° 2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal en rapport avec les problématiques de la SRMNIA-Nut et la loi N°2019/024 du 24 décembre 2019 portant code général des Collectivités Territoriales Décentralisées. En matière de gouvernance locale, les premières compétences ont été transférées aux communes par l'État central en 2010. Conformément au principe de progressivité, ce processus s'est intensifié en 2018 avec le transfert de 63 nouvelles compétences par 21 ministères.

La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, le décret No 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes. Il s'agit de la construction, de l'équipement et de la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI).

La mise en œuvre effective de la décentralisation peut donc jouer un rôle crucial dans l'amélioration des indicateurs SRMNIA-Nut en renforçant la gouvernance locale, en optimisant l'allocation des ressources, en favorisant la participation communautaire et en responsabilisant les acteurs locaux.

2.1.4. Contexte humanitaire et sécuritaire

Le Cameroun traverse une période de crises multiformes qui aggravent considérablement la situation humanitaire dans le pays. En effet, depuis plusieurs années, le pays est confronté à un afflux continu de réfugiés en provenance de la République centrafricaine (RCA), principalement dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua. Dans le même temps, les attaques de Boko Haram sévissent dans la région de l'Extrême-Nord, tandis que les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest sont en proie à des revendications sociopolitiques qui ont dégénéré en conflit armé.

Ces crises ont entraîné une augmentation alarmante des besoins humanitaires au Cameroun. En Septembre 2022, l'ONU estime que 3,9 millions de personnes auront besoin d'une assistance humanitaire au Cameroun pourtant les ressources disponibles restaient cruellement insuffisantes.

Le conflit armé qui sévit dans les régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest entre les forces gouvernementales et les groupes armés non étatiques (GANE) ne montre aucun signe d'apaisement à court ou à moyen terme. La situation se caractérise par des attaques récurrentes, une prolifération des GANE, des opérations militaires et des restrictions de mouvement imposées par les parties en conflit, ce qui crée un environnement extrêmement difficile pour les acteurs humanitaires et limite considérablement leur accès aux populations affectées.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Le conflit du Nord-Ouest et Sud-Ouest a entraîné des déplacements massifs de populations vers les régions voisines de l'Ouest et du Littoral, ainsi que vers les communes de Yaoundé. Ces déplacements internes s'accompagnent d'une augmentation des besoins humanitaires, notamment en matière d'accès à la nourriture, à l'eau, à l'abri et aux soins de santé.

Face à l'ampleur et à la complexité des crises qui frappent le Cameroun, il est urgent de mobiliser des efforts supplémentaires et une solidarité internationale accrue pour répondre aux besoins humanitaires croissants des populations affectées.

La région de l'Extrême-Nord du Cameroun continue d'être le théâtre d'hostilités et de violences persistantes. Des groupes armés non étatiques (GANE) y mènent régulièrement des attaques contre les civils, provoquant de nouveaux déplacements de populations, particulièrement dans les zones frontalières avec le Nigeria.

En plus de ces incursions des GANE, les explosions de violences intercommunautaires à grande échelle, comme celles survenues dans le lotissement de Logone Birni en août et décembre 2021, constituent une menace permanente pour la sécurité et la stabilité de la région. Ces conflits, souvent liés à des tensions entre éleveurs et agriculteurs pour l'accès aux ressources naturelles, sont exacerbés par les effets du changement climatique et la pression croissante sur les ressources locales, notamment les points d'approvisionnement en eau.

Ces violences et tensions ont entraîné une augmentation significative des déplacements forcés. Entre août 2021 et août 2022, le nombre de personnes déplacées internes (PDI) dans l'Extrême-Nord du Cameroun a connu une augmentation préoccupante, passant de 358 372 à 385 372, soit une hausse d'environ 27 000 personnes. Parallèlement à cette situation, le nombre de rapatriés dans la région a également enregistré une hausse significative, atteignant 138 152 en août 2022.

L'augmentation du nombre de PDI et de rapatriés dans l'Extrême-Nord met à rude épreuve les ressources et les services humanitaires déjà limités dans la région. Ces ressources insuffisantes ne permettent pas d'apporter un soutien adéquat à ces populations vulnérables pour répondre à leurs besoins essentiels dans le domaine de la SRMNIA-Nut.

2.1.5. Situation économique

Depuis novembre 2021, le Cameroun est en proie à une inflation tenace, largement alimentée par la rareté et l'escalade des prix des denrées de base telles que le pain, le blé, l'huile végétale et la viande. Ces fluctuations sont en grande partie imputables aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement mondiale engendrées par la pandémie de Covid-19 et l'instabilité résultant de la guerre entre l'Ukraine et la Russie.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Ce contexte défavorable a freiné la reprise économique du Cameroun, accentuant les pressions inflationnistes et les vulnérabilités structurelles du pays. Bien que les perspectives économiques à moyen terme du Cameroun demeurent relativement encourageantes, les risques (tensions politiques internes ou sociales ; volatilité des prix des matières premières, dépendance à l'égard de l'aide extérieure et perturbations économiques mondiales) pourraient entraver sa croissance économique et compromettre sérieusement ses perspectives. La croissance du PIB réel devrait atteindre 4,2 % en moyenne sur la période 2023-2025, soutenue par une activité accrue dans les secteurs secondaire et tertiaire.

Entre 2010 et 2019, l'économie camerounaise a connu une croissance en dents de scie. Si elle a affiché une progression notable, passant de 3% à 4,5% en moyenne sur cette période, elle est toutefois restée en deçà de l'objectif de 5,5% fixé dans le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Cette performance, bien que modeste, témoigne à n'en point douter de la résilience de l'économie face aux divers chocs conjoncturels (économiques) et sécuritaires auxquels le pays a été confronté.

Sur le front de l'inflation, le Cameroun a réussi à maintenir un taux maîtrisé autour de 2% en moyenne annuelle, respectant ainsi le seuil de convergence de la CEMAC fixé à 3%³. Cependant, la structure globale de répartition du PIB par secteur n'a pas évolué favorablement au cours de la dernière décennie et les prévisions d'une hausse du secteur primaire ne se sont pas matérialisées. En effet, la part du secteur primaire, qui devait atteindre 33,2 %, est restée bloquée en dessous de 20 %, principalement en raison du déclin de l'agriculture traditionnelle face à la mécanisation croissante de cette agriculture. Parallèlement, le secteur secondaire, qui représentait 33 % du PIB en 2010, a connu un déclin significatif pour atteindre 28,2 % en 2018. En revanche, le secteur tertiaire, porté par le développement des services, a connu une croissance spectaculaire de plus de 15 points, passant de 41,2 % à 57,1 % sur la même période.⁴

La tendance décroissante des secteurs primaire et secondaire, traditionnels moteurs de la croissance, au profit d'un secteur tertiaire dominant, bien que générateur de services, soulève des questions quant à la durabilité et à la résilience de la trajectoire économique du pays. En effet, cette tertiarisation croissante, si elle n'est pas accompagnée d'une transformation structurelle profonde et d'une diversification de l'économie, risque de fragiliser le Cameroun face aux chocs externes et de limiter son potentiel de croissance à long terme.

³SND30, page 24-25.

⁴SND30, page 25.





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

Tableau 2 : Indicateurs macro-économiques

PIB par tête (FCFA)	358.100
Indice de Développement Humain/Rang (2019)	0,563 /153
Taux de croissance du PIB (2020)	3,5%
Dépenses en capital en milliards de FCFA (budget 2021)	1 132,9
Dépenses d'investissements en milliards de FCFA (budget 2021)	1 132,7
Ressources budgétaires totales en milliards FCFA (budget 2021)	5 131,5
Pourcentage budget alloué à la Santé (2021)	3,8%

Sources : MINSANTE, Loi de Finances 2021, INS 2020, BAD 2020

2.1.6. Conditions de vie des populations

Selon l'INS, le taux de pauvreté n'a pratiquement pas baissé entre 2001 et 2014, passant de 40,2 à 37,5 %, sur fond de disparités régionales prononcées et croissantes.

Les régions rurales de l'Extrême-Nord et du Nord sont les plus touchées par la pauvreté, avec respectivement un taux de 72% et 55,8% de la population de ces régions qui vit avec moins de 1 dollar par jour, selon le seuil de pauvreté extrême fixé par la Banque mondiale ; le taux de pauvreté des zones urbaines est estimé à 4,8 %.

Le taux de chômage a augmenté de 6,1% au Cameroun en 2021 par rapport à l'année 2020, selon l'Institut national de la statistique (INS). Alors que les femmes (6,1%) sont plus touchées par le chômage que les hommes (5%), le taux de sous-emploi global est de 65% pendant la même période, en baisse de 4 points par rapport à 2020. L'INS attribue cette situation à la pandémie de la COVID-19, qui a eu des effets néfastes sur l'emploi ou la cessation d'activité qui a touché à peu près trois ménages sur cinq (54%) en juillet 2021.

2.2. CONTEXTE SANITAIRE ET SITUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

2.2.1. Etat de santé de la population

Le profil épidémiologique du Cameroun continue d'être marqué par une forte prédominance des maladies transmissibles bien que celles-ci soient en baisse. Les plus importantes sont toujours le VIH/SIDA et le paludisme. Ces deux pathologies sont les principales causes de décès répertoriées depuis plus de 10 ans.

Les maladies non transmissibles quant à elles ont connu une tendance à la hausse au cours de ces dernières années. Ceci se traduit par l'augmentation du nombre de décès causés par les accidents vasculaires cérébraux (21,7%) et les cardiopathies ischémiques (32,8%)⁵.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

2.2.2. Organisation du secteur de la santé au Cameroun

Le secteur de la santé au Cameroun est organisé en forme de pyramide comprenant trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et trois sous-secteurs : (i) un sous-secteur public ; (ii) un sous-secteur privé (à buts non lucratif et lucratif); et (iii) un sous-secteur traditionnel. Chaque niveau de la pyramide ainsi constituée dispose des structures administratives, sanitaires et de dialogue.

Tableau 3 : Différents niveaux du système de Santé au Cameroun

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structure de dialogue
Central	- Cabinet du Ministre de la Santé Publique - Secrétariat Général - Directions et Structures assimilées	- Elaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, CHU, Hôpitaux Centraux et Assimilés, CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP.	Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales.
Intermédiaire	10 Délégations Régionales de la Santé Publique	Appui technique aux Districts	-Hôpitaux régionaux et assimilés -Centres hospitaliers régionaux spécialisés de second niveau de référence -Fonds Régionaux pour la Promotion de la santé	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	205 Districts de santé ⁶	Mise en œuvre des Programmes	-Hôpitaux de District -Cliniques -CMA-CSI -Cabinet de soins.	-COSADI -COGEDI -COSA -COGE

Source: Plan de développement sanitaire des ressources humaines: Etat des lieux et diagnostic, 2012, SSS 2020-2030.

⁵ Source : EDS 2018 Page 379

⁶ RAPPORTS 2024 DOSTS





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

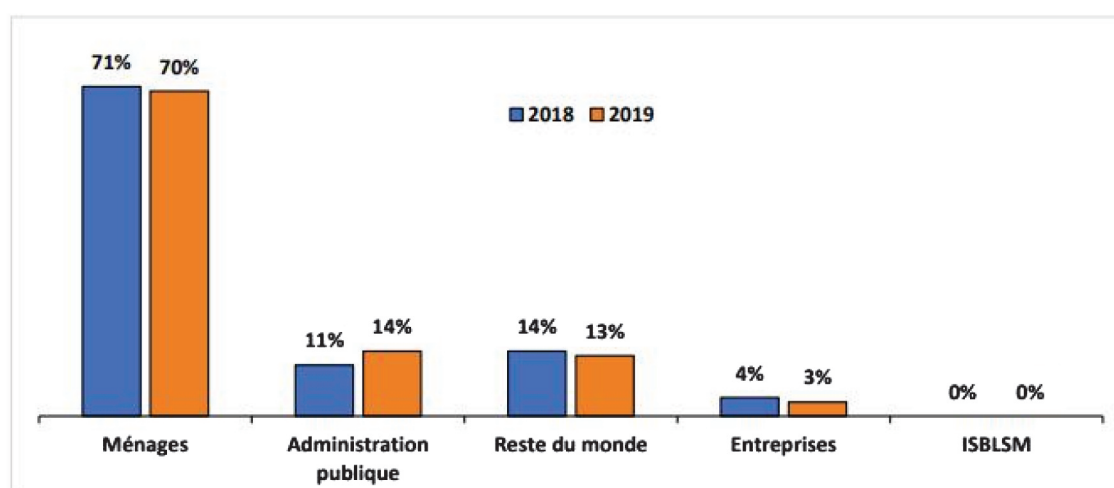
2.2.3. Performance du système de santé

Le système de santé camerounais est fragile et par conséquent ne répond pas efficacement aux besoins des populations. Le Cameroun est classé 158^{ème} parmi les 167 pays évalués d'après une évaluation réalisée par le think-tank britannique, Legatum Institute en 2021.

Le système de santé Camerounais est caractérisé par : (i). L'insuffisance des ressources financières mobilisées ; (ii). Un système d'informations sanitaires peu performant pour des prises de décisions objectives ; (iii). Un faible accès aux services et soins particulièrement pour les populations les plus vulnérables ; (iv). Une faible vulgarisation des documents techniques élaborés ainsi qu'une (v). Une faible fonctionnalité des dispositifs de coordination. Tout ce qui précède rend le système inapte et peu performants pour offrir des services et des soins de qualité aux populations. D'où la nécessité de renforcer les piliers des structures sanitaires et de corriger les faiblesses ci-dessus relevées si on veut améliorer les performances des services de santé.

2.2.4. Financement de la santé

Les dépenses totales de santé (DTS) sont passées de 821 à 874 milliards FCFA entre 2018 et 2019, soit une augmentation de 7%. En pourcentage du PIB, les DTS sont restées stagnantes à environ 4% durant cette période. Les ménages demeurent la principale source de financement des dépenses de santé. Sur ces deux années, ils ont contribué à environ 71% des DTS. La contribution de l'Etat quant à elle est passée de 93 (11%) à 118 milliards (14%) FCFA entre 2018 et 2019 ; quant aux partenaires multi et bilatéraux, leurs contributions respectives au cours des deux années étaient de 115 milliards (14%) et 111 milliards FCFA (13%).⁷



Source : CS 2018 et 2019.

Figure 2 : Dépenses totales de santé par sources de financement

⁷ Comptes nationaux de la santé 2018 et 2019





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

L'analyse des dépenses de santé par habitant indique qu'entre 2018 et 2019, il y a eu un accroissement de 5% des dépenses totales de santé par habitant ; ces dépenses sont passées de 34 589 à 36 305 FCFA. Entre ces deux années, les dépenses courantes par habitant des ménages ont augmenté de 3%, passant de 24 419 à 25 176 FCFA. Bien qu'ayant connu une augmentation en valeur absolue, les dépenses par habitant des bailleurs Bi et Multilatéraux ont enregistré une baisse de 6% pour les Dépenses Courantes en Santé (DCS) et de 5% pour les dépenses d'investissement. (Voir Tableau 4)

Tableau 4 : Dépenses totales de santé par habitant par an de 2018 à 2019 en FCFA

Indicateurs FCFA	2018	2019
Dépense Totale de Santé par habitant	34 505,94	35 913,04
Dépense courante de santé par habitant	33 776,95	34 859,21
Dépense courante en santé du Gouvernement par habitant	3 241,59	3 854,79
Dépense courante en santé des ménages par habitant	24 419,41	25 175,79
Dépense courante en santé du Reste du Monde par habitant	4 827,00	4 549,00
Dépense courante en santé des autres sources par habitant	1 289,00	1 281,00
Dépense d'investissement de santé par d'habitant	728,99	1 053,83
Dépense d'investissement en santé du Gouvernement par habitant	687,00	1 014,00
Dépense d'investissement en santé du Reste du Monde par habitant	42,00	40,00

Sources : LNS 2018 et 2019

De plus, la proportion du budget de l'Etat camerounais allouée au secteur santé oscille entre 3,3 et 5,9% depuis 2005. (CNS, 2020) Cette proportion demeure largement en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en Avril 2001 qui préconisait d'allouer 15% du budget national au domaine de la santé.

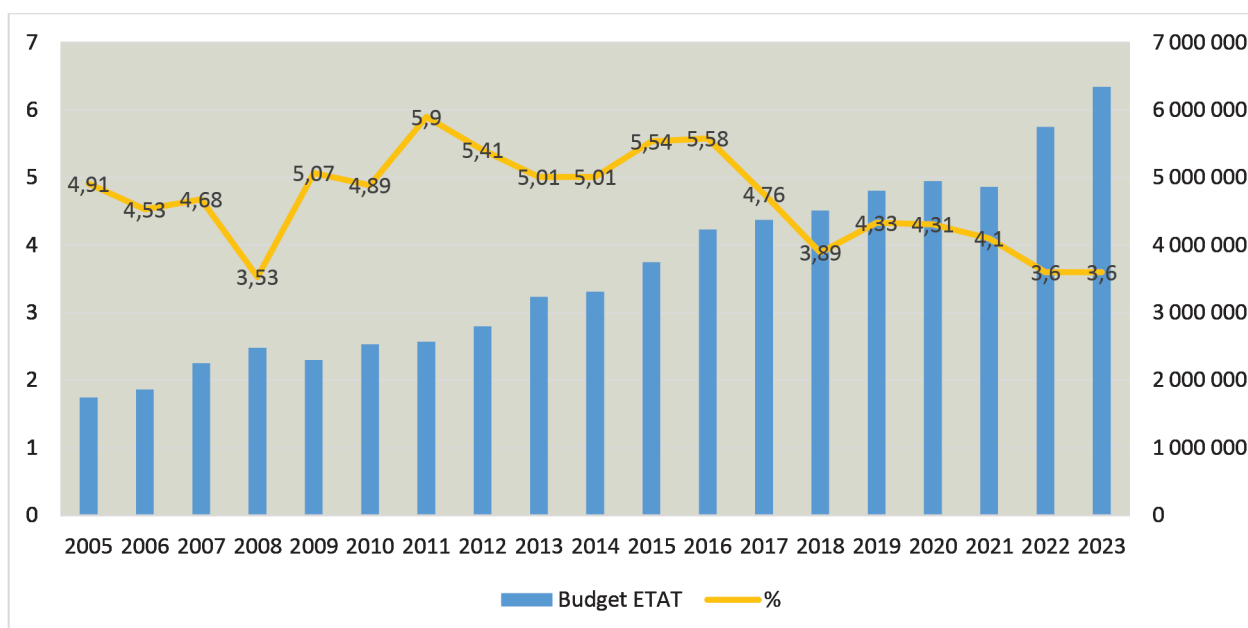


Figure 3 : Budget alloué à la santé en pourcentage du budget total du gouvernement au Cameroun de 2005 à 2023 en dollars (Conseil National de Statistique)





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

2.2.5. Infrastructures et équipements

Sur le plan des infrastructures et des équipements, le Cameroun comptait en 2023 : 20 hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie, 18 Hôpitaux Régionaux et Assimilés, 200 Districts de Santé, 165 Hôpitaux de District, 269 Centres Médicaux d'Arrondissement et 2188 Centres de Santé Intégrés. Des efforts considérables ont été consentis pour la construction des infrastructures sanitaires ; l'offre physique des structures de santé semble donc globalement satisfaisante à l'échelle nationale. Toutefois, on observe des disparités pour ce qui concerne la répartition des infrastructures construites dans les différentes régions du pays ; cette répartition ne tient pas compte de la carte sanitaire et les données actuellement disponibles ne permettent pas d'apprécier le niveau de fonctionnalité des structures sanitaires bâties.

Tableau 5 : Répartition des structures de santé par région

Régions	Aire de Santé	District de Santé	1ère Cat (HG)	2ème Cat. (HC)	3ème Cat. (HR)	4ème Cat. (HD)	5ème Cat. (CMA)	6ème Cat (CSI)	Total
Adamaoua	104	11	0	1	1	7	17	110	136
Centre	2 482	32	4	3	1	31	51	369	459
Est	166	15	0	1	1	15	20	134	171
Extrême-nord	312	32	0	1	4	24	26	328	383
Littoral	190	24	2	1	2	18	37	140	200
Nord	150	15	1	1	2	11	11	223	249
Nord-ouest	244	20	0	1	1	17	30	195	244
Ouest	220	20	0	1	2	19	34	359	415
Sud	104	12	0	2	1	10	19	167	199
Sud-ouest	117	19	0	1	3	13	24	163	204
Total	4 089	200	7	13	18	165	269	2 188	2 660

Source : Carte sanitaire programmatique, DOSTS, janvier 2023

Dans certaines régions comme le Centre, le Littoral et l'Ouest, c'est le sous-secteur privé qui constitue l'essentiel de l'offre des soins et services de santé. Cette situation pourrait en partie s'expliquer par une prolifération anarchique des formations sanitaires privées dans les districts urbains de ces régions.

2.2.6. Médicaments et autres produits pharmaceutiques

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques est assuré par le Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels (SYNAME).

Le secteur pharmaceutique se divise en deux sous-secteurs : privé et public.

Le sous-secteur pharmaceutique public est organisé en trois niveaux : (i) central avec la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Essentiels (CENAME) et les directions techniques, (ii) régional avec les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) et les DRSP et (iii) opérationnel avec les FOSA et les acteurs communautaires

Dans ce système la CENAME approvisionne les FRPS, les hôpitaux de 1ère et 2ème catégories, les FRPS approvisionnent les FOSA et les FOSA dispensent aux patients. Au-delà des FOSA, des Agents de Santé Communautaire polyvalents dispensent des intrants en ambulatoire à l'instar des préservatifs à travers des visites à domicile des patients. Dans le sous-secteur privé, les grossistes répartiteurs locaux s'approvisionnent auprès de bureaux d'achat étrangers, de la CENAME et des fabricants nationaux en vue de desservir les officines de pharmacies privées ainsi que les pharmacies des cliniques et polycliniques ayant obtenu une autorisation de l'Ordre des pharmaciens.

La gestion des intrants de SR ne déroge pas au SYNAME. Au niveau central la gestion se fait par les Directions techniques en collaboration avec la CENAME.

Au niveau Régional par la DRSP en collaboration avec les FRPS et au niveau périphérique par les DS et les FOSA.

Grâce à l'appui de nombreux PTFs et aux subventions de l'État, certaines classes thérapeutiques sont actuellement délivrées gratuitement (antituberculeux, antirétroviraux, antipaludiques dérivés de l'artémisinine pour les enfants de 0 à 5 ans, anti lépromateux, etc.).

"Bien que les subventions des PTF aient permis de réduire le coût de produits essentiels comme les kits obstétricaux, les contraceptifs et les antipaludiques, la dépendance à ces financements extérieurs expose le système de santé à un risque de rupture d'approvisionnement en cas d'arrêt des subventions. Aucune stratégie n'a été mise en place pour pallier cette éventualité.

Il existe en outre un vaste réseau d'approvisionnement illicite qui alimente le marché du médicament de la rue et qui pourrait avoir des connexions avec le secteur licite. De nombreux intervenants de la filière médicament échappent au contrôle de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML).

Créé en 2019, le Programme National de Transfusion Sanguine (PNTS) avait pour objectif d'assurer l'autosuffisance en produits sanguins de qualité sur toute l'étendue du territoire national.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Actuellement au Cameroun, on estime à 400.000, le nombre des poches de sang nécessaires pour traiter annuellement les malades dans les formations sanitaires. Le sang et les produits sanguins labiles représentent pour ces derniers, la meilleure offre thérapeutique. Cependant, moins de 25% des besoins en sang sont pourvus chaque année, avec près de 95% des dons de remplacement effectués par les proches ou membres des familles (dons proscrits par l'OMS) et moins de 5% de dons bénévoles, volontaires et non rémunérés (dons recommandés).

2.2.7. Ressources humaines

Sur la base des données du Plan de développement des ressources humaines (PDRH) et de celle du 3ème Recensement Général et Physique des ressources Humaines (RGPH), le ratio personnel/population au Cameroun reste largement inférieur à la norme de l'OMS qui est de 2,3 personnels pour 1000 habitants. En effet, comme le montre le tableau 6, les ratios personnels de santé par rapport à la population sont de 0,85 pour 10 000 habitants pour les médecins et 0,05 pour 5000 habitants pour les sages-femmes. Ces chiffres sont inférieurs aux normes fixées qui sont de 1 médecin pour 10 000 habitants et 1 sage-femme pour 3000 habitants. Exception est faite du ratio des infirmiers qui est de 1,78 pour 5000 habitants et donc nettement supérieur à la norme requise de 1 infirmier pour 5000 habitants. Ces statistiques établissent de manière globale l'insuffisance du personnel de santé au Cameroun.

Les normes en ressources humaines de la santé au Cameroun définies dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 pour les Etablissements de Santé de Premier contact, montrent que le fonctionnement des CSI et CMA ne garantit pas une offre de qualité continue des services et Soins de Santé Primaires aux populations. On note entre autres :

- Un nombre insuffisant des personnels qualifiés dans les FOSA dont la plupart sont en situation précaire, n'étant pas contractualisés ;
- Une mauvaise répartition du personnel de santé sur l'ensemble du territoire national ;
- Le non-respect de l'adéquation profil-poste de travail ;
- Le manque d'informations sur le personnel actif dans le secteur privé et même dans les administrations partenaires du secteur santé, etc.

Le nombre des personnels recrutés par la fonction publique n'est pas en adéquation avec celui des départs à la retraite et les besoins réels de terrain. Par conséquent, le gap entre les besoins et les personnels affectés continue de s'agrandir au fil du temps. Le nombre du personnel médical exerçant au MINSANTE était estimé à 38 207 en 2018 (tableau 2).



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Au demeurant, la gestion actuelle du personnel présente des limites dans la réponse formulée à la demande des services de santé (insuffisance du personnel tant en quantité qu'en qualité). A ce déficit de personnel qualifié au niveau des établissements de Santé de premier contact, s'ajoute l'insuffisance des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCp) qui malheureusement ne bénéficient pas encore d'un statut réglementaire au Cameroun. Par conséquent, ils ne sont pas officiellement intégrés dans la pyramide sanitaire, en dépit du fait qu'ils sont reconnus comme des acteurs indispensables pour une offre des soins et services communautaires efficaces.

Tableau 6 : Effectif du personnel médical par région

QUALIFICATION	SERVICES	CE	SUD	OUEST	AD	EST	NO	S-O	E-N	LIT	N-O	TOTAL	Ratio Population générale
	CENTRAUX												
MEDECINS	5%	29%	5%	8%	4%	5%	3%	7%	4%	25%	5%	2156	0,85
TECHNICIENS MEDICO-SANITAIRES	1%	30%	6%	9%	5%	6%	4%	9%	6%	18%	8%	1842	0,73
PHARMACIENS	9%	21%	7%	8%	6%	6%	5%	9%	6%	21%	5%	376	0,15
INFIRMIERS	1%	23%	5%	11%	5%	5%	8%	8%	9%	18%	7%	8981	1,78
CHIRUGIEN-DENTISTES	1%	23%	10%	9%	6%	6%	4%	6%	8%	20%	7%	166	0,07
SAGE-FEMME/MĂEUTICIEN	14%	14%	5%	8%	5%	7%	7%	8%	13%	12%	7%	421	0,05
GENIE-SANITAIRE	17%	17%	4%	8%	8%	5%	4%	9%	9%	10%	8%	158	-
ADMINISTRATEURS DE SANTE PUBLIQUE	37%	14%	6%	4%	6%	4%	4%	5%	3%	11%	4%	188	-
TECHNICIENS BIOMEDICAUX	15%	15%	5%	3%	13%	5%	2%	17%	2%	15%	8%	60	-
AUTRES	13%	6%	1%	3%	50%	3%	4%	4%	2%	10%	4%	4042	-

DRH/MINSANTE, 2018

D'après la Société Camerounaise de pédiatrie (SOCAPED), le Cameroun comptait 149 pédiatres en 2022, repartis inégalement dans les 10 régions ainsi qu'il suit :



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Tableau 7 : Répartition des Pédiatres et des Gynécologues Obstétriciens par Région

	Extrême Nord	Nord	Adamaoua	Ouest	Nord-Ouest	Sud-Ouest	Littoral	Centre	Sud	Est
PEDIATRES	03	02	00	06	02	04	66	62	03	01
GYNECOLOGUES	07	09	10	19	06	14	97	116	14	07

Pendant la même période, le Cameroun comptait 313 gynécologues selon la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Cameroun (SOGOC) repartis dans les 10 régions de la manière suivante (tableau 7)

2.2.8. Système national d'information sanitaire

Un plan stratégique de renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) pour la période 2009-2015 a été élaboré en 2008. Le plan stratégique national de santé numérique 2020-2024 (PSNSN) a quant à lui été élaboré en 2020 mais a été faiblement mis en œuvre. La disponibilité des données SRMNIA-Nut désagrégées par région et même par district de santé facilite considérablement l'identification des zones d'Interventions prioritaires. Toutefois, l'on peut déplorer le fait que les Rapports Mensuels d'Activités ne soient pas suffisamment utilisés par les structures qui les élaborent afin d'éclairer la prise locale des décisions.

Le MINSANTE dispose d'une plateforme DHIS 2 (District Health Information Software) gérée par la Cellule des Informations Sanitaires et qui permet de collecter, de traiter, d'analyser et de visualiser les données et indicateurs de santé. Depuis 2018, le déploiement du DHIS 2 s'est étendu à l'ensemble des Formations Sanitaires du Cameroun. Toutefois, malgré sa mise en place à l'échelle nationale, cette plateforme rencontre encore de nombreux défis à relever notamment pour ce qui concerne la qualité des données générées (promptitude, cohérence, complétude etc.)

Des formations sur la saisie, l'analyse et la revue de la qualité des données ont été dispensées aux acteurs impliqués dans la gestion des données. Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour améliorer : (i) la revue et la validation des données, (ii) la mise en place d'un système de rétroaction régulier auprès des FOSA et (iii) l'utilisation effective des données pour la prise de décision.

L'intégration du module traqueur de DHIS2 pour la Surveillance de la Résistance aux Médicaments Antirétroviraux et aux Infections Opportunistes est une priorité cruciale. Il est également important de renforcer le rôle de l'Observatoire National de Santé Publique dans la gestion des données agrégées à l'échelle nationale dans divers domaines sectoriels et intersectoriels.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

2.2.9. Gouvernance et pilotage stratégique

L'amélioration de la gestion du système de santé s'est faite grâce à la mise en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des cadres de coordination multisectorielle regroupant les acteurs du secteur de la santé en vue d'une mise en œuvre synergique des interventions de santé. Cependant, l'absence de financement pour assurer le fonctionnement de ces instances de coordination mises sur pied surtout au niveau des DRSP et des DS constitue l'un des obstacles majeurs à l'atteinte des objectifs retenus dans tous les plans stratégiques élaborés y compris celui de la SRMNIA-Nut.

En termes de transparence budgétaire, l'analyse des données recueillies sur la disponibilité de l'information budgétaire, montre que les données financières du budget national ne sont pas disponibles dans l'ensemble des établissements sanitaires et les responsables des FOSA ne sont pas impliqués dans l'élaboration et la gestion du budget alloué à leurs structures. Outre les facteurs déjà mentionnés, plusieurs défis majeurs entravent l'efficacité de la mise en œuvre des plans SRMNIA-Nut élaborés. Ces défis comprennent entre autres : [i] l'insuffisance d'audit et de redevabilité : en effet, la faible mise en œuvre des mécanismes d'audit de redevabilité entrave le suivi effectif de l'utilisation des ressources allouées aux interventions de SRMNIA-Nut. Cette situation peut conduire à une mauvaise gestion des ressources et à une inefficacité dans la mise en œuvre des interventions ; [ii] l'absence de suivi des dépenses budgétaires : L'incapacité à suivre et à documenter minutieusement les dépenses budgétaires effectuées pour la SRMNIA-Nut limite la possibilité d'évaluer l'efficacité et l'efficience pour ce qui concerne l'utilisation des fonds alloués à cette thématique. Ce manque de suivi entrave l'utilisation optimale des ressources disponibles ; [iii] la faible cohérence entre la mise en œuvre des interventions, les dépenses effectuées et les indicateurs de performance : le manque de cohérence entre les activités mises en œuvre, les ressources dépensées et les résultats obtenus empêche une évaluation précise de l'impact des interventions SRMNIA-Nut.

Pour relever tous les défis suscités et atteindre les objectifs de SRMNIA-Nut, il est crucial d'assurer une meilleure articulation et adéquation entre les activités mises en œuvre, les ressources dépensées et les résultats obtenus. Ceci permet d'évaluer l'impact des stratégies utilisées, d'identifier les goulots d'étranglement ainsi que les domaines à améliorer.

3 ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNIA-Nut

Cette analyse situationnelle initiale est basée sur une revue documentaire qui s'est essentiellement appuyée sur les enquêtes démographiques et de santé, notamment celle de 2018. Ont également été exploités, tous les Plans Stratégiques du Ministère de la Santé publique, portant sur la SRMNIA-Nut et les domaines connexes, le Dossier d'Investissement pour l'amélioration de la SRMNIA-Nut ainsi que leurs rapports d'évaluation.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Cette section comporte deux parties essentielles : la présentation de la situation des cibles de la SRMNIA-Nut à travers leurs principaux indicateurs et l'état de couverture des interventions à haut impact d'une part, puis la Réponse Nationale aux problèmes de SRMNIA-Nut d'autre part.

PRÉSENTATION DE LA SITUATION SPÉCIFIQUE DES CIBLES DE LA SRMNIA-NUT

3.1.1 Situation de la Santé maternelle

3.1.1.1 Mortalité maternelle

Selon EDS-2018, le rapport ou ratio de mortalité maternelle est estimé à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours des 7 années ayant précédé ladite enquête. Par contre, la mortalité des femmes enceintes (toutes causes confondues) est de 467 décès pour 100 000 naissances vivantes.

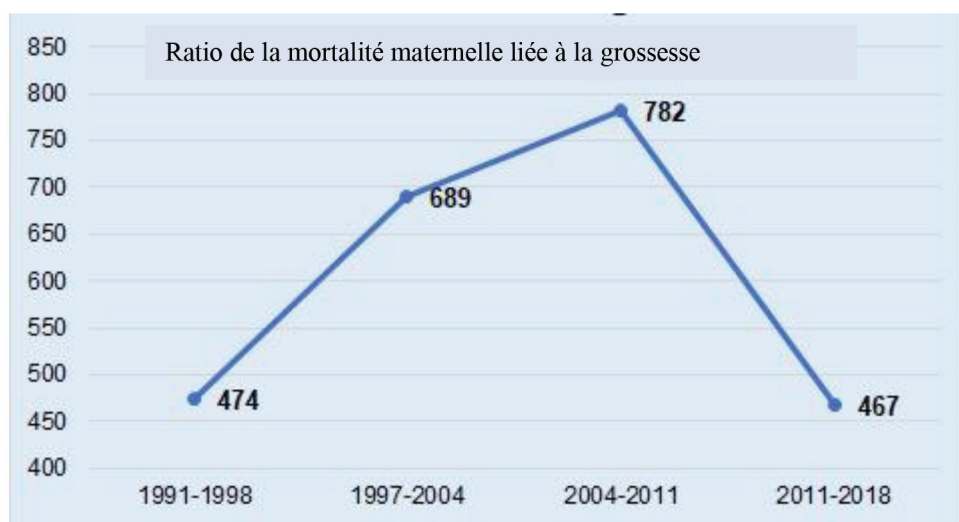


Figure 4 : Evolution du Ratio de mortalité liée à la grossesse entre 1991 et 2018 au Cameroun

Le ratio de mortalité maternelle a en effet baissé de 39,1% entre 2011 et 2018. Cette performance est largement supérieure à la cible projetée dans le PSN/SRMNI 2014-2020 et qui fixait le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à 557 en 2020. Vu sous cet angle, l'objectif visé a donc été largement dépassé. Toutefois, selon le plan stratégique du Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infantile (PLMI) 2014-2020 élaboré au cours de la même période, l'objectif visé par le Cameroun était de ramener le ratio de mortalité à 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030.

De ce point de vue, il y a encore un gap de 317 décès maternels à adresser pour 100 000 naissances vivantes, d'ici à 2030. Il n'est pas superflu de rappeler que si la cible projetée dans le PLMI constitue un objectif ambitieux, elle reste néanmoins largement inférieure à la cible mondiale des ODD pour la mortalité maternelle, fixée à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030.





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

Causes des décès maternels

La mortalité maternelle est un phénomène complexe et aux causes multiples. Selon le rapport annuel de la Surveillance des Décès Maternels et Péri natal et Riposte (SDMPR) en 2020 au Cameroun, les causes des décès maternels sont de trois types :

- (i) Les causes immédiates (qui peuvent être directes et/ou indirectes),
- (ii) Les causes sous-jacentes liées à l'effectivité ou non de la mise en œuvre des interventions à haut-impact sur cette mortalité ;
- (iii) Des causes structurelles profondes c'est-à-dire, étroitement liées aux piliers du système de santé, au contexte économique, aux facteurs socio-culturels et environnementaux. Selon le Rapport annuel sus cité, les causes directes de la mortalité maternelle (pour les cas notifiés) demeurent : l'hémorragie 45,9% ; l'éclampsie/pré-éclampsie 15,85% ; les infections du post-partum 8,74% ; les ruptures utérines et le travail prolongé 5,46% ainsi que les complications des avortements et les grossesses ectopiques.

Selon le même rapport, les causes indirectes de la mortalité maternelle sont : les maladies cardiovasculaires, les affections liées au VIH/SIDA, le paludisme et l'anémie sévère. Par ailleurs, de nombreuses femmes sont confrontées pendant la grossesse et l'accouchement, à des difficultés d'accès aux soins de santé. Selon EDS-2018, 72 % des femmes interrogées ont déclaré avoir eu au moins un problème d'accès aux soins de santé. Le problème majeur rencontré est la difficulté d'obtenir de l'argent pour se faire soigner (67 %). En plus de ce problème, on peut citer la distance jusqu'à l'établissement de santé (40 %), l'obtention de la permission d'aller se faire soigner (35 %) et le fait de ne pas vouloir s'y rendre seule (28 %).

3.1.1.2 Couverture des interventions de santé maternelle

La réduction de la mortalité maternelle dépend de l'efficacité de la mise en œuvre des interventions considérées comme étant à haut impact et de leur niveau de couverture. Les sections suivantes décrivent quelques-unes de ces interventions à haut impact sur la santé maternelle retenues pour la période 2014-2020 dans ce plan :

- Le suivi de la grossesse à travers les consultations prénatales recentrées ;
- L'accouchement sécurisé ;
- Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- La prise en charge des complications de l'accouchement, notamment les indications de césarienne ;
- La consultation post-obstétricale et néonatale ;
- Le dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales.

Dans les lignes qui suivent, l'emphase sera mise sur le niveau de couverture et les déterminants de chaque intervention suscitée.





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

a. Consultation prénatale (CPN)

Selon Malaria Indicators Survey (MIS) 2022, 11 % de femmes n'ont pas bénéficié d'un suivi de la grossesse. Ce taux est plus élevé en milieu rural (20%) qu'en milieu urbain (3,7%). On constate également des écarts entre les régions : à l'Ouest, au Littoral et au Sud-Ouest, la quasi-totalité des femmes ont reçu des soins prénatals (97 % ou plus). À l'opposé, le Nord (74,1 %), l'Extrême Nord (81,6 %) et l'Est (83,8%) présentent les couvertures de CPN les plus faibles. À ces disparités régionales s'ajoutent celles liées au niveau d'instruction de la mère et au niveau de vie du ménage. En effet, la proportion des femmes ayant reçu des soins prénatals augmente avec le niveau d'instruction, variant d'un minimum de 60 % parmi celles sans niveau d'instruction à un maximum de 99 % parmi celles ayant un niveau d'instruction au moins équivalent au 2nd cycle du secondaire. De même, du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, le pourcentage des femmes ayant reçu un suivi prénatal dispensé par un prestataire qualifié augmente, passant de 71 % à 99 %.

b. Utilisation initiale de la CPN (CPN1)

Selon l'EDS-2018 seulement 41,3 % des femmes ont effectué leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de la grossesse. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (53,9 %) qu'en milieu rural (29,9 %).

c. Utilisation continue de la CPN (CPN4)

Selon EDS-2018, un peu moins de sept femmes sur dix (65 %) ont effectué, au-moins, les quatre visites prénatales recommandées. Par ailleurs, 79 % des femmes en milieu urbain contre 52 % en milieu rural ont effectué quatre visites prénatales ou plus. A Yaoundé et Douala ce taux atteint 88 %.

Sur le plan régional, la progression de la couverture en CPN4 entre 2014 et 2020 est restée faible dans les Régions de l'Extrême-Nord (de 50% à 43,3%) et du Nord (de 46,80% à 47,1%). L'objectif du PSN /SRMNI 2014-2020 échu était de faire passer le taux de CPN4 de 60% en 2014 à 80% en 2020. Il existe donc un gap de 15% de CPN4 non effectuées à combler.

d. Consultation prénatale par un personnel formé

Au Cameroun, 89 % des femmes de 15-49 ans ont reçu des soins prénatals dispensés par du personnel de santé formé⁸. La couverture en soins prénatals par un prestataire formé est faible en milieu rural (83 %) qu'en milieu urbain (96 %). L'objectif du PSLMMNIJ était de faire passer la proportion des CPN attendus conduits par un personnel formé dans un établissement de soins de 61% à 70% en 2020 (EDS 2011).

⁸ (Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2022, p43).





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

La couverture en soins prénatals par un prestataire formé augmente avec le quintile de bien-être, passant de 68 % pour les femmes des ménages (quintile le plus bas) à 99 % pour celles des ménages du quintile le plus élevé. Cette couverture diminue avec le rang de naissance de l'enfant et est plus faible en milieu rural (79 %) qu'en milieu urbain (95 %). Elle augmente nettement avec le niveau d'instruction des femmes. Elle varie de 3 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 68 % chez celles ayant le niveau supérieur.

e. Vaccination antitétanique

Le statut des femmes dont la dernière naissance vivante est protégée contre le tétanos néonatal est resté presque inchangé passant de 73 % à 71 % entre 2011 à 2018 (EDS 2018). Cette performance est largement inférieure à la cible projetée par le PSN/SRMNI 2014-2020, qui fixait la proportion des femmes enceintes attendues couvertes par le vaccin antitétanique à 80% en 2020. Des disparités existent entre le milieu urbain (78 %) et le milieu rural (64 %) ainsi qu'entre les régions avec un minimum de 50 % dans la région de l'Adamaoua, 55,7% dans l'Extrême-Nord, 62% dans le Nord, et un maximum de 87 % à l'Ouest.

f. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Selon MIS 2022 (p45), 46% de femmes ont reçu au moins trois doses de TPI. Les résultats selon les régions montrent que la couverture en TPI 3+ varie de 30 % dans la région du Sud à 69 % dans celles du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Les Régions du Sud (30 %), du Centre (32,6 %), et de l'Ouest (37%) sont celles où l'on enregistre les plus faibles pourcentages des femmes ayant reçu au moins trois doses de sulfadoxine pyriméthamine. L'objectif du PSN/SRMNI 2014-2020 était de faire passer le pourcentage des femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de Traitement Préventif Intermittent (TPI) de 27% en 2014 à 80% en 2020. Il existe donc un gap de 34% à combler. L'utilisation des MII par les femmes enceintes est en augmentation depuis 2004. En effet, il était 2 % en 2004. Ce pourcentage chez les femmes enceintes de 15-49 ans est passé à 20 % en 2011 pour atteindre 61 % en 2018 puis 63 % en 2022 (MIS 2022 p43).

g. PTME

Le nombre des femmes enceintes déjà connues VIH+ avant la grossesse connaît une augmentation depuis 2014, passant de 23,7% à 49,6% en 2019. En 2019, ce pourcentage était de 31,9% à l'Extrême-Nord et de 70,2% au Nord-Ouest. Selon le CNLS (Rapport CNLS 2022), cette augmentation entre dans la dynamique de l'atteinte d'un des objectifs de la PTME qui est de garder les mères VIH vivantes, de réduire la TME à moins de 2% à 6 semaines et moins de 5% à 18 mois (PSN VIH 2024-2030).





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

En 2022, au niveau national, 1 025 427 FEC étaient attendues et 853 399 ont été reçues en CPN dans les FOSA ou en salle d'accouchements soit un taux de réalisation de 83,2% (Rapport CNLS 2022).

Parmi ces FEC reçues, 827 279 ont été testées soit une performance de 96,9%. A l'issue des dépistages réalisés, 824 710 connaissent leur statut sérologique représentant ainsi 99,7% des FEC testées.

Parmi les FEC, 17 587 ont été testées VIH positives, soit 74,7% de la cible attendue selon l'EPP Spectrum 2023 et 15 950 ont été mises sous TARV soit une réalisation de 90,1%.

Ainsi on retient qu'en 2022 :

- 172 028 FEC n'ont pas pu être captées par le système de soins, soit 16,8% de la cible ;
- 26 120 FEC reçues n'ont pas bénéficié du test du VIH ; soit 3,1% des FEC reçues ;
- 2 569 FEC parmi celles qui ont été testées n'ont pas retiré les résultats et par conséquent ne connaissent pas leur statut ;
- 5 963 FEC VIH+ correspondant à 33,3% des FEC VIH+ attendues selon l'Estimation et Projection (EPP) Spectrum, 2023 n'ont pas été dépistées ;
- 1 637 FEC VIH+ n'ont pas été mises sous TARV ; ce qui correspond à 9,3% des FEC VIH+ identifiées. (Rapport Annuel CNLS 2022).

La proportion d'enfants nés de mères séropositives chez lesquelles un diagnostic précoce de VIH a été posé, est de 76,6% (382/499) ; cette performance est inférieure au taux de 90% fixé dans le PSN SRMNI 2014-2020. Par ailleurs, le taux de séropositivité des enfants exposés au VIH a régressé passant de 4,8% en 2019 à 4,3% en 2020. L'objectif du PSN SRMNI 2014-2020 qui était de passer de 8,40% en 2014 à 4,2% en 2020 a donc été atteint (CNLS).

h. Accouchement / Soins Obstétricaux et Néonataux

i. Lieu de l'accouchement

Selon EDS 2018, près de (67 %) des naissances se sont déroulées dans une FOSA. Les naissances en milieu urbain se déroulent plus fréquemment dans les FOSA contrairement aux naissances en milieu rural (88 % contre 50 %). Les Régions de l'Extrême-Nord (38 %), du Nord (37 %) et de l'Adamaoua (46 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles.

ii. Accouchement par un prestataire formé

Selon l'EDS 2018, 69 % des naissances ont été assistées par un personnel de santé formé soit une amélioration de 4 points par rapport à 2011 (EDS IV et V) : 16 % par un médecin et 53 % par un infirmier, une sage-femme ou un aide-soignant. Le gap à combler est de 11%. L'objectif du PSN/SRMNI 2014-2020 était de faire passer le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel formé de 64% en 2014 à 80% en 2020. Une naissance sur dix (10 %) a été assistée par une accoucheuse traditionnelle et 3 % des naissances n'ont bénéficié d'aucune assistance. Les accouchements assistés par un prestataire qualifié sont plus faibles dans l'Adamaoua (70 %) et dans le Nord (73 %).





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

i. Césariennes

Au Cameroun, le taux de césarienne est faible. Selon EDS 2018, seulement 4 % des naissances sont faites par césarienne, ce qui est inférieur aux 5 à 15% tels que préconisés par l'OMS. L'objectif du PSN/SRMNI était de faire passer le taux de césarienne de 3,8% en 2014 à 5% en 2020, ce qui représente un gap de 1% à combler. Le pourcentage de naissances par césarienne est plus élevé en milieu urbain (6 %) qu'en milieu rural (2 %). La pratique de l'accouchement par césarienne varie également en fonction des régions.

Les plus faibles proportions de naissances par césarienne sont enregistrées à l'Extrême-Nord (0,5 %), au Nord (0,6 %), dans l'Adamaoua (1,9 %) et dans la Région du Centre excluant Yaoundé (1,9 %). Par contre, le pourcentage le plus élevé des césariennes réalisées est enregistré à Douala (11 %). De manière générale, plusieurs causes expliquent cette pratique non optimale de la césarienne dont la plus récurrente est le dysfonctionnement du système de référence et de contre-référence (manque de moyens logistiques et financiers, négligence du personnel, barrières culturelles).

j. Soins Post-Natals

Une proportion importante des décès maternels et des décès de nouveau-nés qui se produisent dans la période néonatale surviennent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Il est donc fortement recommandé que les femmes bénéficient d'un suivi postnatal dans les deux jours qui suivent l'accouchement.

i. Mères ayant bénéficié de soins postnatals

Selon EDS-2018, plus de la moitié des femmes (59 %) ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête ont bénéficié d'un examen postnatal au cours des deux premiers jours après la naissance. Par contre, 38 % n'ont jamais reçu de soins postnatals. L'objectif du PS/SRMNEA était de faire passer le taux de couverture en CPoN1 dans les 48 heures après l'accouchement de 11,7% en 2014 à 50% en 2020, ce qui représente une bonne performance.

ii. Soins postnatals délivrés par un prestataire de santé formé

Au Cameroun, selon l'EDS-2018, 56% des femmes ont bénéficié d'un examen postnatal dispensé par un prestataire de santé formé, à savoir un médecin (15 %), un infirmier, une sage-femme/un maïeuticien ou un aide-soignant (40 %). En dehors de ces catégories de prestataires formés, dans 3% des cas, c'est une accoucheuse traditionnelle qui a dispensé les soins postnatals à la mère.





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

k. Prise en charge des fistules obstétricales

Selon EDS 2018, peu de femmes (22%) âgées de 15-49 ans connaissent ce qu'est une fistule obstétricale et 0,3 % des femmes ont déclaré avoir eu une fistule. L'objectif du PSN/SRMNI-Nut 2014 - 2020 était de réduire le pourcentage de femmes victimes des fistules obstétricales de 0,4% en 2014 à 0,20% en 2020. Il persiste donc un gap de 0,1% de réduction des victimes de fistules obstétricales à combler.

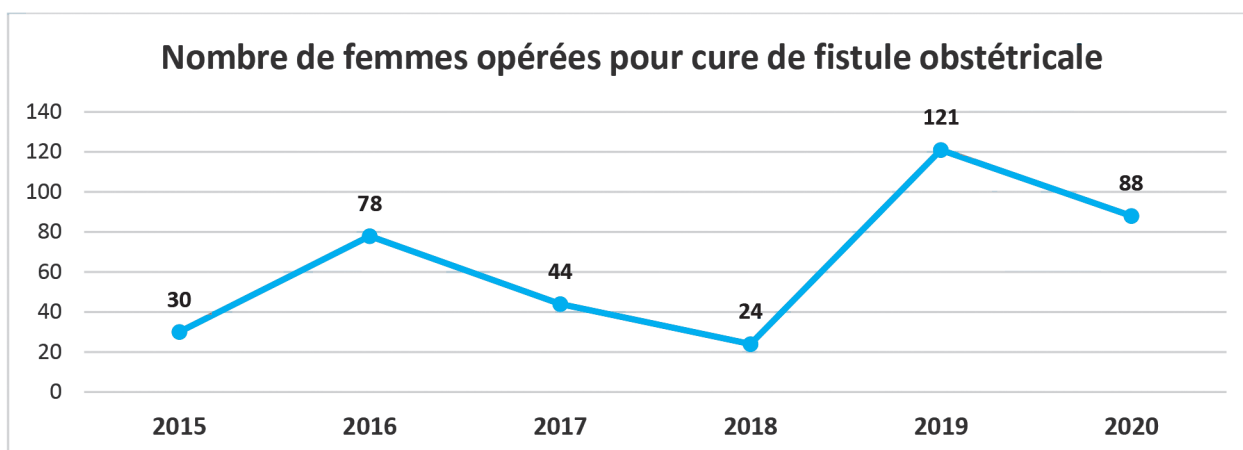


Figure 5 : Nombre de femmes opérées pour fistule obstétricale.

(Source DSF/MINSANTE, 2020)

La proportion des femmes victimes de fistules obstétricales prise en charge n'est pas connue à l'échelle nationale ; L'objectif du PSN/SRMNI 2014-2020 était d'amener cette proportion à 60% en 2020, quoique la valeur de base de cet indicateur en 2014 ne soit pas connue. L'estimation faite en 2015 était de 20%. Bien que l'Institut National de la Statistique (INS) rapporte une prise en charge annuelle de 200 cas en 2022, cette donnée ne reflète pas l'incidence réelle de cette pathologie car nous ne disposons pas de données fiables sur le nombre de cas de fistules en 2022.

3.1.2 Situation de la santé du Nouveau-né

3.1.2.1 Mortalité Néonatale

La mortalité néonatale au Cameroun a connu une légère baisse entre 2011 et 2018, passant de 31 à 28 décès pour 1000 naissances vivantes (EDS-MICS 2011 et 2018). La performance nationale projetée en 2020 était pourtant de 24 décès pour 1000 NV.

Ce taux de mortalité varie en fonction des régions ; les régions ayant les taux les plus élevés sont : l'Est (41), le Nord (39), l'Adamaoua (38), le Sud (36) et l'Ouest (33) pour 1000 Naissances Vivantes.

L'analyse des données disponibles révèle une stabilité relative du taux de mortalité néonatale selon le quintile de richesse des ménages. En effet, le taux de mortalité néonatale dans le quintile de richesse le plus bas est de 30 décès pour 1000 NV tandis que celui du quintile le plus élevé est 26 décès pour 1000 naissances vivantes.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Par ailleurs, il existe une forte corrélation entre les intervalles inter gésiques courts (moins de deux ans) et les niveaux élevés de mortalité néonatale. En effet, le taux de mortalité néonatale est de 47 décès pour 1 000 naissances vivantes lorsque l'intervalle inter gésique est inférieur à deux ans, contre 23 décès pour 1 000 naissances vivantes lorsque cet intervalle est supérieur à deux ans. En outre, le taux de mortalité néonatale en milieu urbain est de 27 décès pour 1 000 naissances vivantes, tandis qu'il est de 29 décès pour 1 000 naissances vivantes en milieu rural. Ces disparités bien que faibles mettent en lumière la nécessité de renforcer le système de santé et l'accès aux soins de qualité, en particulier dans les zones rurales.

En considérant le poids à la naissance, les nouveau-nés de petit poids de naissance (y compris les prématurés) et les nouveau-nés gros courent un risque plus élevé de décéder avant un an en comparaison aux nouveau-nés de poids normal (2500g à 4000g) (79 ‰ contre 41 ‰) à la naissance

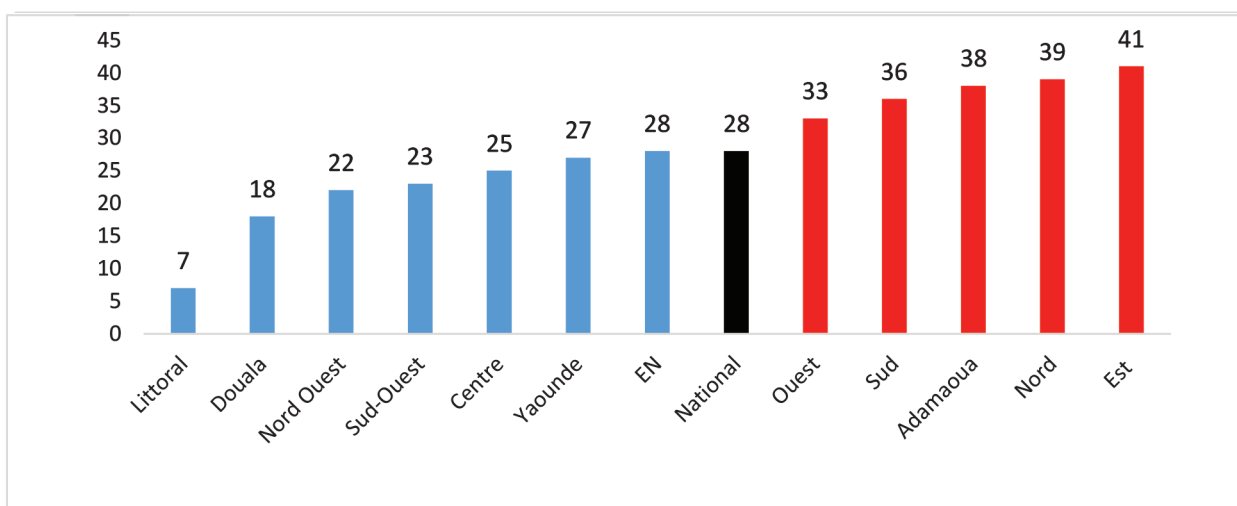


Figure 6 : Mortalité néonatale par région en 2018

Source Evaluation du Plan Opérationnel nouveau-né, 2020, page 3)

En ce qui concerne la mortinaissance, elle est estimée à 18,3 décès pour 1000 naissances (UN IHME Stillbirth Estimates 2020). Les données sur les mort-nés sont peu renseignées au niveau national pendant la période de mise en œuvre du plan PS/SRMNEA 2014 -2020. La mortalité intra-partum est quant à elle captée par les enquêtes SONU qui ne sont pas menées régulièrement, la dernière datant de 2016 (ER SONU, 2016).

Les causes directes de morbidité et de mortalité néonatale les plus fréquemment identifiées au Cameroun en 2020 sont : l'asphyxie et les infections néonatales, respectivement 24,59%, suivies des complications de la prématurité 22,95% (rapport annuel SDMPR 2020, DSF). D'autres causes incluent : la souffrance fœtale, les malformations congénitales, le retard de croissance intra-utérin et l'ictère néonatal. Les causes indirectes sont représentées par la sous-nutrition, le faible taux d'allaitement maternel et le VIH chez les femmes enceintes. Enfin, les causes systémiques et structurelles sont également à prendre en compte.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

3.1.2.2 Couverture des interventions clés de la santé du nouveau-né

La mortalité néonatale est tributaire de l'effectivité de la mise en œuvre de quatre interventions principales à haut-impact, à savoir : l'assistance qualifiée à l'accouchement, les soins immédiats et de base pour les nouveau-nés, les soins mère kangourou pour les nouveau-nés prématurés et de petit poids de naissance et les soins postnatals.

a. Pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié

(Voir point 3.1.1.2 - h) - voir ci-dessus)

b. Pourcentage de nouveau-nés ayant reçus des soins post-natals

Selon EDS-2018, trois nouveau-nés sur cinq (60 %) ont bénéficié des soins post-natals dans les 48 heures ayant suivi leur naissance. Cette performance est cependant en baisse par rapport à celle de 2011 (69%) (EDS IV).

Les soins postnatals sont plus fréquemment dispensés aux nouveau-nés dans une FOSA que dans la communauté (83 % contre 12 %).

Le pourcentage des soins post natals est plus élevé en milieu urbain (76%) qu'en milieu rural (48 %). Le pourcentage des nouveau-nés ayant bénéficié des soins post-natals augmente avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 31 % chez les mères sans niveau d'instruction à 88 % chez celles ayant le niveau supérieur d'instruction.

La couverture en soins postnatals augmente du quintile de richesse des ménages le plus bas au plus élevé, passant de 29 % à 87 %.

En ce qui concerne le type de prestataire, on constate que 58 % des nouveau-nés ont bénéficié d'un examen postnatal effectué par un prestataire formé (médecin/infirmier/sage-femme/aide-soignant), dans les 48 heures suivant leur naissance. Dans 2 % des cas, ce sont les accoucheuses traditionnelles qui ont prodigué ces soins.

Par ailleurs, les risques de décéder sont globalement plus importants chez les nouveau-nés de mères âgées de moins de 20 ans que chez les autres. Enfin, ce risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 142 ‰ pour les enfants du septième geste ou plus contre 81 ‰ pour ceux des gestes 1 ou 2-3 (EDS V)

c. Soins Mère kangourou pour les nouveau-nés prématurés

Selon le Rapport de l'évaluation du Plan Opérationnel National de la santé du nouveau-né 2016-2018, la proportion des FOSA où les soins de type « Mère kangourou » sont opérationnels dans les Districts de Santé ciblés était de 4%, tandis que la proportion de FOSA disposant d'unités Kangourou était de 0,5%. Ces données démontrent la très faible implémentation de la méthode « Mère Kangourou » dans notre système de santé pour les nouveau-nés prématurés et de petit poids de naissance.





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

d. Mise au sein précoce

Une des interventions efficaces, non coûteuse, facile à mettre en œuvre et à renseigner est la mise au sein précoce c'est-à-dire dans l'heure qui suit la naissance. Elle reste faible sur le plan national et n'a pas beaucoup évolué entre 1998 (37%) et 2018 (48%).

e. Nouveau-nés allaités exclusivement au sein durant 6 mois

Cette pratique quoique faiblement pratiquée a beaucoup progressé entre 2011 et 2018 passant de 20% à 40% (EDS 2011 et 2018). Cette donnée désagrégée par région n'est pas disponible.

f. Visite des nouveau-nés par les ASCp dans la communauté

Les visites des nouveau-nés par les ASCp ne sont pas effectives dans les 10 régions. Seules deux régions (Adamaoua et Centre) la mettent en œuvre et à un niveau très faible (0,4 et 0,2% respectivement) (EDS 2011 et 2018).

3.1.3 Situation de la santé de l'enfant

3.1.3.1. Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

Les données de l'EDS 2018 révèlent une nette réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. En effet, entre 2011 et 2018, le taux de mortalité infanto-juvénile a baissé de façon significative, passant de 122 à 80 décès pour 1 000 naissances vivantes se rapprochant ainsi de l'objectif fixé par le PSRMNI pour 2020 qui est de 89 décès pour 1 000 NV.

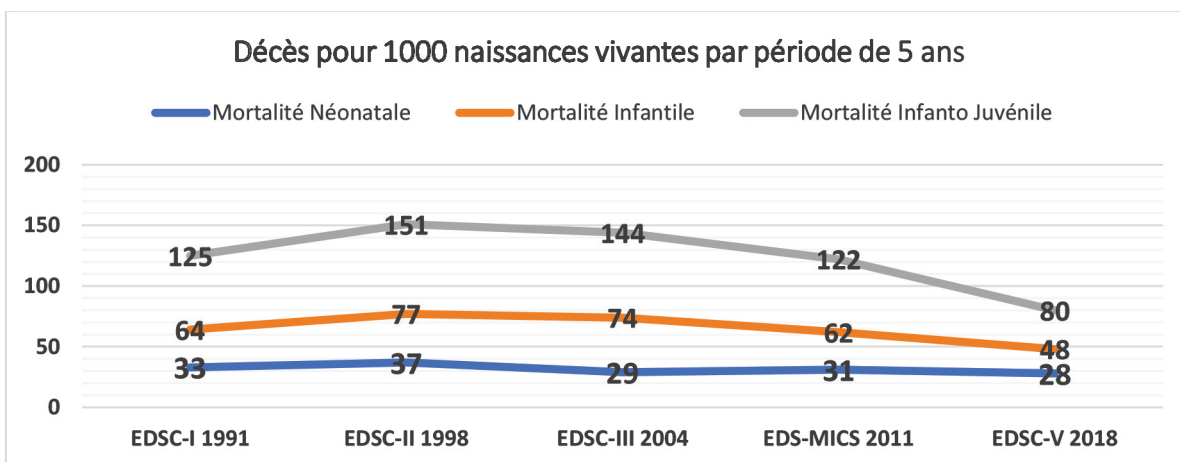


Figure 7 : Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Cameroun de 1991 à 2018

L'objectif de développement durable (ODD) plus ambitieux était quant à lui fixé à 70 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030. Pour atteindre cet objectif, une accélération du taux de réduction annuel des décès à 2,2 par an sera nécessaire.

Sur la même période, le quotient de mortalité infantile est passé de 62 décès %o NV à 48 %o NV.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Selon l'EDS-2018, le risque de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence ; les décès sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain : le risque en milieu rural (25 décès % NV) est près de deux fois plus élevé qu'en milieu urbain (13 décès % NV) ; Cet écart est particulièrement important dans la période post-néonatale ;

De même, la mortalité infanto-juvénile varie de 65 décès % NV en milieu urbain à 92 décès % NV en milieu rural. La mortalité des moins de 5 ans est plus élevée dans les régions du Nord (133), de l'Est (122), de l'Extrême-Nord (102), de l'Adamaoua (96), du Sud (90) et du Centre (85).

Le niveau de bien-être économique du ménage influence aussi le risque de décès des enfants. En effet, le risque de décéder avant le cinquième anniversaire est 2,3 fois plus élevé pour les enfants des ménages du quintile le plus bas (111 ‰) que pour ceux des ménages du quintile le plus élevé (47 ‰) (EDS 2018).

Ces disparités pourraient s'expliquer par la qualité de l'offre des services en matière de suivi prénatal et des conditions d'accouchement plus adéquats en milieu urbain qu'en milieu rural ainsi qu'à l'état nutritionnel et à la santé de la mère et de l'enfant. L'amélioration des indicateurs de santé chez les moins de 5 ans est tributaire de la réduction de la prévalence des principales causes de mortalité que : sont le paludisme, l'anémie, et les infections.

Causes des décès infanto juvéniles

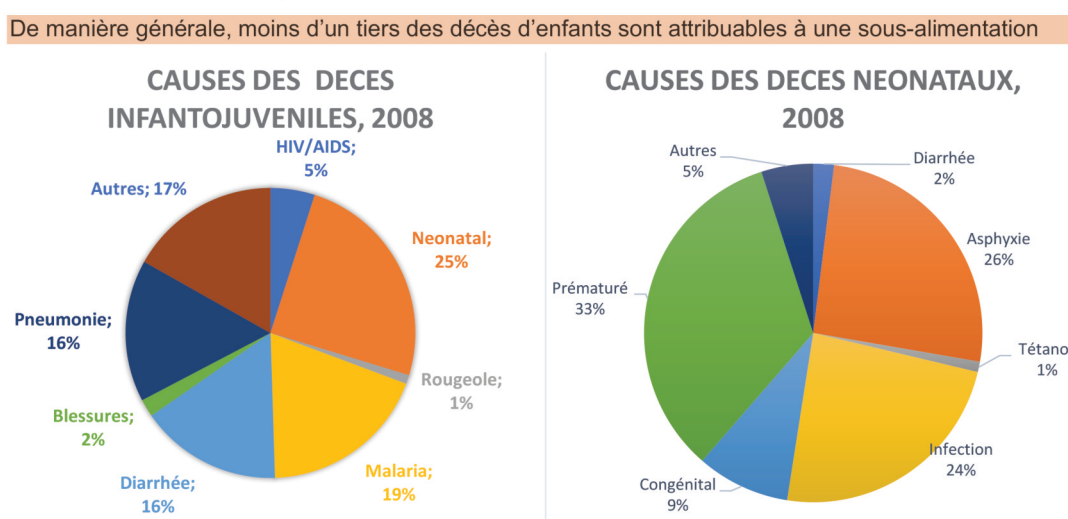


Figure 8 : Causes de la mortalité des moins de 5 ans

Source: Country Profile, Cameroon, Maternal, Newborn & Child Survival Statistics and Monitoring Section / Policy and Practice, UNICEF

Selon les régions, le taux de mortalité infanto-juvénile est plus élevé dans le Nord et l'Est avec des niveaux respectifs de 133 et 122 décès ‰. À l'opposé, le Littoral et la ville de Douala enregistrent les niveaux les plus faibles (respectivement 40 et 50 décès ‰). Le niveau de mortalité infantile varie d'un minimum de 25 décès % dans le Littoral à un maximum de 77 décès % à l'Est. En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, son niveau passe de 15 décès % dans les villes de Yaoundé et Douala à 61 décès % dans le Nord.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

La survie de l'enfant est fortement corrélée au niveau d'instruction de la mère. En effet, le quotient de mortalité infantile diminue nettement, passant de 64 décès ‰ chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction à 38 décès ‰ chez ceux dont la mère a un niveau d'instruction supérieur.

3.1.3.2. Couverture des interventions clés chez les enfants de moins de 5 ans

La réduction de la mortalité infanto-juvénile est tributaire de l'effectivité de certaines interventions à haut-impact telles que la vaccination, la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE), l'état nutritionnel et la lutte contre l'anémie.

a. La vaccination

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) cible principalement les enfants de 0 à 11 mois et comportait en principe une dose de BCG à la naissance et le vaccin oral contre la poliomyélite (VPO), des contacts à 6 et 10 semaines de vie pour le Pentavalent (DTC-HepB-Hib), le VPO, et le vaccin monovalent contre les diarrhées à rotavirus (Rotarix), un rendez-vous à 14 semaines pour le Pentavalent et le VPO. Dès l'âge de 6 mois, l'enfant reçoit de la vitamine A à une fréquence semestrielle ; à 9 mois, le vaccin contre la rougeole, la rubéole (RR) et celui contre la fièvre jaune.

Les données des rapports annuels d'activités de 2021 et 2022 de la sous-direction de la vaccination du MINSANTE montrent que la couverture vaccinale cumulé au Penta 3 est de 80,3% était en baisse par rapport à celle enregistrée à la même période en 2020 ou elle était de 81,2 %. Néanmoins, elle reste inférieure à l'objectif national fixé à 85 %. Les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est et du Sud présente un profil d'équité satisfaisant.

La couverture des différents antigènes se présente comme suit :

Tableau 8 : Couverture vaccinale au Cameroun de 2011 à 2020 (en pourcentage)

VACCIN	2011	2018	2020
3 ^{ème} dose DTC	68%	72%	80.7%
Hept B	65%		
Rougeole- Rubéole	71%	65%	74.1%
VPO3	70%	67%	80.3%
BCG	87%	87%	83.7%

Sources : EDS 2011 et 2018, DHIS2 2020





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

b. Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant

L'approche PCIMNE (Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant) au Cameroun, est préconisée pour diminuer la morbidité et la mortalité liées aux maladies diarrhéiques, à la malnutrition, au VIH, aux hépatites, au paludisme, aux infections respiratoires aiguës (IRA) chez l'enfant et le nouveau-né

Le PSN SRMNI 2014-2020 prévoyait que 70 % des districts de santé et 70% des formations sanitaires fourniraient des prestations en PCIMNE conformément aux normes nationales ; à ce jour, ces données ne sont captées ni par le DHIS2, ni par l'EDS 2018.

Toutefois, en 2018, 12% des enfants ont souffert de diarrhée durant les 2 semaines précédant l'EDS et 52% ont été correctement pris en charge ce qui représente une bonne performance par rapport au taux de 42,3% attendu. En outre, seulement 59% des enfants de moins de 5 ans avec IRA ont eu un conseil ou un traitement approprié auprès d'un prestataire de santé. L'inaccessibilité financière aux services et soins de santé et les longues distances pour arriver à la formation sanitaire sont les principales difficultés citées par les femmes.

c. Prévention et prise en charge du paludisme

Les données de l'EDS 2018 révèlent une hausse constante de l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) depuis 2004, tant chez les enfants de moins de 5 ans que chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans. En effet, le pourcentage d'utilisation chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 1 % en 2004 à 21 % en 2011, puis à 60 % en 2018, pour baisser légèrement à 58% en 2022 (Rapport Malaria Indicators Survey 2022, p43) pour une cible fixée à 65%. Cette performance pourrait expliquer la diminution de la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois, qui est passée de 30 % à 24 % entre 2011 et 2018, et est restée presque stable à 26 % en 2022 (MIS 2022, p. 66).. Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant récemment eu un accès palustre et qui ont pris les ACT selon les normes nationales est passé de 21% à 46% (MIS 2022, p64). Toutefois, ce résultat reste en deçà de l'objectif national fixé à 56,6%.

3.1.4 Situation de la Santé de la reproduction des Adolescent(e)s et des Jeunes

Les adolescent(e)s et les jeunes sont confrontés à plusieurs problèmes de santé sexuelle et reproductive. Parmi ceux-ci on peut citer les IST, le VIH /SIDA, les grossesses





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

précoces ou non désirées, les avortements, la faible utilisation des méthodes contraceptives, l'alcoolisme, la toxicomanie/drogues et les stupéfiants, les mariages précoces et/ou forcés, les mutilations génitales, le repassage des seins et les violences basées sur le genre. Ces problèmes sont dus à plusieurs facteurs parmi lesquels : l'aggravation de la pauvreté, la faible scolarisation de la jeune fille, les normes socio-culturelles défavorables à la santé de la fille et de la jeune femme, le faible accès aux soins de santé, la précocité du premier rapport sexuel, le relâchement de l'encadrement familial, le mauvais accueil du personnel de santé, la non-confidentialité des informations privées dans les FOSA (la confidentialité sur les données personnelles).

3.1.4.1. Situation des Indicateurs clés de la Santé Reproductive des Adolescent(e)s et des Jeunes

a. Prévalence des grossesses chez les adolescentes et jeunes

Selon l'enquête démographique et de santé de 2018, le pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant est passé de 25,2% en 2011 à 24% en 2018 et celui des jeunes femmes de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant 18 ans est passé de 29,9% en 2011 à 28,3% en 2018

L'objectif visé par le PSNAJ 2015-2020 était de réduire de moitié (50%) la prévalence des grossesses précoces. Cet indicateur n'a que légèrement diminué dans les deux groupes d'âge ; soit 1,2 % pour les adolescentes et 1,6% pour les jeunes femmes.

b. Besoins non satisfaits en planification familiale chez les adolescent(e)s et jeunes

Selon l'EDS V, les besoins non satisfaits en planification familiale chez les adolescentes sont élevés (26,4%) comparativement à ceux de la population générale (23%).

c. Prévalence des IST/VIH chez les adolescent(e)s et les jeunes

Selon le Rapport d'évaluation du PSNSAJ 2015-2020, la prévalence du VIH parmi les adolescentes de 15-24 ans a connu une baisse de 1,2% entre 2011 (2,7%) et 2018 (1,5%), contrairement aux adolescents de la même tranche d'âge où la tendance est légèrement à la hausse (0,6%) entre 2011 (0,5%) et 2018 (1,1%). L'objectif du PSNSAJ 2015-2020 qui était de réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescent(e)s et les jeunes, n'est donc pas atteint, car certains indicateurs ont connu une dégradation.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

d. Prévalence des avortements chez les adolescentes et les jeunes

Au Cameroun, l'avortement est sanctionné par l'article 337 du code pénal. Ce dernier punit d'une peine d'emprisonnement et d'une amende la femme ou la jeune fille qui a commis l'avortement ainsi que le professionnel de la santé qui a pratiqué l'intervention. Juridiquement, l'avortement n'est légal que dans deux cas bien précis : en cas de risque pour la vie de la mère et en cas de viol attesté (article 339).

Malgré cette interdiction, la pratique de l'avortement est courante au sein de la population. Elle se fait donc dans la clandestinité et touche aussi bien les adultes que les adolescentes. D'après les résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé du Cameroun de 1998 et 2004, 1,7% des adolescentes (15-19 ans) ayant eu des rapports sexuels ont eu recours à un avortement provoqué. Une étude réalisée en 2010 dans les villes de Yaoundé et Douala par la « Cameroon National Association for Family Welfare » (CAMNAFAW), « l'International Planned Parenthood Federation » (IPPF) et le Ministère de la Santé Publique révèle que 23,1% des avortements au Cameroun sont provoqués et que le taux d'avortements des femmes de 15-35 ans au Cameroun se situe entre 30 à 40 %. Le contexte de pauvreté globale et de crise morale que connaît le pays semble favoriser cette pratique. On note également que l'utilisation des méthodes contraceptives, notamment le condom, est relativement faible chez les adolescent(e)s, surtout chez les filles (Filles 52%, Garçons 68% EDS 2018) ; Ces facteurs expliquent la prévalence des avortements provoqués chez les adolescentes, consécutive au fort taux des grossesses non désirées, surtout en milieu scolaire. En plus de la répression de l'avortement par les pouvoirs publics, les pressions socioculturelles vis-à-vis des filles-mères, le coût élevé des méthodes modernes de contraception et les charges liées à l'éducation des enfants dans une situation d'insuffisance d'emploi font que la plupart des avortements se déroulent dans la clandestinité et souvent dans de très mauvaises conditions. Selon la même étude, la prise en charge des patientes ayant eu des avortements varie entre 31 000 FCFA et 70 000 FCFA. Les conséquences de ces avortements sont généralement des infections, l'infertilité, des perforations de l'utérus ou de la vessie entraînant dans certains cas des fistules obstétricales, des grossesses ectopiques, le dysfonctionnement des trompes et même le décès.

3.1.4.2. Couvertures des interventions concernant la Santé Reproductive des Adolescent(e)s et des Jeunes

L'amélioration de la santé de la reproduction chez les adolescentes et les jeunes dépend de la mise en œuvre ou non de certaines interventions visant (i) la prévention des grossesses non désirées et des avortements provoqués (ii) la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et enfin (iii) la prise en charge des VBG et des pratiques culturelles néfastes.





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

e. Dispensation des méthodes contraceptives modernes aux adolescentes et aux jeunes femmes

Selon EDS 2018, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les adolescent(e)s reste faible à 10,3 % (alors que celui-ci dans la population générale est de 19,5 %).

La prévalence contraceptive moderne chez les adolescentes est passée de 12,1% en 2011 à 10,3% en 2018, soit une baisse de -1,8%. En revanche, chez les adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, une légère hausse de 0,3% a été observée, portant la prévalence contraceptive moderne de 16,1% à 16,4% durant la même période.

f. Lutte contre les IST/VIH chez les adolescent(e)s

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH 2020-2023 (PSN VIH) visait à doter 80% des adolescents âgés de 10 à 24 ans des compétences adéquates pour se protéger du VIH. Cependant, seulement 49,4% des filles et 65,3% des garçons ont atteint cet objectif (Rapports Annuels du CNLS 2023). De plus, le même PSN VIH prévoyait qu'en 2023, 92% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut sérologique recevraient un traitement antirétroviral. Par ailleurs, selon les Rapports Annuels du CNLS 2023, seulement 62% des jeunes âgés de 20 à 24 ans ont reçu leur traitement.

g. Prise en charge des VBG et des pratiques culturelles néfastes

L'objectif du Plan Stratégique National de Santé des Adolescents et des Jeunes (PSNSAJ) 2015-2019 était d'assurer la prise en charge adéquate d'au moins 60% des cas de violences basées sur le genre (VBG) et des pratiques culturelles néfastes à la santé reproductive des adolescents et des jeunes (SRAJ) d'ici à 2019. A ce jour, les données présentant les performances relatives au niveau d'atteinte de cet objectif ne sont pas disponibles.

3.1.5 Situation de la Santé de la reproduction des personnes âgées

L'espérance de vie à la naissance au Cameroun était de 60,33 ans en 2021. Elle est plus élevée chez les femmes (62,02 ans) que chez les hommes (58 ans)⁹. La population des personnes âgées (60ans et plus) tend à augmenter grâce aux progrès de la médecine. Cette évolution démographique crée de nouveaux défis pour ce qui concerne le dépistage et la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction chez les personnes âgées, notamment : les cancers génitaux, les IST/VIH, ménopause/andropause et leurs complications, les dysfonctionnements sexuels, etc.).

Outre l'augmentation de l'espérance de vie, d'autres facteurs peuvent augmenter le risque de survenue des pathologies qui concernent la santé de la reproduction chez les personnes âgées. Parmi ces facteurs ou conditions, on peut citer (sources) :





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- La Retraite : La retraite peut entraîner une augmentation du temps libre, ce qui peut conduire à l'adoption des comportements sexuels à risque avec de nouveaux partenaires.
- La Séparation ou divorce : La séparation ou le divorce peuvent inciter les personnes âgées à se remettre en couple et à adopter de nouveaux comportements sexuels, augmentant ainsi leur risque d'IST et de VIH.
- Le Veuvage : Le veuvage peut entraîner une solitude et une isolation sociale, ce qui peut pousser certaines personnes âgées à rechercher des contacts intimes pour combler ce vide affectif, les exposant ainsi à des comportements sexuels à risque.

Les possibilités d'échanges qu'offrent les réseaux sociaux peuvent aussi favoriser l'adoption de comportements à risque. Les recherches sur le sujet sont toutefois limitées¹⁰.

D'après l'EDS-MICS de 2011, 2,3% des personnes âgées de 50-59 ans avaient une IST, 2% un écoulement urétral, 2,3% une plaie/ulcère génital et 4,7% une IST/ écoulement/plaie ou ulcère.

Par ailleurs, le « Décade pour un vieillissement en bonne santé 2020-2030 », qui est la feuille de route pour l'accélération de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées, élaborée en 2020 dans le cadre de la Couverture Santé Universelle au Cameroun révèle les problèmes suivants :

- Une baisse du désir sexuel est observée chez 33% des personnes âgées tandis que 30,6% souffrent d'impuissance ;
- Infection à VIH en milieu urbain : parmi les 50% de personnes âgées testées, 8% sont séropositives.

3.1.6 Situation de la santé de la reproduction des groupes cibles vulnérables

Parmi les groupes cibles vulnérables, on retrouve, les personnes déplacées internes, les personnes vivant avec un handicap physique, mental, ou sensoriel, les PvVIH, les populations autochtones vulnérables et les enfants de la rue. Les indicateurs de SRMNIA-Nut ne sont pas désagrégés dans le DHIS2 en fonction des différents critères de vulnérabilité.

3.2 DESCRIPTION DES INTERVENTIONS TRANSVERSALES

3.2.1 La planification familiale Besoins non satisfaits en planification familiale

Selon EDS-2018, près d'une femme sur quatre (23%), âgée de 15-49 ans et actuellement en union a des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dont 15 % pour espacer les naissances et 8% pour les limiter. L'objectif du PS/SRMNI était de faire passer le pourcentage des femmes en âge de procréer dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits de 17% en 2014 à 10% en 2020. Cet objectif n'a donc pas été atteint puisqu'il existe un gap de 13% des besoins non satisfaits à combler.





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

3.2.1.2 Prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018, seulement 19% des femmes âgées de 15 à 49 ans et vivant en union utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Parmi ces femmes, 15% utilisaient une méthode contraceptive moderne et 4% une méthode traditionnelle. L'évolution de l'utilisation des méthodes contraceptives entre 2004, 2011 et 2018, selon les données des EDS, est présentée dans le tableau 9. En 2018, les préservatifs masculins (5,2%), les injectables (3,7%) et les implants (2%) étaient les méthodes modernes les plus utilisées au sein de la population générale, 6% (tableau 9).

Cependant l'objectif du PSN/SRMNI 2014-2020 était de porter ce taux d'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée de 4% en 2014 à 20% en 2020. L'on constate donc un gap de près de 12% à combler.

3.2.1.3 Prévalence contraceptive de chaque méthode par les femmes en âge de procréer

Selon l'Evaluation du PSN/SRMNI 2014-2020, l'évolution des taux de prévalence de l'utilisation de chaque méthode contraceptive par les femmes en âge de procréer entre 2004 et 2018 est représentée ci-dessous.

Tableau 9 : Prévalence contraceptive de chaque méthode par les femmes en âge de procréer de 2004 à 2018 (EDS 2004,2011, 2018)

Méthodes contraceptives utilisées par les femmes en âge de procréer	Prévalence contraceptive de chaque méthode (%)		
	2004	2011	2018
Stérilisation féminine	0.9	0.4	0,3
Pilule	1.3	1.6	1,1
DIU	0.2	0.2	0,9
Injectables	1.1	2.3	3,7
Préservatif masculin	9.7	10.8	5,2
Préservatif féminin	0.0	0.1	0,0
Implants	0.3	0.5	2,6

3.2.1.4 Choix éclairé de la méthode de planification familiale

Selon EDS-2018, un peu plus de la moitié des femmes qui utilisent la contraception moderne ont reçu les informations leur permettant de faire un choix éclairé (56 %).





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

3.2.2 Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites virales et du VIH/Sida

Selon l'EDS 2018, 18 % des femmes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu au cours des 12 mois précédant l'enquête, une IST et/ou des symptômes révélateurs d'IST. La prévalence déclarée d'une IST ou de symptômes associés chez les hommes (39 %) est inférieure de (11 %) à celle des femmes (43 %) (EDS V P297-298). Cependant, le recours aux conseils ou aux traitements pour les IST reste faible parmi les personnes de 15 à 49 ans ayant connu une IST. Seulement 43 % des femmes et 48 % des hommes ayant été infectés par une IST ont déclaré avoir recherché des conseils ou un traitement.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2018, la prévalence du VIH parmi les femmes et les hommes âgés de 15 à 49 ans est de 2,7% (3,4% chez les femmes et 1,9% chez les hommes). Dans la tranche d'âge considérée, on observe une prévalence plus élevée du VIH en milieu urbain (2,9 %) qu'en milieu rural (2,4 %). De plus, une disparité régionale est observée ; les taux de prévalence les plus élevés étant enregistrés dans les régions du Sud (5,8 %) et de l'Est (5,6 %), tandis que le taux le plus bas est observé dans l'Extrême-Nord (1,1 %).

Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 1,3% sont séropositifs au VIH, avec une légère prédominance chez les femmes (1,5%) par rapport aux hommes (1,1%)

Le Cameroun figure parmi les pays à haute endémicité pour l'hépatite virale. Selon GAVI, 1,3 % de la population est touchée par l'hépatite C, tandis que ce chiffre s'élève à 8,3 % pour l'hépatite B¹¹.

Quatre infections sexuellement transmissibles curables - la syphilis (*Treponema pallidum*), la gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*), la chlamydie (*Chlamydia trachomatis*) et la trichomonase (*Trichomonas vaginalis*) - sont à l'origine de la plupart des IST. Il convient d'ajouter l'infection par le papillomavirus humain, qui constitue un facteur de risque pour le cancer du col de l'utérus. Les IST ont une incidence directe sur la santé sexuelle et reproductive, notamment en provoquant la stigmatisation, la stérilité, les cancers et les complications de la grossesse, et en augmentant le risque de contracter le VIH. Elles sont souvent responsables de salpingites, de cervicites, de maladies inflammatoires pelviennes et d'infertilité. La transmission d'une IST de la mère à l'enfant peut entraîner une mortinatalité, un décès néonatal, un faible poids à la naissance, la prématurité, une septicémie, une conjonctivite chez le nouveau-né ou des malformations congénitales.

Les facteurs de risque des IST habituellement retrouvés sont : un bas niveau socio-économique ; la multiplicité des partenaires ; des rapports sexuels non protégés ; le jeune âge et la précocité des rapports ; le tabac, la drogue, l'alcool ; la prostitution, le milieu carcéral et l'existence d'une première IST.

¹¹ <https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/hepatite-epidemie-cachee-cameroun>





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

3.2.3 PTME

Le programme « Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) » intégré à la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) offre un paquet de services intégrés au cours des activités de consultation prénatale, d'accouchement et de suivi postnatal du couple mère et enfant. Ce paquet de services comprend : le dépistage/le counseling du VIH (pour les femmes enceintes et leurs partenaires), la mise sous traitement antirétroviral des femmes enceintes dépistées séropositives au VIH, la prophylaxie au Cotrimoxazole, les conseils pour l'accouchement à moindre risque et la prise en charge des enfants exposés en per et en post partum (ARV prophylactique, diagnostic précoce).

Globalement, 57 % des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête ont reçu des conseils sur le VIH lors d'une visite prénatale. En outre, la moitié des femmes (51 %) ont effectué un test du VIH durant une visite prénatale, reçu les résultats du test et des conseils après le test ; près d'un quart (24 %) ont reçu les résultats du test mais pas les conseils après le test (Tableau 13.8). Globalement, 55 % des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête ont, à la fois, reçu des conseils sur le VIH avant le test, effectué un test lors d'une visite prénatale et reçu les résultats (EDS 2018).

3.2.4 Prise en charge de l'infécondité/l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels

L'infertilité peut découler de divers facteurs. Chez les hommes, elle peut être attribuée à un faible nombre de spermatozoïdes, à des fluctuations hormonales, à des problèmes sexuels tels que l'éjaculation précoce ou la dysfonction érectile (en cas de diabète ou d'infections sexuellement transmissibles non traitées), à une exposition excessive à certains produits chimiques, au tabagisme et à l'effet de certains médicaments.

Chez les femmes, les causes principales comprennent les troubles de l'ovulation dus à des variations hormonales, les anomalies utérines, l'endométriose (un épaissement des parois utérines), l'obésité, les infections sexuellement transmissibles, ainsi que l'exposition à certains types de produits chimiques.

Les dysfonctions sexuelles quant à elles, sont influencées par des facteurs à la fois psychologiques et biologiques. Parmi les facteurs biologiques, on trouve les dysfonctionnements des organes génitaux, les maladies systémiques comme le diabète ou la sclérose en plaques, certains médicaments comme les antidépresseurs, les médicaments contre l'hypertension et les médicaments de chimiothérapie, les changements hormonaux, l'abus de drogues ou d'alcool, ainsi que le tabagisme.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Les facteurs psychologiques et sociaux quant à eux englobent des éléments tels que l'anxiété, la dépression, le stress, les problèmes relationnels et la compatibilité avec le partenaire, le manque de connaissances sexuelles, ainsi que les influences culturelles. Les données sur l'infertilité et les dysfonctions sexuelles au Cameroun sont quasiment inexistantes. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), entre 20 et 30 % des couples camerounais, comme dans de nombreux pays africains, sont confrontés à des problèmes d'infertilité. Bien que le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant 2014-2020 visait à prendre en charge au moins 80 % des cas de dysfonctionnements sexuel et d'infertilité, l'atteinte de cet objectif reste à confirmer faute de données précises

3.2.5 Prise en charge des cancers génitaux et mammaires

Au Cameroun, selon le Plan Stratégique de Prévention et de Lutte contre le Cancer 2020-2024, plus de 15 700 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. La mortalité est de 10 533 décès par an avec un ratio mortalité sur incidence supérieur à 65%. Ce ratio est élevé. Il était égal à 60% il y a une dizaine d'années.

En matière d'incidence, les femmes sont les plus affectées avec 9 335 nouveaux cas de cancer chaque année, soit un risque standardisé égal à 116,9 cas pour 100 000 femmes comparé à un risque standardisé de 100,5 cas pour 100 000 hommes (incidence de 6 434 nouveaux cas chaque année).

En termes d'incidence annuelle, les cinq principaux cancers sont :

- Le cancer du sein (3 265 nouveaux cas) ;
- Le cancer du col de l'utérus (2 349 nouveaux cas) ;
- Le cancer de la prostate (2 064 nouveaux cas) ;
- Le cancer du foie (919 nouveaux cas) ;
- Les cancers colorectaux (832 nouveaux cas).

Les cancers du sein et du col de l'utérus représentent les deux cancers les plus fréquents de la femme. Suivant les chiffres colligés dans le DHIS 2 en 2022, les régions enregistrant le plus grand nombre des cas suspects de cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate sont respectivement le Nord-Ouest, l'Ouest et le Centre.

- Facteurs de risque des cancers au Cameroun

D'après le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) ^{27,28,13} les facteurs de risque fréquents des cancers ont été identifiés, selon le tableau ci-après :





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Tableau 10 : Les 13 Facteurs de risque fréquents des cancers

N°	Facteur de risque	N°	Facteur de risque
1	Tabagisme actif et passif	8	Radiations ionisantes
2	Consommation d'alcool	9	Pollution atmosphérique
3	Allimentation déséquilibrée	10	Le rayonnement solaire (UV)
4	Surpoids et obésité	11	Les expositions professionnelles aux agents carcinogènes (poussière de bois, dérivés du pétrole, chrome, goudrons, etc.)
5	Activité physique insuffisante	12	Durée de l'allaitement maternel inférieur à 6 mois
6	Utilisation d'hormones exogènes	13	Exposition aux substances chimiques de la population générale (arsenic, benzène etc.)
7	Infections		

Source : Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) 2020 – 2024, page 20

3.2.6 Prise en charge des VBG et des Pratiques culturelles néfastes à la santé de la reproduction de la jeune fille et de la femme

3.2.6.1 Prise en charge des violences Basées sur le Genre (VBG)

Conformément à la Stratégie Nationale de lutte contre les VBG 2022-2026 (MINPROFF) et aux Directives des Nations Unies, les actes de Violences Basées sur le Genre (VBG) constituent une violation des droits humains universels protégés par les conventions et instruments internationaux. Cependant, leur interprétation varie d'un pays à un autre, de même que l'application concrète des lois et politiques pour combattre ce fléau social.

Il existe plusieurs types de VBG :

a. Violences physiques

La violence physique est la forme de violence la plus visible. Elle consiste à porter atteinte à l'intégrité physique de la personne. Elle comprend des actes violents tels que : gifler, bousculer, donner des coups de pied ou empoigner brutalement, mordre et griffer, jeter des objets, donner des coups avec ou sans instrument, asséner des coups de poing, tabasser, étrangler, blesser quelqu'un ou le tuer, enfermer ou ligoter la victime. Les données de la Cinquième Enquête Démographique et de Santé (EDS 2018), indiquent que 39 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir subi des actes de violence physique depuis l'âge de 15 ans causés par une personne quelconque. Les tendances montrent que le pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant subi des violences physiques de la part d'une personne quelconque au cours des 12 mois a augmenté entre 2004 et 2011, passant de 21 % à 27 % ; ensuite, il a diminué pour se situer à 18 % en 2018.

Pour ce qui est de la violence physique pendant la grossesse, parmi les femmes de 15-49 ans actuellement enceintes ou qui ont déjà été enceintes, 7 % ont déclaré avoir subi





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

des violences physiques au cours d'une grossesse, quel qu'en soit l'auteur. Le pourcentage de femmes ayant subi des violences physiques pendant la grossesse varie selon la région d'enquête. Les pourcentages les plus élevés sont observés dans le Centre (sans Yaoundé) (15 %), le Nord-Ouest (12 %) et le Sud (10 %), et les plus faibles dans l'Extrême Nord (2 %) et dans l'Adamaoua (3 %).

L'avortement forcé et la stérilisation forcée (art. 39 de la Convention d'Istanbul), de même que les mutilations génitales féminines (art. 38 de la Convention d'Istanbul), sont des formes particulières de violence physique.

b. Violences sexuelles

La violence sexuelle englobe des actes comme le harcèlement sexuel, les relations sexuelles complètes ou incomplètes sans consentement et/ou sous la contrainte et elle va jusqu'au viol.

Le harcèlement sexuel comprend des actes comme des manœuvres d'approche trop insistantes, des compliments grivois, des attouchements ou des baisers non désirés, le harcèlement par exhibition ou en montrant des images et films à caractère pornographique. Des actes comme des attouchements non désirés dans la région génitale, la contrainte à se livrer à des actes sexuels avec une personne ou un tiers, le viol ou la tentative de viol sont des formes de violence sexuelle.

Le pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi des violences sexuelles à un moment quelconque de leur vie n'a pas changé entre 2004 et 2011 (10 % dans les deux cas) ; cependant, selon l'EDS 2018, ce pourcentage a augmenté à 13 % pour les femmes ayant déclaré avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie, et 5 % d'entre elles ont signalé avoir subi ces violences récemment, c'est-à-dire au cours des 12 derniers mois.

c. Violence psychologique/émotionnelle

La violence psychologique se manifeste sous une forme verbale ou non-verbale tout en infligeant des blessures mentales ou émotionnelles pour affaiblir, fragiliser et blesser psychologiquement. Elle englobe des actes tels que les insultes, le dénigrement, l'humiliation, les attaques verbales, les scènes de jalousie, les menaces, le contrôle des activités, les tentatives d'isolement des proches et des amis et peut aller jusqu'à la séquestration etc. Elle comprend aussi la destruction d'objets ou les actes de cruauté envers les animaux de compagnie de la victime.

L'enquête MICS 5 de 2014 indique que 47 % des femmes âgées de 15-49 actuellement en union ou en rupture d'union ont subi diverses formes de violences émotionnelles de la part de leur mari/partenaire au cours des 12 mois précédents (dont 23 % « souvent » et





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

35 % « parfois »). Lesdites violences émotionnelles ont concerné 42 % des femmes sous forme d'insultes ou de rabaissement par le mari/partenaire, 37 % des femmes sous forme d'humiliation devant d'autres personnes et 37 % des femmes sous forme de menaces méchantes à leur rencontre ou à leurs proches.

En outre, près de la moitié des hommes (49 %) ont déclaré avoir exercé des violences émotionnelles contre leur femme sous forme d'insultes ou de rabaissement au cours des 12 derniers mois de l'enquête. Ils sont environ 30 % qui ont déclaré avoir exercé des violences émotionnelles contre leur femme sous forme d'humiliation devant d'autres personnes ou sous forme de menaces méchantes à son rencontre ou à ses proches.

d. Violence sociale

La violence sociale englobe les restrictions imposées à la vie sociale d'une personne comme l'interdiction ou le contrôle de ses contacts au sein de la famille et à l'extérieur, bref l'isolation forcée. Elle peut être juridique, culturelle, spatiale ou autre.

e. Violence économique

La violence économique est le contrôle des ressources économiques d'une personne par la restriction, l'exploitation ou le sabotage. Les ressources peuvent comprendre l'argent, la nourriture, le transport et le logement. La violence économique se produit parallèlement à d'autres formes de violence. Nous ne disposons pas des données concernant la violence économique au Cameroun.

Les formes les plus courantes de violences économiques comprennent :

- La privation de revenus : Cela peut se manifester par la confiscation de l'argent ou l'interdiction de travailler.
- L'imposition d'un statut de dépendance financière : Nombreuses sont les femmes contraintes à un rôle de "femme au foyer", sans revenu propre et entièrement dépendantes de leur conjoint.
- Le travail non rémunéré : Le travail domestique non rémunéré, souvent disproportionné, ainsi que le travail dans l'entreprise familiale sans contrepartie financière sont des formes de violence économique.
- Le recours à la violence physique pour empêcher de travailler : Des menaces ou des actes de violence physiques peuvent être utilisés pour contraindre une personne à abandonner son emploi ou à ne pas en chercher

3.2.6.2 Prise en charge des Pratiques Culturelles Néfastes

a. Mutilations Génitales Féminines (MGF)

Elles font référence à des procédures destinées à altérer délibérément les organes génitaux féminins ou à causer des lésions pour des raisons qui ne sont pas médicales mais qui se prétendent culturellement justifiables. Elles sont classées en quatre grandes catégories.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Concernant les MGF, une étude du MINPROFF réalisée en 2009 avec l'appui de l'UNFPA présente l'état des lieux de la pratique au Cameroun. Les raisons pour lesquelles les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées varient d'une région à l'autre et au fil du temps, et divers facteurs socioculturels au sein des familles et des communautés sont en cause. Si la prévalence nationale est de 1,4%, selon l'EDS en 2004, il n'en demeure pas moins vrai que la tendance dans les zones foyers (Région de l'Extrême-Nord et du Sud-Ouest) atteint les 20%, ce qui appelle la prise de mesures urgentes dont des interventions ciblées mais également la définition des indicateurs pertinents pour suivre l'évolution des efforts du pays en vue de l'élimination de ce fléau au Cameroun. À cet effet, les indicateurs disponibles issus des enquêtes nationales et autres études sont repris dans le tableau suivant :

Tableau 11 : Indicateurs des mutilations génitales au Cameroun

INDICATEURS	PORTEE	VALEUR	ANNEE	SOURCE
Prévalence des femmes excisées	NATIONALE	1,4 %	2004	EDSC III
Prévalence des femmes excisées musulmanes		2%		
	REGIONALE			
	Extrême- Nord	5%		
	Nord	2%		
Prévalence des femmes excisées	Sud-Ouest	2%		
Prévalence du repassage des seins chez les jeunes filles	NATIONALE	24%	2006	RENATA
Pourcentage des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont entendu parler des MGF/E et pensent que cette pratique devrait cesser, 2004-2015	NATIONALE	84 %	2016	UNICEF,
Pourcentage de garçons et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont entendu parler des MGF/E et pensent que la pratique devrait cesser, 2000-2015	NATIONALE	85 %	2016	UNICEF,
Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant subi des MGF et excisées par un professionnel de santé	NATIONALE	4 %	2004	EDSC III

Les données récentes et fiables sur la pratique des mutilations génitales au Cameroun ne sont pas disponibles. Les objectifs ont été formulés mais aucun indicateur de résultats n'a été assigné à ces objectifs pour permettre à échéance du plan, d'apprécier les performances réalisées. La dernière enquête démographique de santé (EDS V 2018) ne dispose pas de données statistiques concernant les MGF.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

b. Le Mariage d'enfants

Il désigne tout type de mariage où l'un des conjoints ou les deux sont âgés de moins de 18 ans. Il est contraire à la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui énonce que : « Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux ». Les filles sont plus susceptibles d'être mariées alors qu'elles ne sont encore que des enfants et, par conséquent, d'être forcées d'abandonner l'école en s'exposant à d'autres formes de violence.

La situation des mariages d'enfants n'a pas significativement changé au Cameroun entre 2014 et 2018. Ses causes sont intimement liées aux facteurs socio-culturels.

Le pourcentage des femmes de 15 à 19 ans ayant contracté leur première union avant l'âge de 15 ans a très peu diminué, passant de 6,2% à 6% entre 2014 et 2018 soit une réduction de 0,2% en 4 ans. De même, le pourcentage des femmes de 20-24 ans ayant contracté leur première union avant d'atteindre l'âge de 18 ans est passé de 31% à 30% entre 2014 et 2018 soit une diminution de 1% en 4 ans (EDS 2014 et EDS 2018).

Le taux net de fréquentation de l'enseignement secondaire chez les deux sexes a diminué entre 2014 (52,7 %) et 2018 (51 %) (EDS-MICS 2014 ; EDS 2018).

Au regard de la très faible performance réalisée en 4 ans, l'on est en droit de penser que les indicateurs projetés dans le plan d'action national multisectoriel pour l'abandon des mariages d'enfants au Cameroun ne seront pas atteints. En effet des efforts considérables doivent être fournis si on veut atteindre la cible 5,3 de l'ODD qui vise l'élimination de toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine d'ici 2030.

c. Les Crimes d'honneur

On parle de crimes d'honneur lorsque des femmes sont exécutées au nom de « l'honneur » de la famille ; par exemple, pour avoir eu des rapports sexuels en dehors du mariage ou pour ne pas s'être pliées à un mariage arrangé sans consentement.

En marge de ces trois types, d'autres pratiques culturelles néfastes sont présentes au Cameroun. C'est le cas des mariages forcés, du repassage des seins, du phénomène de « Money Women » où des filles sont données en mariage depuis leur conception, des rites de veuvage avilissants, du lévirat et sororat qui, bien qu'interdits par la loi, sont encore exercés dans les communautés.

3.2.7 Prise en charge des besoins nutritionnels des populations cibles de la SRMNIA-Nut

3.2.7.1 Femmes enceintes

Chez les femmes enceintes, on observe plusieurs causes de morbidité évitables notamment, l'anémie chez 40% des femmes (EDS 2018), le surpoids 37% (EDS 2018), la malnutrition retrouvée chez 40% environ des femmes (EDS 2018 - P253). Cette prévalence élevée s'explique en partie par le manque d'accès aux services de promotion





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

de la santé et de la nutrition avant le cinquième ou le sixième mois de grossesse, comme le révèle l'Enquête démographique et de santé menée en 2011 (EDS-MICS 2011). La malnutrition retrouvée chez 50% environ des femmes (EDS-MICS 2011 – P184).

Pour pallier à cette situation, il est crucial que les femmes en âge de procréer débutent leur grossesse dans un état nutritionnel optimal. Cela implique un accès adéquat à une alimentation saine et diversifiée, ainsi qu'une sensibilisation aux bonnes pratiques nutritionnelles.

En outre, plusieurs facteurs contribuent à l'aggravation de la situation nutritionnelle du couple mère-enfant. Parmi ces facteurs, on peut citer les difficultés d'accès des ménages aux aliments, la mauvaise répartition des disponibilités alimentaires au sein des ménages et la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires.

Il est donc impératif de mettre en place des interventions multisectorielles visant à améliorer la situation nutritionnelle des femmes enceintes et des enfants. Ces interventions devraient inclure des programmes de sensibilisation à la nutrition, des mesures visant à améliorer l'accès aux aliments et la promotion de pratiques d'alimentation saine.

3.2.7.2 Nouveau-nés et Enfants

Problèmes de croissance : Au Cameroun en 2018, 29 % des enfants de moins de cinq ans ont un retard de croissance ou une malnutrition chronique ; 14 % des enfants présentent un retard de croissance sévère. En outre, l'émaciation touche 4 % des enfants et 2 % sous la forme sévère. Enfin, l'insuffisance pondérale affecte 11 % des enfants de moins de cinq ans, 3 % ayant une insuffisance pondérale sévère. Par ailleurs, 11 % d'enfants ont une surcharge pondérale. Les pourcentages les plus élevés d'enfants présentant un retard de croissance sont observés dans le Nord (41 %), l'Extrême-Nord (37 %), l'Est (37 %) et l'Adamaoua (35 %). En revanche, ces prévalences sont moins importantes dans les villes de Douala (9 %) et Yaoundé (11 %). La prévalence du surpoids/obésité est passée de 5% en 2004 à 11% en 2018 (EDS 2018 p31).

Carences en micronutriments : Près de trois enfants âgés de 6 à 59 mois sur cinq (57 %) souffrent d'anémie dont 2 % sous la forme sévère ; de plus 35% sont affectés par une carence en vitamine A, 69% par une carence en zinc, 28% par une carence en vitamine B12 et 17% par une carence en acide folique. La carence en fer est une cause courante d'anémie et on estime qu'elle est globalement responsable, de la moitié des anémies chez les femmes et les enfants. L'anémie peut également être causée par le paludisme, l'ankylostomiase, d'autres helminthiases, des carences nutritionnelles, des infections chroniques et des maladies génétiques comme la thalassémie.

Selon les régions, le Centre (à l'exception de Yaoundé) et l'Est enregistrent les pourcentages les plus élevés d'enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant d'anémie, avec respectivement 65 % et 64 % d'enfants anémiés

En revanche, le Nord-Ouest (44 %) et Yaoundé (43 %) présentent les pourcentages les plus bas. La prévalence de l'anémie chez les enfants varie en fonction du niveau d'instruction de la mère : 43 % d'enfants âgés de 6-59 mois dont la mère a un niveau





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

d'instruction supérieur présentent un état d'anémie contre 65 % parmi ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction. De plus, le pourcentage d'enfants âgés de 6-23 mois souffrant d'anémie est plus élevé dans les ménages du quintile le plus bas (66 %) que dans ceux du quintile le plus élevé (44 %) (EDS 2018).

➤ Couverture des enfants par des interventions sur la nutrition

Les trois approches couramment utilisées pour augmenter les apports alimentaires en micronutriments sont la diversification de l'alimentation, la supplémentation en micronutriments et l'enrichissement des aliments.¹² Dans ce plan stratégique, il s'agit d'assurer pour les enfants :

Allaitement maternel : Les pratiques d'alimentation appropriées du nourrisson et du jeune enfant (PANJE) comprennent l'initiation précoce à l'allaitement maternel (c'est-à-dire dans l'heure qui suit la naissance), l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus et l'introduction, dès l'âge de 6 mois, d'aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel (OMS, 2008). Parmi les enfants nés au cours des deux dernières années avant l'EDS-V, 92 % ont reçu le sein maternel et près de la moitié (48 %) ont été allaités dans l'heure suivant leur naissance. En outre, 40 % d'enfants âgés de 0-5 mois sont exclusivement allaités au sein. Pour ce qui concerne la mise en œuvre des pratiques clés de l'allaitement optimal, 64,5 % des nourrissons continuent d'être allaités jusqu'à l'âge d'un an, tandis que 23,2 % poursuivent l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Diversification alimentaire : Selon l'Enquête Nationale sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle de la République du Cameroun en 2021, 32,4% des ménages ont une alimentation peu diversifiée, composée d'au plus 4 groupes d'aliments. Parmi eux, 7,8% de ménages ont une alimentation composée de 0 à 2 groupes d'aliments. La consommation d'aliments peu diversifiés est plus fréquente dans les régions du Littoral (48,4%), de l'Extrême-Nord (39,1%) et du Nord-Ouest (36,7%).¹³ Selon cette même enquête, seulement 12,1% des enfants enquêtés ont un régime alimentaire minimum acceptable. Les régions du Nord, de l'Est et du Sud présentent des taux très faibles (respectivement 3,0%, 5,0% et 5,1%). Les régions de l'Adamaoua, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest présentent des taux d'environ 20%. Les zones rurales sont plus affectées (10,7%) que les zones urbaines (16,6%). L'instabilité des revenus et la tendance à la détérioration peuvent expliquer la faible qualité du régime alimentaire des ménages les plus vulnérables.

Supplémentation en vitamine A : Au cours des six derniers mois précédant l'EDS 2011, 55,3 % des enfants de 6-59 mois avaient reçu des suppléments en Vitamine A. Dans les régions d'enquête, ce pourcentage varie d'un minimum de 36 % dans la région du Sud à 72 % dans la région de l'Est (INS¹⁴).

¹² Ministère de la Santé Publique du Cameroun « Directives Nationales pour la Nutrition de la Mère et de l'Adolescente au Cameroun' Juillet 2023

¹³ Par Jeanine ATANGA NKODO et al. « Enquête Nationale sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République du Cameroun » Avril 2021 - Données de Septembre 2020

¹⁴ Ministère de la Santé Publique du Cameroun 'Rapport De Suivi des 100 Indicateurs Clés de Santé Au Cameroun' en 2017p42





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

3.2.7.3 Femmes en âge de procréer

Principaux Indicateurs sur l'état nutritionnel

D'après l'EDS, 2018, 38% des femmes en âge de procréer présentent une surcharge pondérale (24% en surpoids, et 14% obèses), tandis que 6,1% d'entre elles ont une insuffisance pondérale. A ceci se greffent des prévalences préoccupantes de carences en micronutriments. Ainsi, parmi les femmes en âge de procréer, 76,9% présentent une carence en zinc, 39,7% une anémie et les déficits en vitamine A, vitamine B12 et acide folique touchent respectivement 21,4%, 28,6% et 8,4% d'entre elles.

Carences en micronutriments chez la femme en âge de procréer

Près de deux femmes de 15 à 49 ans sur cinq (40 %) souffrent d'anémie, dont la carence en fer constitue la cause principale. Parallèlement à cette situation, 77 % de ces femmes présentent une carence en zinc, 29 % une carence en vitamine B12 et 8 % une carence en acide folique. La carence en fer, responsable d'environ la moitié des cas d'anémie chez les femmes et les enfants à l'échelle mondiale, demeure un problème de santé publique majeur. Outre la carence en fer, d'autres facteurs tels que le paludisme, l'ankylostomiase et d'autres helminthiases, les carences nutritionnelles, les infections chroniques et les maladies génétiques comme la thalassémie peuvent également contribuer à l'apparition de l'anémie.

Supplémentation en Fer et Acide Folique

D'après l'EDS 2018, de 2004 à 2018, une évolution notable a été observée quant à l'utilisation des suppléments de fer chez les femmes enceintes ; le pourcentage de femmes ayant reçu des suppléments de fer a en effet augmenté, passant de 73 % à 79 %. (EDS V, P170) Malgré cette tendance encourageante, des disparités régionales subsistent, les régions du Nord (52%), de l'Adamaoua (60%) et de l'Extrême-Nord (70%) affichant les taux les plus faibles de prise de suppléments de fer et de médicaments antiparasitaires pendant la grossesse. Les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018 révèlent que cet objectif a été dépassé, avec un taux de 79%, soulignant une performance remarquable.

En ce qui concerne la combinaison fer et acide folique (FAF) pendant au moins 90 jours, on note une baisse de 54,2 % EDS-MICS 2011 – P185 à 49,2 % (EDS 2018 – P254), ceci correspond à un écart de 19,8 % par rapport à l'objectif fixé dans le cadre du Plan Stratégique de Lutte contre la Malnutrition (PS/PLMI) ; en effet ; l'objectif de 2014 était d'augmenter de 54,2% à 70% d'ici à 2020 la proportion des femmes enceintes prenant du FAF pendant 90 jours et plus; mais des efforts supplémentaires demeurent nécessaires.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

3.2.7.4 Adolescentes

Principaux Indicateurs sur l'état nutritionnel

Chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, la prévalence de l'anémie reste préoccupante et était de 42% en 2018. Parallèlement à cette situation, l'excès de poids et l'obésité touchent 18,4% des adolescentes en 2018, contre 16% en 2011. La maigreur, quant à elle, affecte 10% des adolescentes.

Malgré ces données inquiétantes, l'accès et l'utilisation des services nutritionnels par les adolescentes restent largement méconnus. Une enquête récente menée dans les régions septentrionales et orientales du Cameroun¹⁵ révèle que seulement 6,7% des adolescentes âgées de 10 à 19 ans ont pris des suppléments de fer au cours des trois derniers mois, et 25% ont été déparasitées.

Selon EDS 2018, la quasi-totalité des enfants (96 %) et des femmes (97 %) vivent au sein des ménages dans lesquels le sel testé était iodé. De 2004 à 2018, le pourcentage des ménages disposant du sel iodé est resté quasiment stable, passant de 96 % à 97 %. Ce pourcentage varie de 89 % à l'Extrême-Nord à plus de 96 % dans les autres régions. En ce qui concerne la répartition selon le quintile de bien-être économique, ce pourcentage des ménages disposant du sel iodé augmente, de 93 % dans les ménages du quintile le plus bas à 99 % dans ceux du quintile le plus élevé.

En résumé, le fardeau de la malnutrition dans la majorité des cas, est la conséquence d'un régime alimentaire inapproprié riche en énergie mais pauvre en micronutriments, associé à une activité physique insuffisante.

L'accès limité à une alimentation saine et suffisante, la répartition inéquitable des ressources alimentaires au sein des ménages et la méconnaissance des bonnes pratiques nutritionnelles aggravent davantage la situation nutritionnelle du couple mère-enfant.

3.3 REPONSE NATIONALE FACE AUX PROBLEME DE LA SRMNIA-NUT

La réponse nationale aux problèmes de la SRMNIA-Nut exige une collaboration et une synergie multisectorielle et multipartite. En effet, tous les acteurs qui interviennent dans cette thématique à savoir : le Ministère de la Santé Publique, les autres administrations partenaires, les Partenaires Techniques et Financiers, les ONG, les Organisations de la Société Civile et les Communautés locales doivent conjuguer leurs efforts pour relever les défis majeurs de la santé de reproduction. Cette section présente un panorama des

¹⁵ Enquête sur la nutrition des adolescentes dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est. MINSANTE/UNICEF 2022





Plan Stratégique National SRMNEA-Nut 2024-2030

principales actions entreprises par ces acteurs, telles que répertoriées dans la revue documentaire.

3.3.1 Réponse institutionnelle Publique

3.3.1.1 Réponse institutionnelle du MINSANTE

Elle concerne principalement les engagements politiques du Cameroun en faveur de la SRMNEA, les mesures réglementaires adoptées, l'organisation mise en place et l'amélioration de l'offre des soins et services pour faire face à cette problématique.

a. Mesures politiques et réglementaires

Dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le Cameroun a souscrit à plusieurs engagements parmi lesquels :

- La Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) en 1994 ;
- L'adoption du concept de la santé de la reproduction en 1999 ;
- L'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 ;
- La charte africaine sur les droits de l'homme relatifs aux droits de la femme et de l'enfant (protocole de Maputo) en 2006 ;
- La Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile en Afrique (CARMMA) en 2010 ;
- Le plan d'action mondial du Secrétaire Général des Nations Unies en faveur de la santé de la mère et de l'enfant en 2011 ;
- Le renouvellement de l'engagement en faveur de la survie de l'enfant (Une Promesse Renouvelée) en 2012 ;
- Les Objectifs de Développement Durables (ODD) adoptés par les Nations Unies en 2015 ;
- La nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 ;
- Le Plan d'action Révisé de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre politique continental sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR), 2016 à 2030 ;
- L'engagement du Cameroun pour l'initiative FP2030.

En respectant ses engagements internationaux et nationaux, le Cameroun peut améliorer la santé des mères, des enfants, des adolescents etc. et contribuer ainsi à un développement humain durable. Il s'agit en effet, d'un engagement moral et éthique de la nation à protéger la santé de ses citoyens, en particulier celle des cibles les plus vulnérables et à renforcer la coopération internationale sur des questions d'intérêt commun.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

b. Organisation institutionnelle

En conformité avec les engagements internationaux le Cameroun a pris des dispositions au niveau national pour l'organisation de la gestion des problèmes de SRMNIA-Nut.

❖ *Directions, Programmes et Comités impliqués dans la SRMNIA-Nut*

Plusieurs directions de l'administration centrale sont impliquées dans les différents aspects de la SRMNIA-Nut, mais en priorité, l'on se doit de citer la Direction de la Santé Familiale et la Direction de la Promotion de la Santé.

Les Programmes suivants participent aux activités de la SRMNIA-Nut:

- Le Programme Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-Juvenile (PLMI) ;
- Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Le Comité National de lutte contre le VIH/SIDA(CNLS) ;
- Le Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
- Le Programme National de lutte contre le Cancer (PNLC) ;
- Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT) ;
- Le Centre National pour la Transfusion Sanguine (CNTS).

Ces structures sont supposées avoir des démembrements dans les régions et les districts de santé. Ces structures ont produit des documents stratégiques qui orientent la SRMNIA-Nut au Cameroun et supervisent sa mise en œuvre ainsi que son évaluation.

❖ *Documents stratégiques majeurs produits sur la SRMNIA-Nut*

Les principaux documents stratégiques qui ont orienté la mise en œuvre des activités de la SR et de la nutrition pendant la dernière décennie sont les suivants :

- La Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (2006-2015) ;
- Le Plan Stratégique Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle (2011-2013) ;
- Le Plan Stratégique de la Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile (2014-2020) ;
- Plan stratégique Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvenile au Cameroun (2014-2020) ;
- Plan stratégique de lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun (2018-2023) ;
- Plan opérationnel de planification familiale au Cameroun - 2015—2020 ;
- Plan stratégique national de la santé des adolescent(e)s et des jeunes au Cameroun (2015 - 2019) ;
- Plan Stratégique National 2021-2025 de la Santé Communautaire au Cameroun.
- Plan Opérationnel National Santé Nouveau-né Cameroun 2016-2018 ;



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun, 2017-2020 ;
- Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2018-2023 ;
- Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa), 2020 - 2024 ;
- La Stratégie Sectorielle de la Santé révisée 2020-2030 ;
- La Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025 ;
- Every New Born Action Plan (ENAP) Cameroon 2022-2025;
- Le Plan de communication en Santé de reproduction des adolescent(e)s 2023-2026 ;
- Plan opérationnel de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA.

❖ *Renforcement de l'Offre des services et soins de SRMNIA-Nut de qualité selon les niveaux de la pyramide de santé*

L'offre des services de SRMNIA-Nut couvre le niveau communautaire, le niveau des Districts de Santé, les structures de Référence Régionale et les Structures de Référence Nationale.

a) Niveau Communautaire

Des Interventions Sous Directive Communautaires (ISDC) sont mises en œuvre dans les aires de santé des dix régions, notamment par les (Agents de Santé Communautaires Polyvalents) ASCp. En 2022, le pays en comptait 9574 recensés. Si la couverture géographique des régions est totale, la couverture des districts de santé par les ASCp n'atteint que 49,7%, comme illustré par la Figure 13. Cette couverture insuffisante, inférieure à 50%, révèle un gap important à combler¹⁶.

¹⁶Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2021-2025.



Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

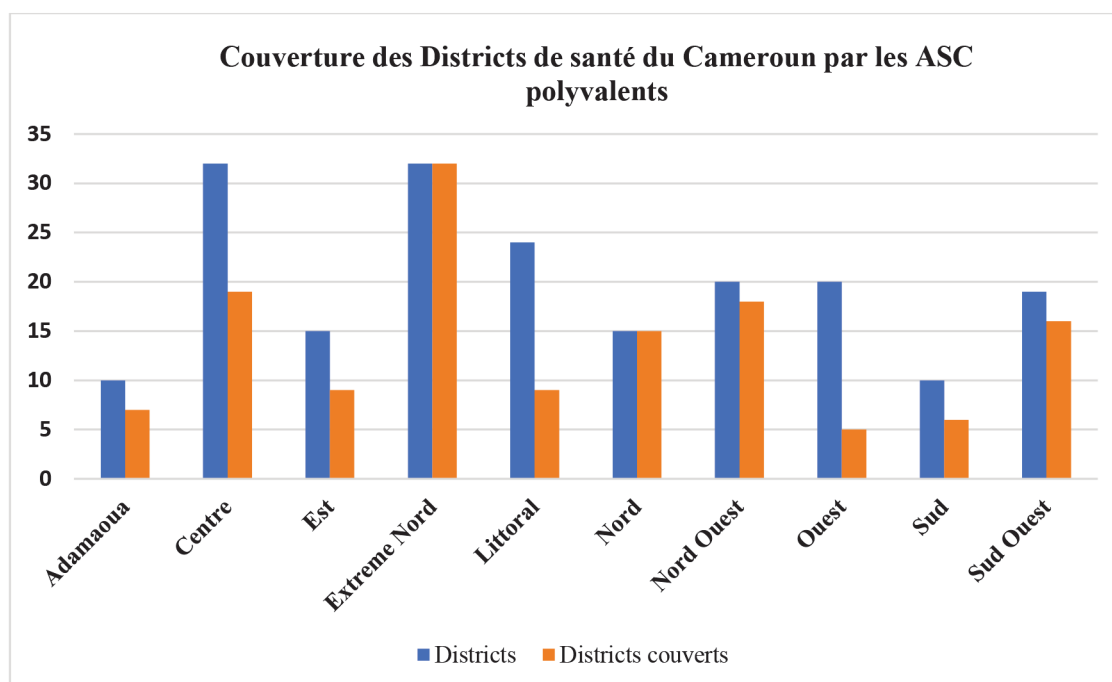


Figure 9 : Couverture des DS du Cameroun par les ASCp en 2022

(Source : Rapport d'activités PNL 2022)

Les informations et données sur les ISDC devraient être rapportées chaque mois. Malheureusement, ces informations ne sont pas captées par le DHIS II de manière satisfaisante.

L'analyse du Rapport d'évaluation du PSN-SRMNI 2014-2020 révèle une implication communautaire insuffisante dans l'identification des signes de danger/d'alarme en santé maternelle et planification familiale. Cette lacune, particulièrement marquée lors de la grossesse et de l'accouchement, affecte le recours aux soins par les femmes, la promotion des services offerts et le don de sang. L'insuffisance de sensibilisation de la communauté et de formation des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCp) sur les pratiques familiales et communautaires figure parmi les facteurs explicatifs de cette faiblesse.

Dans l'offre de service en Santé maternelle et de la planification familiale, la communication et la mobilisation sociale existent à tous les niveaux pour répondre à certains déterminants de la santé et à l'émergence de certains comportements sociaux et pratiques nocives pour la santé. Malheureusement, cette intervention transversale pour le changement des comportements et la promotion des services de santé en vue d'en améliorer l'utilisation, n'est ni suffisamment développée, ni suffisamment documentée aussi bien en milieu des soins que communautaire. La faible utilisation des services de Santé maternelle et de la planification familiale est tributaire de l'ignorance, des pratiques et croyances socioculturelles néfastes à la santé de la femme¹⁷.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

b) Niveau du District de Santé, niveau Régional et niveau Central

Le District de santé, à travers le Paquet Minimum d'activités (PMA) délivré par les CSI et les CMA et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) délivré par les Hôpitaux de District et les Services de Santé de District, comporte pratiquement toutes les interventions à haut impact de la SRMNIA-Nut.

L'évaluation de la performance des DS dans le domaine de la SRMNIA-Nut est peu documentée au Cameroun. A travers la revue documentaire effectuée, il ressort néanmoins quelques points saillants décrits ci-dessous :

➤ **Accessibilité aux soins et services offerts de manière générale par les structures du DS**

Doté d'une bonne couverture en infrastructures de santé, le Cameroun avec ses 203 Districts de santé, dispose dans le sous-secteur public de 2 300 CSI, 295 CMA et 167 hôpitaux de District¹⁸, sans compter les nombreuses structures du sous-secteur privé qui viennent renforcer l'offre de services et de soins.

Cependant, selon une évaluation effectuée par la DOSTS/MINSANTE en 2022, l'accessibilité géographique aux services de santé, est légèrement faible avec environ 26,7% de la population qui ont difficilement accès aux services de santé ; cette situation est plus accentuée en zone rurale et semi-urbaine. Cette faible accessibilité est entre autres due aux contraintes géographiques et obstacles naturels des régions enclavées, à l'impraticabilité de certaines routes et à l'éloignement des formations sanitaires situées parfois à plus de 10 voire 15 km de distance ce qui réduit l'accessibilité de ces structures aux cibles de la SRMNIA-Nut.

➤ **Quelques indicateurs de performance de l'offre des services de la SRMNIA-Nut selon les cibles**

Selon des enquêtes conduites par la DSF/MINSANTE avec l'appui de l'UNFPA et de l'INS, il ressort que la proportion de Formation Sanitaire (FOSA) avec infrastructure, équipement et personnel adéquats pour la prestation des soins SRMNI est passée de 3% en 2014 à 4% en 2020, pour une cible stratégique fixée à 80% en 2020.

¹⁷Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2021-2025.

¹⁸ DOSTS/MINSANTE, 2023





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Selon le Rapport d'évaluation du Plan stratégique de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile (PSLMMNIJ) 2014 - 2020, en l'absence des données permettant de renseigner l'indicateur, « proportion de FOSA avec infrastructure, équipement et personnel adéquats pour la prestation des soins SRMNI », l'indicateur « pourcentage de FOSA dont le personnel a été formé en prestations de services de planification familiale » a été utilisé comme proxy. En 2018, 59,4 % des CSI et CMA, 83,6% des Hôpitaux Régionaux et Hôpitaux de District et 76,9% des Hôpitaux Centraux et assimilés avaient un personnel formé en PF¹⁹. Le pourcentage des formations sanitaires de premier niveau (CSI et CMA) disposant d'un personnel formé est faible (59,4%). Cette faible proportion de personnel formé en PF affecte la qualité des services offerts.

Offre permanente des SONEU dans les FOSA

Selon le DHIS 2, concernant la disponibilité des services SONEU au 3ème et 4ème trimestre de l'année 2020, le Cameroun disposait au total de 124 services SONEU, ce qui équivaut à 2.21 services pour 500 000 habitants, si la population est estimée à 28 millions d'habitants. L'objectif du PSN/SRMNI était de faire passer le taux de Disponibilité des services SONEU de 3 en 2014 à 5 pour 500.000 habitants en 2020. Il existe donc un gap de performance de 2.79 services SONEU pour 500.000 habitants à combler²⁰.

Pour ce qui concerne la disponibilité rapportée des services de transfusion sanguine et de césarienne par région et par type de formation sanitaire, l'analyse des données montre des disparités significatives dans la disponibilité des services de transfusion sanguine et de césarienne selon le type de formation sanitaire et la région. L'offre de services de transfusion sanguine et de césarienne est inégale au sein des formations sanitaires. Moins d'un sixième des établissements proposent des transfusions sanguines, et moins d'un neuvième pratiquent des césariennes.

En ce qui concerne le statut, les établissements du secteur privé non lucratif se distinguent par une offre plus complète, suivis du secteur privé lucratif et du secteur public.

Les régions du Sud-Ouest, de Douala (Littoral) et du Nord-Ouest concentrent les établissements offrant le plus ces types de services, soulignant ainsi des inégalités géographiques.²¹

¹⁹L'étude sur la disponibilité des contraceptifs et des produits vitaux de santé maternelle dans les points de prestations de services au Cameroun faite en 2020 par l'UNFPA

²⁰Source : Evaluation du PS/SRMNI 2014-2020

²¹ Source : Evaluation du PS/SRMNI 2014-2020





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

Causes de l'utilisation non optimale des services SONEU

L'utilisation des services SONEU par les femmes est limitée par certains facteurs tels que : les barrières géographiques (Rayon moyen d'action, disparité régionale) ; les barrières financières (paiements supplémentaires malgré la gratuité y compris des produits sanguins, coût de médicaments, transport du domicile vers la FOSA) ; le manque d'information ; les barrières socioculturelles (pouvoir de décision de la femme limité, influence sur la décision du mari, belle-mère, ...).

Offre de service pour la Prise en Charge des nouveau-nés et des enfants

Les performances observées sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 11 : Indicateurs de la qualité de la prise en charge des nouveau-nés et des enfants

Indicateur	Pourcentage
Proportion de revues des décès néonataux	4%
Proportion de nouveau-nés dont les soins du cordon ont été faits à la Chlorhexidine 7,1% à la naissance dans la formation sanitaire	33%
Pourcentage de personnels formés en soins du nouveau-né par DS ciblés	12%
Pourcentage de FOSA ouvertes à la population et disposant de personnel formé aux soins du nouveau-né 24h/24, 7 jours/7	57%
Pourcentage de FOSA respectant les protocoles de prévention de l'infection dans les salles de travail, d'accouchement, et néonatales	7%
Pourcentage de nouveau-nés nés dans une formation sanitaire dont la déclaration de naissance est établie et transmise au Centre d'Etat Civil	46%
Pourcentage de FOSA disposant d'un kit hospitalier de réanimation du nouveau-né	17%
Pourcentage de FOSA offrant des services de maternité ayant obtenu la certification IHAB (Initiative Hôpitaux Amis des Bébé)	0%
Pourcentage de FOSA où les soins de type « mère kangourou » sont opérationnels dans les DS ciblés	4%
Proportion de FOSA disposant d'unités Kangourou	0.5%
Proportion de FOSA disposant de coins du nouveau-né au sein des services de maternité	0.4%
Pourcentage de professionnels de communication formés sur la thématique de la santé du nouveau-né	9%
Pourcentage d'émissions diffusées sur la santé du nouveau-né	42%
Visites à domicile menées pour le suivi du nouveau-né à 7 jours de vie	0%
Proportion de ménages mobilisés par les ASC en post-partum pour le suivi de la mère et du nouveau-né	0%





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Pourcentage des responsables de facultés /Ecoles de formation mobilisés en faveur de l'enrichissement des curricula de formation sur la santé du nouveau -né	0%
Proportion des réunions de coordination trimestrielles sur le suivi de MEO du Plan Opérationnel tenues par le Comité Régional de lutte contre la MMNI dans les 10 régions	0%
Proportion des réunions de coordination semestrielle sur le suivi de la mise en œuvre du Plan Opérationnel tenues au niveau central par le Comité National de lutte contre la MMNI ()	50%
Proportion des districts qui disposent des Comités de revues des décès maternels et néonataux fonctionnels	66%

Source : Rapport de l'évaluation du plan opérationnel national de la santé du nouveau-né 2016-2018

Offre pour la PEC des Adolescent(e)s et des jeunes

Selon le Rapport d'évaluation du PSLMMNIJ 2014-2020, l'indicateur « proportion des FOSA par district de santé offrant des services SRMNI accessibles et adaptés aux adolescent(e)s/jeunes » a été remplacé par le proxy suivant : « proportion des FOSA ayant un service adapté pour la santé des adolescent(e)s et des jeunes »²² Cette proportion a baissé de 30,8% à 26,9% entre 2015 et 2019. Cette réduction des points de prestations des services de santé pour adolescent(e)s et jeunes traduit la faible disponibilité de l'offre des services pour cette cible et a pour conséquence une forte proportion de besoins non satisfaits.



Figure 10 : Niveaux et tendances (%) de l'offre en service adapté en SAJ

Source : Données de terrain.

Concernant le dépistage et la prise en charge appropriée des fistules obstétricales chez les jeunes filles, le PSLMMNIJ 2014-2020 ciblait au moins 60% des cas d'ici 2020. Selon

²²Rapport de l'évaluation du plan stratégique de la santé des adolescents et des jeunes au Cameroun 2015-2020





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

des données recueillies au cours de l'évaluation dudit plan, les constats sont tels que décrits dans le tableau suivant :

Tableau 12 : Niveaux et tendances du dépistage et de la prise en charge appropriée des fistules obstétricales chez les jeunes filles.

Indicateurs	Valeur de base 2015 (%)	Valeur de référence 2019 (%)	Appréciation du changement (%)	Source
Pourcentage des formations sanitaires ayant dépisté des cas de fistules obstétricales des jeunes filles	7,7	11,5	+3,8	Données de terrain
Pourcentage des formations sanitaires ayant assuré une prise en charge appropriée des cas de fistules obstétricales des jeunes filles	11,5	15,4	+3,9	Données de terrain

Source : PSLMMNIJ 2014-2020

Offre pour la PEC des Cancers génitaux chez la femme et de la prostate chez l'homme

Le Cameroun s'est doté d'un Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer pour la période 2020-2024. Ce plan stratégique précise les actions de sensibilisation et de dépistage du cancer qui doivent être menées dans le pays. A cet effet, le Comité National de Lutte contre le Cancer organise régulièrement des campagnes de sensibilisation sur les facteurs de risque modifiables des cancers. Ces campagnes sont menées auprès du grand public, notamment à l'occasion des journées et événements spéciaux tels qu'« Octobre rose ».

En complément des actions menées par le Comité National de Lutte contre le Cancer, des organisations de la société civile (OSC) mènent également des campagnes de sensibilisation sur le cancer. Ces campagnes ciblent des publics spécifiques, tels que les communautés locales, les milieux professionnels, les établissements scolaires et universitaires.

Depuis 2021, avec le soutien de l'UNFPA, des campagnes nationales de dépistage et de prise en charge des cas de cancers génésiques ont été organisées. Ces campagnes visent à améliorer l'accès au dépistage et à la prise en charge précoce des cancers génésiques, qui ont un pronostic plus favorable lorsqu'ils sont détectés à un stade précoce.

En 2015, le Cameroun a réalisé avec succès la phase pilote d'introduction du vaccin contre le Human Papilloma Virus (HPV) pour les filles de 9 à 13 ans. Il s'agit de l'une des stratégies efficaces de réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus qui demeure le 2ème cancer le plus fréquent chez la femme. Le MINSANTÉ a procédé à l'introduction de ce vaccin dans le Programme Élargi de Vaccination depuis 2020 chez les filles âgées





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

de 9 ans. En 2023, la cible a été élargie aux garçons de 9 ans. Le taux de couverture vaccinale actuelle contre le HPV est de 61% (Rapport PEV 2023). Le coût du vaccin bivalent et quadrivalent reste élevé pour la population camerounaise non ciblée par le PEV (35 000 FCFA la dose).

Le Cameroun ne dispose pas d'un programme de dépistage national des cancers du sein et du col de l'utérus. Quelques hôpitaux publics et deux (2) structures confessionnelles notamment Cameroon Baptist Convention Health Services (CBCHS) et Presbyterian Church in Cameroon Health Services (PCCHS) conduisent de façon routinière des dépistages et traitements des états précancéreux du col utérin dans certaines villes (Bamenda, Mbingo, Kumbo, Douala, Mutengene, Kumba, Kribi, Bafoussam, Yaoundé, Limbe). Des campagnes de dépistage sporadiques sont organisées en stratégie avancée par le CNLCA et certaines OSC. Cependant, de nombreux états précancéreux ne peuvent bénéficier d'un traitement faute de disponibilité des équipements.

Concernant le diagnostic des cancers, des services d'imagerie médicale sont disponibles dans la majorité des FOSA de la 1ère à la 4ème catégorie. L'équipement basique est constitué d'un appareil de radiographie standard Os-Poumon et d'un appareil d'échographie. Les appareils de scanner et d'IRM recommandés pour le bilan d'extension des cancers ne sont disponibles que dans les hôpitaux généraux et centraux, et dans 03 hôpitaux régionaux (Ebolowa, Garoua et Bafoussam). L'imagerie médicale est développée dans le secteur privé et mais reste concentrée dans les villes de Douala et Yaoundé.

Le Cameroun ne dispose plus d'un service de médecine nucléaire fonctionnel, comme ce fut le cas à l'Hôpital Général de Yaoundé entre 1990 et 2000.

La prise en charge des cancers est multidisciplinaire et nécessite au préalable des réunions de concertation pluridisciplinaires institutionnalisées. Au Cameroun, seuls les Hôpitaux Généraux de Douala et Yaoundé disposent d'une telle plateforme d'échanges. Néanmoins, la prise en charge des cancers est en général débutée dans la majorité des FOSA. Le Cameroun ne dispose pas de référentiels nationaux de prise en charge des cancers les plus fréquents. Des données statistiques agrégées sur les cas de cancers pris en charge ne sont pas disponibles à l'échelon national.

Parce que les services de l'Hôpital Général de Yaoundé et de l'Hôpital Général de Douala sont en panne, le Cameroun ne dispose actuellement que d'un seul service de radiothérapie fonctionnel dans le privé (Cameroon Oncology Centre, Douala), alors que pour leur prise en charge, plus de 50% des malades du cancer ont besoin de la radiothérapie. L'offre des services de radiothérapie est donc très inférieure à la demande et les coûts sont prohibitifs. L'équipement est en surexploitation et les délais d'attente atteignent 3 mois. Il est donc urgent de trouver une solution.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Les traitements systémiques des cancers comprennent la chimiothérapie et les thérapies ciblées. Ils sont dispensés dans les unités d'Oncologie médicale. Depuis 2005, le Ministère de la Santé Publique subventionne partiellement l'achat des anticancéreux. Cependant, l'enveloppe budgétaire allouée à l'acquisition des anticancéreux est insuffisante car moins de 10% des besoins nationaux sont couverts. Les thérapies ciblées et les médicaments de support dont l'efficacité a transformé le pronostic de la plupart des cancers sont souvent indisponibles à cause de leurs coûts élevés.

Tableau 13 : Formations sanitaires possédant une unité d'Oncologie médicale

N°	Formation Sanitaire	Date de début de fonctionnement
1	HGY	11 Juin 1993
2	HGD	2012
3	HCY	2013
4	HLD	2000
5	Mbingo Baptist Hospital	2006
6	HD Bonassama	Mars 2017
8	Saint Martin de Porres	Avril 2019
9	HGOPED	Mars 2020
10	Centre Mère et enfant de la Fondation Chantal Biya	2000

(Source : Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer 2020-2024)

Au Cameroun, les soins palliatifs ne sont intégrés ni dans le paquet minimum d'activités, ni dans le paquet complémentaire d'activités délivrés par les Formations Sanitaires. Depuis 4 ans, le MINSANTE accompagne et subventionne la conférence camerounaise de soins palliatifs, plateforme d'échanges des acteurs de soins palliatifs au Cameroun. Très peu de FOSA publiques disposent d'une unité de soins palliatifs et l'approvisionnement ininterrompu en opioïdes est un problème récurrent, rendant difficile la gestion des douleurs sévères. La prise en charge holistique des cancers intégrant la gestion des problèmes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des malades n'est pas effective dans la majorité des FOSA.

Offre pour la prise en charge de l'infertilité du couple

Depuis 2016, le Cameroun dispose d'un Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) qui est consacré à la procréation médicalement assistée au Cameroun. En 2022, l'équipe médicale du CHRACERH a déclaré la naissance du 300ème bébé dans ce centre depuis son inauguration 23.

Il existe également quelques centres privés qui réalisent les PMA, mais les statistiques agrégées des activités de PMA au Cameroun ne sont pas disponibles. La loi N° 2022/014 du 14 Juillet 2022 relative à la procréation médicalement assistée au Cameroun a été promulguée.



Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

Services et intrants de Santé de reproduction et de Planification familiale

- **Disponibilité des intrants de SRMNI essentiels**

Selon le Rapport d'évaluation du PSLMMNIJ 2014-2020, la proportion des FOSA sans rupture de stock des intrants de SRMNI essentiels (13) pendant au-moins 03 jours était de 84% en 2020 pour une cible stratégique fixée à 90% à cette même période. Ce qui explique probablement la quasi-stagnation de la prévalence contraceptive au Cameroun depuis deux décennies.

- **Disponibilité des méthodes contraceptives modernes**

L'évaluation de la disponibilité des contraceptifs constitue un élément crucial pour mesurer l'accès à la planification familiale. En effet, une disponibilité insuffisante des contraceptifs peut entraîner une diminution de leur utilisation et, par conséquent, une augmentation des grossesses non désirées et des avortements à risque, contribuant ainsi à l'augmentation de la mortalité maternelle.

Dans son rapport d'évaluation du PSLMMNIJ 2014-2020, l'étude a analysé le pourcentage des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'au moins trois méthodes contraceptives modernes au cours des trois derniers mois. Cette analyse a été réalisée en prenant en compte les différentes catégories de formations sanitaires, à savoir les Centres de Santé Intégrés (CSI), les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), les Hôpitaux Régionaux et les Hôpitaux de District.

Une étude²⁴ menée en 2020 par l'UNFPA sur la disponibilité des contraceptifs et des produits vitaux de santé maternelle dans les points de prestation de services au Cameroun a mis en lumière des disparités préoccupantes. L'analyse révèle que 49,2% des Centres de Santé Intégrés (CSI) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) n'ont pas connu de rupture de stocks des contraceptifs au cours des trois derniers mois. Ce pourcentage est de 54,8% pour les Hôpitaux Régionaux et diminue à 46,2% pour les Hôpitaux de District. Ces chiffres indiquent que près de la moitié des formations sanitaires au Cameroun connaissent des ruptures de stocks des produits contraceptifs. Cette faible disponibilité des produits contraceptifs réduit leur taux d'utilisation et par conséquent, la prévalence contraceptive en planification familiale qui est l'un des piliers de la réduction de la mortalité maternelle.

- **Disponibilité des FOSAS offrant les méthodes contraceptives modernes**

La proportion des FOSAS offrant au moins 03 méthodes modernes de contraception est passée de 81.8% à 94.6% entre 2014 et 2018²⁵, ce qui équivaut à un gain de performance de +12.8%. Cet objectif peut donc être considéré comme atteint au niveau national. Cependant, des disparités régionales subsistent, soulignant la nécessité de renforcer les actions dans certaines zones

²³<https://actucameroun.com/2022/04/05/fecondation-in-vitro-300-bebes-nes-au-chracerh-en-six-ans/>

²⁴ Enquête sur la disponibilité des contraceptifs et des produits vitaux de santé maternelle dans les points de prestation de services au Cameroun. Rapport final Année 2020





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

La prise en charge de troubles nutritionnels

Actuellement, les priorités nationales en matière de nutrition sont orientées vers les interventions ciblant le nouveau-né, l'enfant et dans une certaine mesure la femme enceinte. Les interventions à l'endroit des adolescentes, des Femmes en Age de Procréer (FAP) non enceintes et des femmes enceintes en dehors de la supplémentation en fer et en acide folique ont reçu moins d'attention. Par ailleurs, le secteur de la santé est actuellement dépourvu d'un plan stratégique qui définit les objectifs et les axes d'intervention en matière de nutrition. Les recommandations se rapportant à la nutrition de la mère et de l'adolescente sont incomplètes, fragmentées et publiées dans différents documents et ne sont pas systématiquement actualisées en fonction de l'évolution des évidences scientifiques²⁶. Par conséquent, compte tenu des étapes cruciales de la vie que sont l'adolescence et la maternité, ce plan stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030 s'attache à dresser un inventaire exhaustif des interventions clés visant à combattre la malnutrition chez les femmes à savoir :

- Counselling pour une alimentation saine et équilibrée de la mère, du nourrisson et de l'enfant dans les FOSA et au cours des stratégies avancées ;
- Enrichissement des condiments et aliments de base en Micronutriments²⁷ ;
- Iodation des sels de cuisine ;
- Institutionnalisation des 10 étapes pour la réussite de l'allaitement au sein maternel dans les FOSA ;
- Supplémentation en fer et acide folique (SFAF) de la femme enceinte, des adolescentes, des femmes avec menstrues et des femmes en post-partum.

❖ *Ressources humaines intervenant dans la SRMNIA-Nut*

- Formation initiale et production des ressources humaines de la SRMNIA-Nut

Le Cameroun forme plus de 5000 personnels paramédicaux chaque année, et près de 600 médecins généralistes et spécialistes (Pédiatres, gynécologues-obstétriciens, Radiologues, Oncologues etc.) intervenant dans les domaines de la SRMNIA-Nut (DRH/MINSANTE).

Spécialisée dans la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né, la sage-femme est un acteur incontournable de la santé reproductive. Elle assure un accompagnement global tout au long de la grossesse et du post-partum, contribuant ainsi à améliorer la santé maternelle et infantile

La sage-femme est une ressource indispensable pour la santé reproductive. Afin de renforcer les capacités en matière de santé maternelle et infantile, 1644 sages-femmes et maïeuticiens ont été formés entre 2014 et 2020 (DRH/MINSANTE), contribuant ainsi à améliorer l'utilisation et la qualité des services et soins SRMNIA-Nut

²⁵ Rapport de l'évaluation du Plan Opérationnel de la planification Familiale au Cameroun 2015-2020

²⁶ Enquête sur la nutrition des adolescentes dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est. MINSANTE/UNICEF 2022.

²⁷ Directives Nationales pour la Nutrition de la Mère et de l'Adolescente au Cameroun (MINSANTE, GIZ, KFW, UNICEF 2023





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Recrutement des Ressources Humaines de la SRMNIA-Nut

En dépit d'une conjoncture générale caractérisée par un faible taux de recrutement des personnels de santé sur le marché de l'emploi, tant dans le secteur public que privé, entraînant un phénomène de chômage et un exode des professionnels vers l'étranger, il est important de souligner l'effort notable consenti par le gouvernement en matière de renforcement des ressources humaines en santé maternelle et infantile. En effet, le Ministère de la Fonction Publique a procédé au recrutement de 325 sages-femmes et maïeuticiens en 2018 et 2019 au profit du Ministère de la Santé Publique^{28,29}

- Disponibilité des Ressources humaines de la SRMNIA-Nut

Les Formations Sanitaires Publiques (FSP) font face à une pénurie de ressources humaines, notamment en ce qui concerne le personnel spécialisé (SRMNIA-Nut). Le dernier recensement exhaustif des personnels de santé remonte à 2011, ce qui rend impossible une évaluation précise du déficit actuel en ressources humaines qualifiées dans ce domaine crucial.

- Formation continue du personnel ou des intervenants en SRMNIA-Nut

La formation continue des personnels de SRMNIA-Nut n'est pas toujours effective. Il existe peu de données agrégées à l'échelon national sur cet aspect. En guise d'illustration, la proportion des personnels formés en gestion des programmes et projets dans le domaine de la SRAJ (Santé de Reproduction des Adolescents et des Jeunes) est faible et a faiblement variée entre 2015 et 2019 : de 19,2% elle est passée à 26,9% (rapport d'évaluation du plan stratégique SRAJ 2015-2019).

❖ *Financement de la SRMNIA-Nut*

Les dépenses totales de santé (DTS) sont passées de 821 à 874 milliards FCFA entre 2018 et 2019, soit une augmentation de 7%. En pourcentage du PIB, les DTS sont restées stagnantes à environ 4% durant la période. Les ménages demeurent la principale source de financement des dépenses de santé. Sur les deux années, ils ont contribué à environ 71% des DTS. La contribution de l'Etat quant à elle est passée de 93 (11%) à 118 milliards (14%) FCFA entre 2018 et 2019, tandis que la contribution des partenaires multi et bi-latéraux entre les deux années était de l'ordre de 115 (14%) et 111 milliards FCFA (13%) respectivement. (Réf : CNS p18).





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

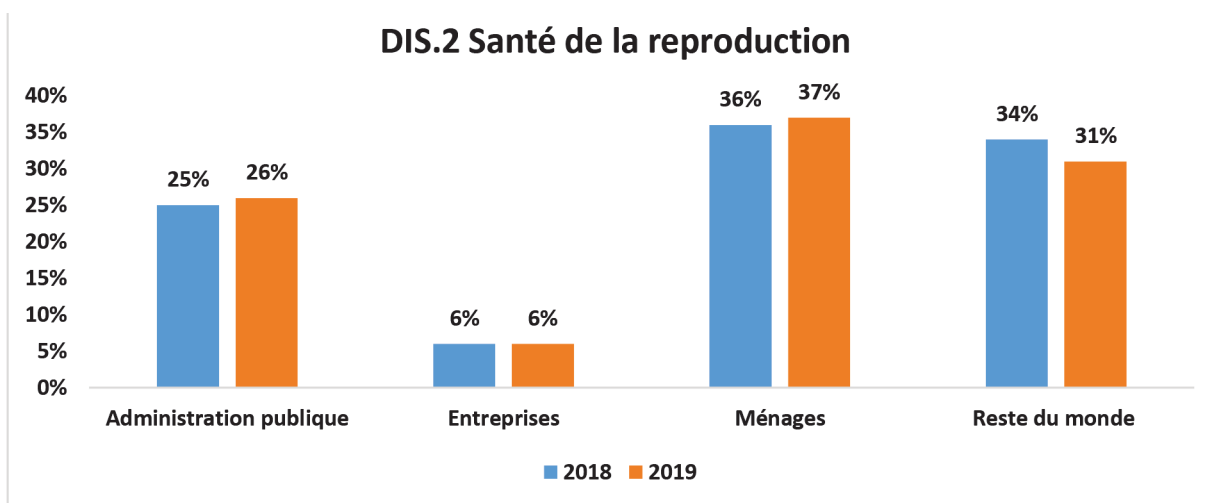


Figure 11 : Évolution de la dépense totale de santé par sources de financement de 2018 à 2019 en % de la DTS

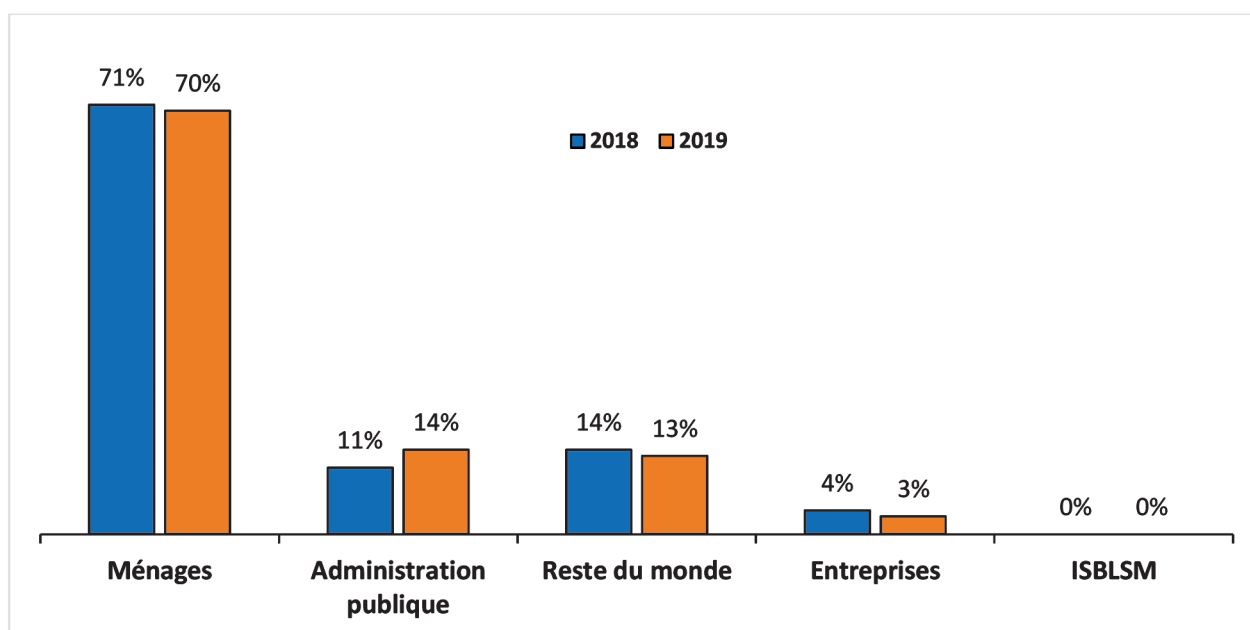


Figure 12 : Évolution de la dépense totale de santé par sources de financement de 2018 à 2019



Plan Stratégique National SRMNEA-Nut 2024-2030

Tableau 14 : Evolution des dépenses courantes de santé par catégorie de maladies selon la CIM 10 de 2018 à 2019 en FCFA

Catégorie de maladies	2018	%	2019	%
Maladies infectieuses et parasitaires	375 717 919 810	47%	423 996 295 761	50%
Santé de la reproduction	94 147 950 737	12%	82 281 688 193	10%
Carences nutritionnelles	15 859 946 207	2%	24 331 040 478	3%
Maladies non transmissibles	75 126 444 217	9%	70 770 541 921	8%
Traumatismes	5 277 145 637	1%	5 797 816 583	1%
Autres maladies /affections et maladies /affections non spécifiées (n.c.a.)	237 564 852 967	30%	241 583 326 925	28%
DCS	803 694 259 575	100%	848 760 709 860	100%

Source : Comptes de la Santé du Cameroun en 2018 et 2019, Mars 2023

La dépense la plus importante a été consacrée aux Maladies infectieuses et parasitaires avec 375 milliards de FCFA en 2018 et 423 milliards de FCFA en 2019 (soit un accroissement de 13%), ce qui représente respectivement 47% et 50% des Dépenses Courantes de Santé de chaque année respective. La dépense consacrée aux autres maladies/affections non spécifiées, bien qu'étant passée de 327 milliards de FCFA en 2018 à 241 milliards de FCFA en 2019 (soit un abaissement de 3%), représente le second poste de dépense le plus important avec 30% en 2018 et 28% en 2019 des DCS³⁰.

L'allocation des ressources étatiques à la SRMNEA-Nut) présente une trajectoire fluctuante, marquée par une baisse notable entre 2018 et 2022. En effet, les contributions étatiques ont enregistré un pic de 4,22 milliards de francs CFA en 2018 avant de connaître une chute drastique pour atteindre 0,36 milliard de francs CFA en 2022.

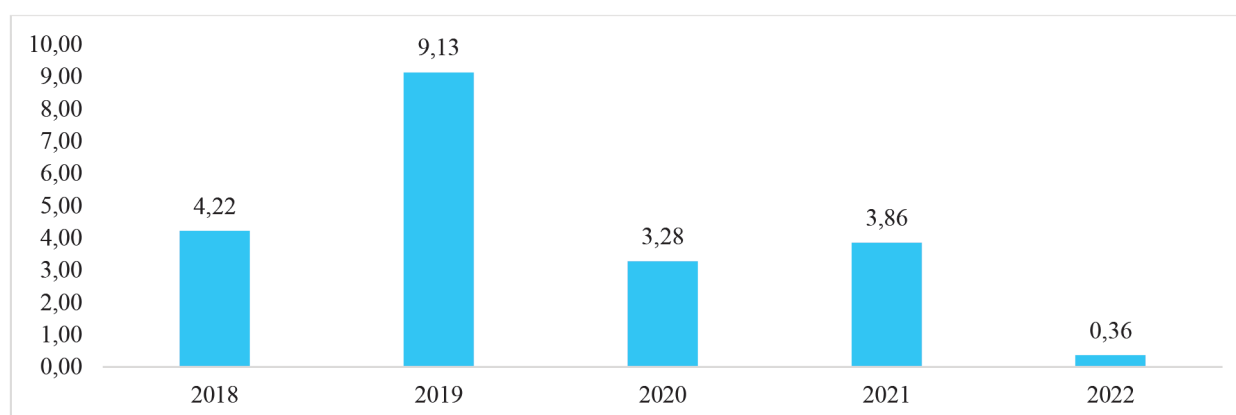


Figure 13 : Évolution de la contribution (en milliards de FCFA) de l'État pour la SRMNEA-N sur la période 2018-2022

Source : Cartographie des ressources SRMNEA+N, 2021. PLMI/MINSANTE



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Pour ce qui concerne les bailleurs de fonds, l'évolution de leurs contributions a augmenté entre 2018 (32,16 Milliards) et 2021 (47,54 Milliards) et décroît entre 2020 et 2022 (12,20 Milliards), (Figure 14). Il est important de noter que la collecte des données budgétaires n'a pris en compte que le 1^{er} trimestre de l'année 2022.

Par ailleurs, les analyses révèlent que les principales contributions des PTF (graphique 16,) proviennent du FM (24,9%), de l'USAID (20,3%), de l'AFD (17,9%) et du PEPFAR (11,7%).

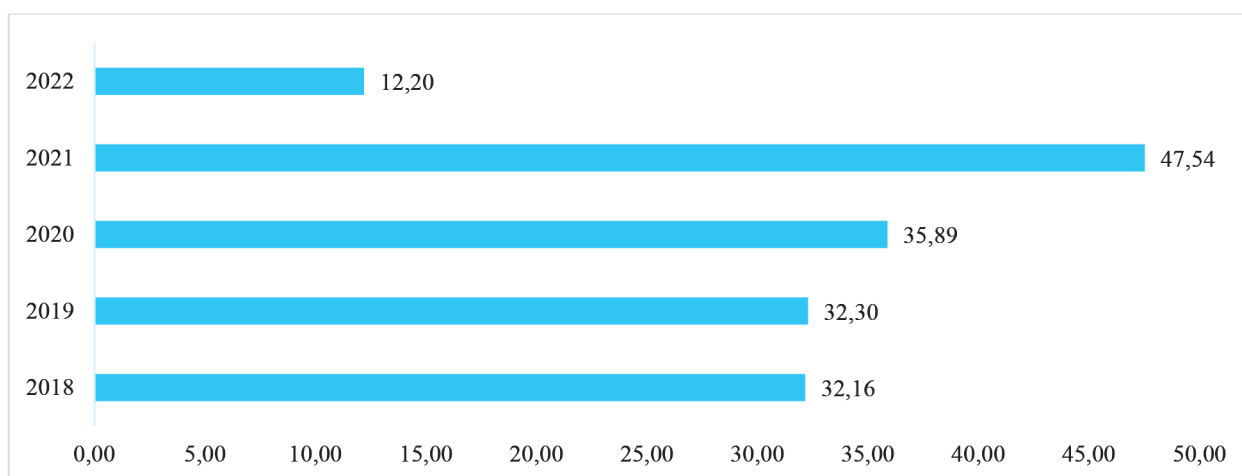


Figure 14 : Évolution de la contribution en milliard des PTF sur la période 2018-2022

Source: Cartographie des ressources SRMNI+N, 2021, PLMI/MINSANTE

Plusieurs autres partenaires techniques et financiers interviennent modestement à l'effet d'améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescent(e)s. D'une manière globale, les ressources allouées à la santé en général et à la SRMNIA-Nut en particulier sont insuffisantes.

Tableau 15 : Dépenses courantes de santé liées à la Santé de la Reproduction par sources de financement de 2018 à 2019 (FCFA)

	DHIS.2 Santé de la reproduction			
	2018	%	2019	%
Administration publique	23 427 690 193	25%	21 213 960 774	26%
Entreprises	5 539 858 008	6%	5 323 780 381	6%
Ménages	33 572 398 283	36%	30 540 437 705	37%
Partenaires bilatéraux et multilatéraux	31 608 004 253	34%	25 203 509 333	31%
TOTAL	94 147 950 737	100%	82 281 688 193	100%

Source : Comptes de la Santé du Cameroun en 2018 et 2019, Mars 2023

³⁰ Rapport sur les comptes de la santé au Cameroun en 2018 et 2019





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Les dépenses courantes de santé liées à la Santé de Reproduction ont baissé de 13%, passant de 94 147 950 737 CFA en 2018 à 82 281 688 193 FCFA en 2019. On note que les ressources ayant financé la Santé de reproduction proviennent principalement des ménages (36% en 2018 et 37% en 2019), du Partenaires bilatéraux et multilatéraux (34% en 2018 et 31% en 2019) et de l'Administration publique (25% en 2018 et 26% en 2019).

c. Amélioration de l'accessibilité financière aux services de SRMNIA-Nut

En ce qui concerne la santé maternelle et la planification familiale, l'Etat et ses Partenaires Techniques et Financiers ont développé des mécanismes financiers pour le renforcement de l'offre et la stimulation de la demande à l'instar des projets de « Performance Based Financing » (PBF), de « Kits Obstétricaux » et de « Chèque Santé » qui sont décrits ici de manière succincte.

➤ *Projet des Kits Obstétricaux*

Les actions de ce projet étaient essentiellement concentrées sur : (i) la mise à disposition et l'utilisation des plans d'accouchement et des partogrammes pour une meilleure planification et suivi du travail, (ii) le pré-positionnement des kits d'accouchements et de césariennes pour une prise en charge immédiate des urgences obstétricales et (iii) la gestion active de la 3ème phase du travail. Pour réduire les risques d'hémorragies post-partum.

Toutes ces actions ont été accompagnées par (i) un renforcement des compétences des personnels de santé, (ii) des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire et (iii) par la réalisation des audits des décès maternels dans les structures sanitaires .Au Cameroun, la stratégie de pré-positionnement des Kits Obstétricaux d'Urgence s'est faite initialement dans le cadre du Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique (PASSAGE) implémenté dans les régions du Septentrion depuis 2011.D'après les responsables du Fonds de Solidarité Santé (FSS), la mise en œuvre de cette stratégie a surtout profité aux utilisatrices. En effet, en dehors de leur contribution financière pour l'acquisition des kits obstétricaux aucun autre frais ne devrait leur être exigé, à l'exception des frais liés à une éventuelle transfusion sanguine. Malheureusement, aucun rapport à ce jour ne fournit suffisamment d'informations sur les résultats et les impacts de la mise en œuvre de cette stratégie.

Dans l'étude de Satisfaction des Prestataires des Soins vis-à-vis de l'Implémentation des Kits Obstétricaux dans les Districts de Santé de Maroua³¹, il a été constaté que le taux d'accouchements dans les formations sanitaires avait augmenté de plus de 70% six mois après le démarrage de l'implémentation des Kits Obstétricaux.

³¹ Réduire la mortalité maternelle au Cameroun. Stratégie de pré-positionnement des « kits obstétricaux », Dr Dominique LANDREAU, MINSANTE, 2013.



Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

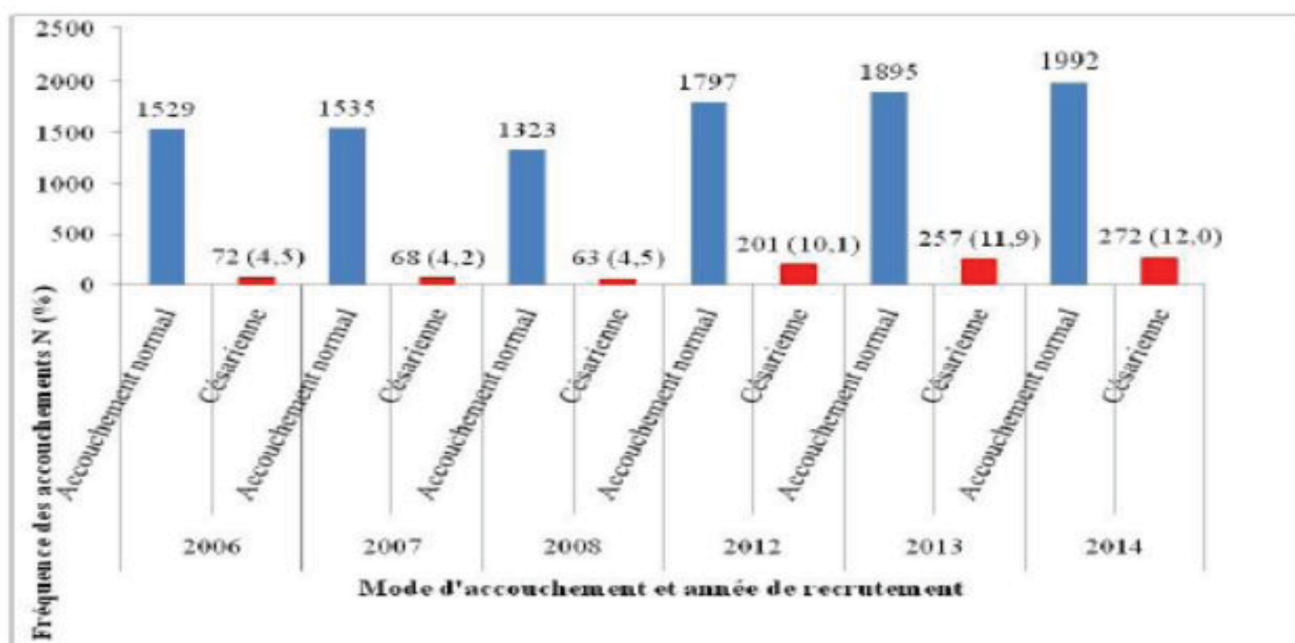


Figure 15 : Fréquence annuelle des accouchements simples et des césariennes à l'Hôpital Régional de Maroua avant (2006-2008) et pendant l'implémentation des Kits Obstétricaux (2012-2014).

Malgré ses effets positifs sur les bénéficiaires, le projet Kits Obstétricaux, selon les auteurs, a été confronté à des défis importants qui ont eu des répercussions négatives sur la motivation financière et le moral du personnel de santé, ainsi que sur la viabilité financière des formations sanitaires. Ces obstacles risquent, à terme, de compromettre la qualité des soins.

➤ *Projet Chèque Santé*

Considéré par les autorités dirigeantes comme une amorce de la Couverture sanitaire universelle (CSU), le chèque santé encore appelé « bon d'achat » est un mécanisme de prépaiement visant à contribuer à la réduction de la mortalité néonatale et maternelle à travers l'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte. Le mécanisme opère par la mise en place d'un système de prépaiement permettant le suivi intégral de la grossesse, un accouchement sécurisé et un suivi postnatal allant jusqu'à 42 jours après l'accouchement. « La femme enceinte détentrice du chèque santé qu'elle paie à 6 000 FCFA est prise en charge gratuitement pour tous les soins prévus par le chèque dans les formations sanitaires accréditées et conventionnées par le projet chèque santé ».

Il importe de rappeler que le prix réel du chèque est 60 000 FCFA et que 54 000 FCFA sont payés par l'Agence française de développement (AFD) et la Banque allemande de développement (KfW). Le projet Chèque Santé est une initiative du gouvernement camerounais, qui a vu le jour grâce au financement conjoint de l'AFD et de la KfW. Initié en mai 2015 pour couvrir initialement les trois régions septentrionales du Cameroun



Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

Le projet avait pour objectif de renforcer l'accessibilité aux soins obstétricaux et néonataux en soutenant financièrement la demande de soins par le biais d'une subvention des prestations de soins. Il offrait également un ensemble de services de santé maternelle et néonatale dispensés par des centres de santé et des hôpitaux accrédités

Le projet chèque santé intervient ainsi dans un environnement où les déterminants financiers d'accès aux soins, particulièrement aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONEU) étaient préoccupants et disproportionnellement élevés au regard du niveau de vie des populations

Pour donner un aperçu, le coût d'un accouchement normal s'élevait à 15 260 francs CFA, celui d'une épisiotomie à 32 813 francs CFA, tandis que les frais pour des interventions chirurgicales étaient d'environ 30 000 francs CFA dans la région septentrionale.

Ces tarifs représentent un fardeau financier considérable pour les populations les plus vulnérables, et équivalaient à « trois fois le revenu mensuel moyen du premier quintile de pauvreté ».

Figure 3 Les ventes cumulatives des CS par an et par région

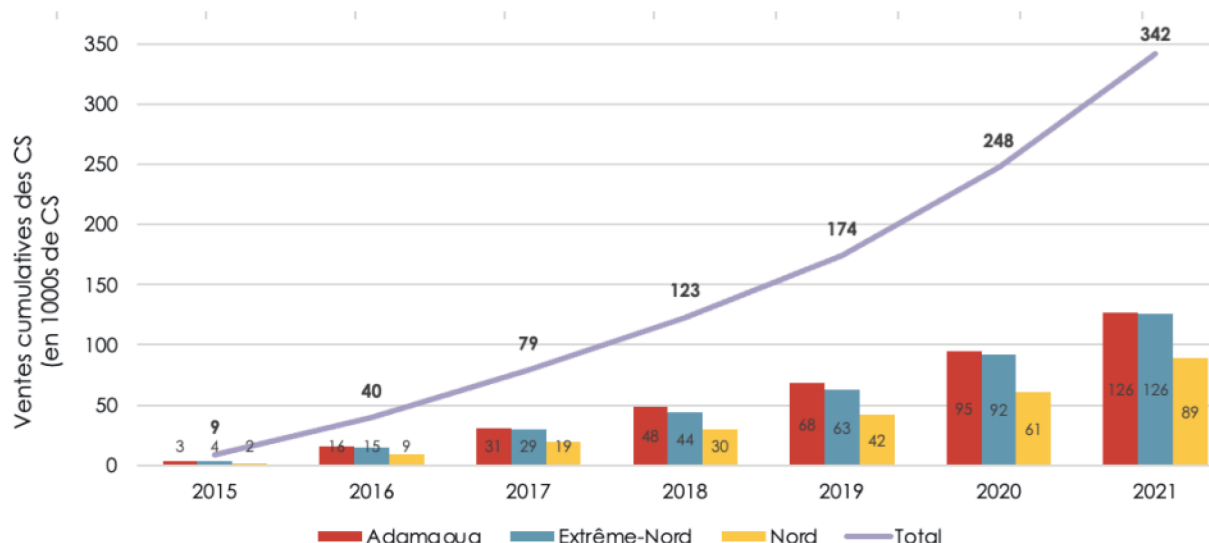


Figure 16 : Ventes cumulatives des Chèques Santé par Région

Source : Rapport Final du Programme Conjoint MINSANTE/AFD/KFW

Selon le Rapport Final du Programme Conjoint MINSANTE/AFD/KFW, 173 000 chèques avaient été vendus fin 2019 depuis 2015, mais le nombre atteint 250 000 fin 2020, puis 340 000 fin 2021. Le rythme de vente pour l'année 2022 se laisse projeter à 170 000 ventes (85454 au premier semestre), au-delà de l'objectif de 150 000 unités. L'Unité de Coordination du Programme Conjoint a pu faire remonter un taux d'adhésion des femmes enceintes de 55% pour les trois régions au premier semestre 2022, en comparant le





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

nombre de chèques-santé vendus aux femmes enceintes attendues dans les trois régions. Parmi les femmes ayant acheté le chèque-santé, le taux d'utilisation est très élevé : 86,17% d'entre-elles effectuent leur première consultation prénatale (CPN1) Ce succès se traduit également par un taux d'adhésion effectif proche de 50%, démon. ; ces chiffres suggèrent un impact réel du système des chèques-santé sur le taux de suivi des grossesses dans les trois régions, même si, en miroir, 13,29% des accouchements seulement sont effectivement réalisés dans le cadre des chèques-santé ; ceci laisse penser que les femmes usagères des chèques-santé semblent l'utiliser en grande majorité pour les consultations prénatales.

Une enquête exploratoire effectuée auprès de certains acteurs nationaux et étrangers impliqués dans le projet laisse percevoir quatre principales difficultés qui impacteraient sur l'opérationnalité du programme : la persistance des résistances culturelles (recours aux accoucheuses traditionnelles par exemple), les lenteurs administratives dans le remboursement des frais de prise en charge, l'incapacité des formations sanitaires à proposer un plateau technique requis, et la difficile conciliation des stratégies mises en place par les différents acteurs³².

A ce jour, le Projet Chèque sante a clôturé ses activités en fin 2022. La stratégie a été capitalisée dans le cadre de la mise en œuvre de la Phase I de la CSU par le Gouvernement camerounais.

➤ *Financement basé sur la performance (Performance Based Financing PBF) et SRMNIA-Nut*

L'un des objectifs majeurs du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) au Cameroun est d'améliorer la santé maternelle, infantile et adolescente à travers l'approche PBF. La contribution du PBF à l'amélioration des données SRMNEA s'est faite à travers l'achat des outputs quantitatifs préalablement vérifiés par les Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) régionales ; Ce financement a aussi permis de soutenir les évaluations de la qualité des services menées par les régulateurs intermédiaires et opérationnels."

Une étude conduite par la Direction de la Santé Familiale a en 2021³³ montré que le PBF a de connaître la situation des indicateurs SRMNEA sur le terrain et de prendre les décisions adéquates pour une amélioration de la performance du système de santé (du moins le volet relatif à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent).

³² Contribution du PBF à l'évolution des indicateurs SRMNEA. Rapport d'analyse des données issues du portail PBF volet sante mère, enfant et adolescent. DSF/MINSANTE, 2021.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

➤ *Projet de la Couverture Santé Universelle (CSU)*

Le projet de Couverture Santé Universelle, a été officiellement lancé dans sa Phase I, le 12 avril 2023 à Mandjou, dans la Région de l'Est, par le Ministre de la Santé Publique. L'objectif est de « Faire bénéficier aux populations camerounaises des soins de santé de qualité et accessibles à tous ».

Dans sa phase 1, la CSU a pour cible privilégiée les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les personnes de tout âge souffrant des pathologies telles que l'insuffisance rénale, la tuberculose, le VIH. Le panier de soins quant à lui, couvre les aspects préventifs, promotionnels et curatifs. Cette assiette va aller s'élargissant au fil du temps pour au final, prendre en compte toute la population.

d. Système d'Informations Sanitaires et données de la SRMNIA-Nut

Plusieurs indicateurs clés de la SRMNIA-Nut sont fournis par les grandes enquêtes démographiques de santé, telle que EDS 2018, qui est la plus récente. La base de données DHIS 2 est fonctionnelle au MINSANTE depuis 2018. Elle contribue à renseigner les données de routine des Districts de santé, alimentées notamment par les Rapports Mensuels d'Activités (RMA).

Toutefois, il manque plusieurs données de routine dans le système DHIS 2 (faible complétude) et celles qui existent sont parfois de qualité insuffisante (faible complétude). Des efforts soutenus sont nécessaires pour améliorer la qualité et la complétude de ces données afin de renforcer la surveillance et l'évaluation des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile."

A titre d'exemple, les 03 indicateurs suivants ne sont pas captés dans les différents rapports EDS 2018 et la base de données DHIS 2 :

- Proportion des nouveau-nés prématurés qui atteignent l'âge de 01 an (cible en 2020 : 30%) ;
- Taux de prématuré chez les nouveau-nés vivants (objectif du PSN SRMNI : passer de 10% en 2014 à 5% en 2020) ;
- Pourcentage des formations sanitaires sans rupture de stocks en kits de réanimation du nouveau-né (atteindre 50% en 2020).

L'on peut également déplorer l'absence de déclaration et d'enregistrement systématique des décès et de leurs causes dans le DHIS 2.

Par ailleurs, la surveillance épidémiologique des cancers, indispensable pour la prise de décision dans la lutte contre le cancer, n'est plus effective au Cameroun depuis l'arrêt du fonctionnement du registre des cancers de la ville de Yaoundé en 2012. Toutefois, quelques données sur les cas suspects de cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate sont renseignées dans le DHIS 2.





Plan Stratégique National SRMIA-Nut 2024-2030

Seulement 61% des nouveau-nés sont enregistrés à leur naissance au Cameroun. Les taux d'enregistrement les plus bas se retrouvant dans les régions de l'Extrême-Nord (38,2%) et de l'Est (56%)³⁴.

e. Sécurisation des produits de santé de la reproduction

Selon le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de Reproduction (PSSPSR) 2022-2026, les facteurs constitutifs de la faiblesse du système d'approvisionnement des produits de santé de reproduction sont entre autres :

Les fréquentes ruptures de stock dans les magasins centraux et régionaux, celles-ci traduisent une défaillance dans le processus d'acquisition du médicament ; Insuffisance des ressources humaines qualifiées ; Insuffisance de données logistiques ; Recouvrement des coûts insuffisant ; Multiplicité des circuits d'approvisionnement. Par ailleurs, la CENAME qui a du mal à satisfaire sa clientèle (16%) devrait bénéficier de mesures d'accompagnement spécifiques aux fins de la rendre plus compétitive et capable de fidéliser ses principaux clients que sont les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS).

Face à ces défis, le Gouvernement du Cameroun à travers le MINSANTE avec l'appui des PTF a entrepris de nombreuses initiatives telles que :

- L'élaboration des textes réglementaires (décision encadrant l'organisation et le fonctionnement du SYNAME, décision N°5367/D/MINSANTE/SG du 20/12/2023 rendant exécutoire les POS d'intégration de l'ocytocine dans la chaîne du froid du PEV) ;
- L'automatisation des données de gestion, la mise en place et le déploiement du Système d'Informations de la Gestion Logistique électronique (SIGLe) dans les structures de la chaîne d'approvisionnement ;
- La révision du manuel opérationnel standard de gestion des médicaments et autres produits de santé ;
- Le country compact qui est une stratégie de financement des produits de santé de reproduction dans lequel le gouvernement contribue à hauteur de 5% la première année (2023) et majoré d'1% chaque année.

³⁴Rapport sur les meilleures pratiques et les mesures concrètes visant à garantir l'accès à l'enregistrement des naissances. ANAPRODH, https://www.google.com/search?q=Enregistrement+universel+des+naissances+au+Cameroun&client=firefox-b-d&ei=Q2qVZJ_Llt6nkdUP3M-AkAk&ved=0ahUKEwif0GJitn_AhXeU6QEhdwnAJIQ4dUDCA8&uact=5&ogq=Enregistrement+universel+des+naissances+au+Cameroun&gs_lcp=Cqxd3Mt_dZl6LXNlcnAQAzlFCAAQoqQyBQqAEKIEQqQIABBHOqYIABAHEB5KBAhBGABQsQ5YxSiglzIoAHACeACAAfMBiAGyEJIBBjAuMTEuMpgBAKABAaABAsABAcqBCAG_sclient=qws-wiz-serp#ip=1





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Une tarification adaptée, tenant compte des coûts de prestation, est essentielle pour assurer la pérennité de l'approvisionnement en contraceptifs. Parallèlement, les efforts de régulation des prix menés par les autorités lors de l'homologation des médicaments contribuent à stabiliser le marché et à garantir l'accessibilité des produits. Cette approche sociale permet d'obtenir des fabricants de génériques et de spécialités, des baisses significatives de leurs prix. Les médicaments bénéficient en outre d'une exonération des droits de douane, de la TVA et de la taxe informatique, toutes mesures visant à en permettre une meilleure accessibilité financière.

En dépit de ces mesures incitatives, la production locale des médicaments demeure faible. En effet, le Cameroun est en dessous (3,56%) de la moyenne Africaine des achats des médicaments locaux (11,69%). Cette faiblesse de la production locale des médicaments pouvant s'expliquer par la faible compétitivité des producteurs locaux par rapport à la concurrence internationale due au coût élevé des facteurs de production (Obtention des financements des banques, énergies, douanes, transport) et par la faiblesse de l'engagement de l'Etat. De plus, une frange importante de la population continue de s'approvisionner en produits pharmaceutiques illicites dans la rue.

La cherté du médicament et l'absence d'un système d'assurance maladie universelle poussent les populations et les acteurs vers les médicaments contrefaits et les médicaments de la rue qui sont de mauvaise qualité. Le secteur connaît également des difficultés dans le système de gestion du médicament en termes d'approvisionnement, stockage, distribution, supervision, suivi-évaluation, pharmacovigilance et contrôle qualité.

3.3.1.2 Réponse des Autres Acteurs Institutionnels Publiques

Plusieurs administrations conduisent des activités en rapport avec la SRMNIA-Nut. Cependant, l'accès à la documentation de leurs interventions reste limité. Les administrations suivantes ont été répertoriées : MINPROFF, MINEDUB, MINESUP, MINJUSTICE, MINJEC, MINESEC.

a. Elaboration de documents stratégiques en rapport avec la SRMNIA-Nut

La revue documentaire a permis de retrouver quelques documents stratégiques dans certaines administrations, parmi lesquels :

- Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre au Cameroun, MINPROFF, 2021-2026 ;
- Plan d'action national multisectoriel budgétisé pour l'abandon du mariage d'enfant au Cameroun, 2020-2024, UNICEF et MINPROFF ;





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

- Plan d'action national pour l'élimination des mutilations génitales féminines au Cameroun, 2022-2026, MINPROFF.

b. Actions concernant la Planification Familiale

Dans l'Evaluation du PSN-SRMNI 2014-2020, à l'issue des entretiens organisés avec les responsables des autres secteurs (MINEDUB, MINESUP, MINJUSTICE, MINJEC, MINSEC), il ressort que la sensibilisation et la distribution des condoms chez leur population cible sont les interventions les plus fréquemment exécutées en matière de PF.

c. Actions en faveur de la prévention des VBG et des Pratiques culturelles néfastes

Elles ont essentiellement été conduites par le MINPROFF :

- *Cadre juridique :*

Il existe un arsenal de textes juridiques nationaux et internationaux qui réprime les auteurs des VBG. Toutefois, on peut déplorer : (i) la méconnaissance des droits et dispositifs de défense et de protection des victimes de VBG par la population, (ii) le coût élevé et la lenteur des procédures judiciaires, (iii) la faible collaboration intersectorielle et (iv) la corruption.

- *Production de supports de communication :*

Nous relevons l'élaboration d'un « Guide de prise en charge médicale et psycho-sociale des survivantes des VBG et PN » dont l'actualisation est prévue dans le cadre de la mise en œuvre du projet Régional SWEDD au Cameroun, ainsi que l'élaboration récente du « Guide pratique d'intégration du genre dans les interventions quotidiennes des agents psycho-sociaux » par l'ONG FESADE avec l'appui technique et financier d'ONU FEMMES.

- *Plaidoyer pour l'abandon des VBG et des Pratiques culturelles néfastes :*

Les actions de plaidoyer sont adressées aux parlementaires dont le REFAMP (réseau des femmes ministres et parlementaires), à l'exécutif communal dans les zones à grande prévalence, leaders traditionnels et religieux (y compris prêtres, pasteurs...), pour booster leur engagement et plus d'initiatives locales en faveur de l'élimination de ces fléaux.

- *Renforcement des capacités des acteurs*

Afin de prévenir les violences basées sur le genre (VBG), plusieurs activités de renforcement des capacités ont été organisées dans plusieurs régions :

- Le renforcement des capacités de 100.000 adolescent(e)s sur l'Education Complète à la Sexualité (ECS) en milieu scolaire, extra-scolaire et dans les communautés de 03 régions septentrionales (Extrême-Nord, Nord, Adamaoua et Est) et dans les zones humanitaires en vue de la prévention des VBG.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Le renforcement des capacités de 501 travailleurs sociaux (services déconcentrés de l'Etat, personnel de santé, magistrats, forces de l'ordre, structures privées communautaires, OSC, etc.) sur les techniques d'écoute, de sensibilisation, les approches communautaires de gestion des cas de VBG, la prise en charge psychosociale et les outils de gestion des cas ;
- Le renforcement des Capacités de 150 acteurs en SRA, notamment 50 formateurs des formateurs (10 Régions), 80 prestataires et 20 superviseurs, 105 pairs conseillers ados/jeunes ;
- La formation de 1096 enseignant(e)s sur la thématique des violences basées sur le genre.
- Sensibilisation communautaire pour mettre fin aux VBG et aux Pratiques culturelles néfastes :
- L'animation de 4420 causeries éducatives, 15 émissions radio, 25 tables rondes et conférences sur les facteurs, conséquences des violences basées sur le genre et les voies de recours, au profit de 20510 personnes dont 14790 femmes et filles à l'occasion de la campagne « 16 jours d'activisme contre les violences faites aux femmes »
- La création de 36 clubs des hommes engagés pour la lutte contre la mortalité maternelle, les VBG, les pratiques culturelles néfastes mis en place et fonctionnels ; les membres desdits clubs (360) ont sensibilisé les communautés sur ces thématiques et ont touché environ 13500 membres des ménages dans les régions de l'Est et du Centre
- La sensibilisation de 31 479 élèves au sein de 10 établissements de la région de l'Adamaoua par les pairs éducateurs sur le développement des comportements responsables pour prévenir les violences et la consommation des drogues ; 18 438 élèves ont également été sensibilisés par les pairs éducateurs dans la région de l'Est ;
- Un cumul de 689 Adolescent(e)s et jeunes filles et garçons ont été sensibilisés sur les GBV, HIV, PF) en milieu scolaire dans les Départements du Mfoundi, Mefou-Akono, Nyong-Ekele et de la Mifi.

Plusieurs actions de la lutte contre les Mutilations Génitales Féminine ont été menées par le Gouvernement du Cameroun, avec l'appui des partenaires au développement et certaines associations de la Société Civile telles que : ALVF, AFFADA, ALDEPA, CIPCRE, ACAFEJ, ACAFEM, ARF, IAC Cameroon, AJSB etc., les leaders religieux (CIDIMUC,) et communautaires et le Comité Interafricain de lutte contre les pratiques Culturelles Néfastes (CI-AF). Les résultats de ces actions ont permis de porter la problématique sur la scène publique. Ces actions étaient axées sur le plaidoyer et la législation, la sensibilisation, l'Etude /recherche et la formation.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

L'existence dans l'organigramme du MINSANTE d'un service à la Direction de la Santé Familiale, dédié aux populations cibles vulnérables est indicative de la volonté du gouvernement à adresser leurs problèmes. (Par ailleurs, de manière globale le Cameroun a signé une convention-cadre avec l'UNHCR relative à la prise en charge de réfugiés dans les formations sanitaires publiques, et il a été élaboré un plan stratégique national de prise en charge des réfugiés dans le système national de santé 2021-2025.

3.3.2 Actions des Partenaires Techniques et Financiers

De manière générale, l'évolution favorable des indicateurs de santé maternelle met en exergue l'efficacité des interventions à haut impact mises en œuvre sur le terrain avec l'appui des projets importants tels que le PRPSS/PBF (BM-GFF), le Programme conjoint AFD/KFW (chèque santé), le PASMNI(BID), le PASSaR (GIZ-KFW) ainsi que les projets conduits par l'UNFPA et l'UNICEF.

3.3.3 Participation communautaire

Cette section tente d'ébaucher la réponse communautaire qui s'exprime à travers l'implication des organes de participation communautaire, les agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) et les ONGs/associations. Très peu de données agrégées au niveau régional ou national sont disponibles sur la réponse communautaire en SRMNIA-Nut.

En raison d'une faible implication communautaire et des ressources matérielles, financières, humaines et organisationnelles limitées du système communautaire pour soutenir les interventions de Santé maternelle et de planification familiale, la réponse communautaire n'a pas pu s'organiser dans la coordination et le suivi de la Feuille De Route pour la réduction de la Mortalité Maternelle Néo-natale et Infantile 2008-2015 aussi bien au niveau central que régional et voire même dans les DS.

Les organisations à base communautaire, y compris les COSA au niveau des aires de santé, ne se sont pas suffisamment impliqués dans la mise en œuvre de la FDR, la promotion des activités de SRMNIA-Nut, et le renforcement de son système d'information, particulièrement la surveillance des naissances et des décès. Les données des activités délivrées au niveau communautaire, pas toujours coordonnées et insuffisamment documentées, ne sont pas souvent reportées dans le SNIS. Les visites à domicile (VAD) ont été irrégulières pour la relance des irréguliers et perdus de vue en CPN, CPoN et vaccination.

Concernant la Mobilisation sociale en faveur de la Santé Reproductive des Adolescentes et des Jeunes : la proportion des personnels formés et impliqués dans la communication IEC/CCC/C4D en lien avec la SAJ a quasiment doublé au cours de la période de mise en œuvre du PSNAJ 2015-2020, en passant de 26,9% en 2015 à un pic de 50,0% en 2019.



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

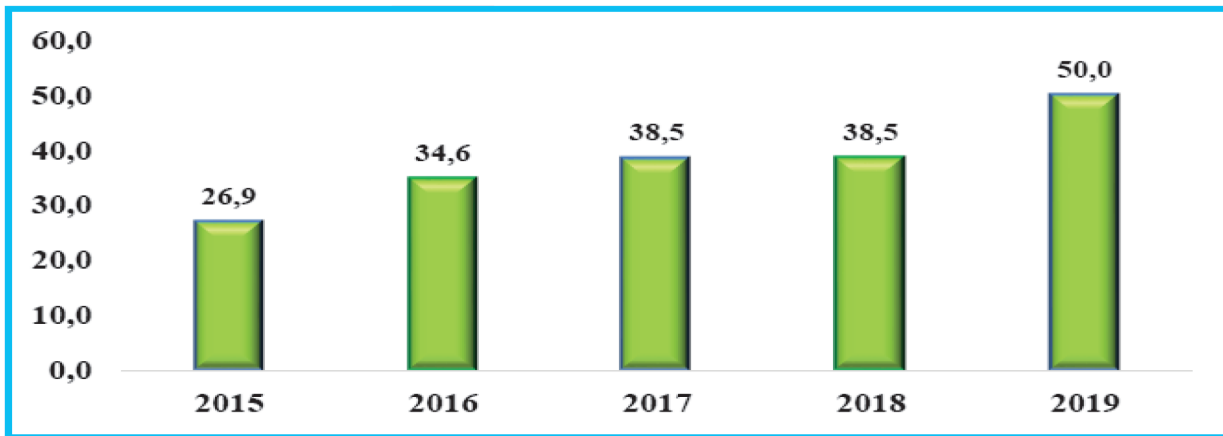


Figure 17 : Distribution (%) des personnels formés et impliqués dans la communication IEC/CCC/C4D sur la période 2015-2019 (Source PSNAJ 2015-2020)

Des activités de sensibilisation devraient être menées auprès des AJ sur, les grossesses précoces, les violences sexuelles, le risque de multi-partenariat, les rapports sexuels précoces, les méthodes contraceptives, les IST, les fistules obstétricales, les avortements à risque et les drogues et autres substances addictives. L'enquête de terrain réalisée lors de l'évaluation du plan montre que peu d'activités de sensibilisation ont été menées au cours de cette période³⁵. En outre, pour la plupart des problèmes de santé en milieu adolescent(e)s et jeunes, des disparités significatives dans les proportions d'acteurs qui ont mené ces activités de sensibilisation ont été observées. Ainsi, les activités de sensibilisation sur les IST et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes sont celles qui ont été les plus réalisées (respectivement 50% et 46,2% des responsables interrogés)²⁹. Par ailleurs, seulement 3 responsables sur 20 (15,4%) interrogés ont affirmé avoir réalisé plusieurs activités de sensibilisation en lien avec les fistules obstétricales en 2019. Cette proportion a connu néanmoins, une hausse significative par rapport à l'année de base 2015 (3,8%), en dépit de quelques obstacles liés à la forte dépendance financière vis-à-vis des bailleurs de fonds, la faible adhésion des jeunes aux programmes de santé et les stéréotypes socioculturels.

Un PTF a déclaré au cours de cette enquête avoir formé 450 pères éducateurs chargés de mettre en œuvre des activités de changement des comportements avec les associations communautaires.

³⁵ Plan Stratégique National Santé des Adolescents/Jeunes 2015-2020



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

3.3.4 Actions du secteur privé

Le secteur privé à travers ses structures des prestations des soins ambulatoires et en hospitalisation, d'explorations biologiques et d'imagerie médicale, de distribution et dispensation des médicaments et produits pharmaceutiques, et de formation, couvre plus de 50% des soins et services de santé et contribue à la réduction de la mortalité maternelle³⁶. Cette contribution, du reste mal documentée, ne répond malheureusement pas toujours aux conditions de cession par l'État du service public, à savoir, le respect de la réglementation en vigueur en matière d'ouverture et d'implantation des structures, le respect de la politique de santé et des stratégies mises en œuvre dans le cadre de la Santé maternelle et de la planification familiale, le respect des directives et l'application des normes et procédures dans l'offre des services et la formation, la participation au renforcement du SNIS y compris la surveillance des décès maternels.

3.3.5 Perception des parties prenantes sur la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNI échu 2014-2020 et analyse FFOM

3.3.5.1 Résultats des entretiens auprès des acteurs clefs de la SRMNIA-Nut

Dans le cadre de l'élaboration de ce plan stratégique, une équipe d'experts en santé ont réalisé des entretiens ciblés auprès de certains acteurs clefs intervenant dans la SRMNIA-Nut au Cameroun pour recueillir leurs opinions sur ce qu'ils pensaient du Plan Stratégique SRMNI échu 2014-2020 et de sa mise en œuvre. Parmi ces acteurs interviewés, l'on peut citer les experts de haut niveau du MINSANTE (07), du MINJEC (01), du MINPROFF (01), du MINFI (01), les PTF (05) et un représentant des OSC (01). Cette enquête a permis entre autres :

- De déterminer les principaux domaines d'intervention des acteurs intervenant dans la SRMNIA-Nut ainsi que les objectifs poursuivis ;
- D'apprécier la perception du niveau de priorité accordé à la SRMNIA-Nut au niveau du pays par les acteurs ;
- D'apprécier la perception des acteurs sur le niveau des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-Nut ;
- De ressortir une analyse FFOM de l'organisation de la lutte pour la santé SRMNIA-Nut ;

³⁶ Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun
Plan stratégique 2014-2020





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- D'identifier les principaux défis de la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile et de la SRMNIA-Nut ;
- D'identifier les goulots d'accès aux services et soins SRMNIA-Nut ;
- D'apprécier les meilleures pratiques dans la lutte pour la santé SRMNIA-Nut ;
- D'identifier les stratégies appropriées et les interventions à haut impact qui doivent figurer dans le nouveau PSN.

Au terme de cette évaluation, les principaux résultats sont les suivants ³⁷:

Les 8 composantes de la SR étaient adaptées aux besoins des populations cibles.

L'enquête a permis de déterminer les domaines et les composantes de la SRMNIA-Nut bénéficiant du plus grand nombre d'interventions des acteurs du système de santé (santé maternelle et infantile, PF, etc.) ; le gouvernement devra par conséquent étendre son orientation dans les domaines ou composantes délaissés comme « la prise en charge de la santé de reproduction des personnes âgées » ou alors les confier aux nouveaux acteurs souhaitant s'investir ou se déployer dans la SRMNIA-Nut.

Pour ce qui concerne la priorité accordée par l'Etat à la SRMNIA-Nut, tous les acteurs interrogés (20) reconnaissent que l'Etat accorde une grande priorité à la SRMNIA-Nut ; cela se justifie par l'existence d'une Direction de la Santé Familiale, d'un Programme de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, d'un Comité national multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, le recrutement des sages-femmes/maïeuticiens pour renforcer la disponibilité des RHS dans les FOSA et l'introduction de la CSU, du chèque santé et des kits obstétricaux comme mécanismes de subvention des services de SRMNIA-Nut. Par ailleurs, la SRMNIA-Nut est apparue comme une thématique importante et faisant partie des priorités nationales identifiées dans les documents stratégiques du pays (SND 30, SSS, PNDS, etc.) ; la plupart (3/5) des PTF interrogés considèrent quant à eux, que le niveau de priorité accordé à la SRMNIA-Nut est « moyen » à cause de l'inadéquation observée entre les discours des responsables politiques/institutionnels et le niveau de financement mobilisé pour la SRMNIA-Nut.

La mobilisation de façon durable d'un financement adéquat pour l'amélioration des indicateurs de la SRMNIA-Nut constitue donc selon les interviewés, l'un des principaux défis à l'atteinte des objectifs de la SRMNIA-Nut.

Par ailleurs plusieurs autres goulots organisationnels (ex : faible coordination des interventions de SRMNIA-Nut à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) et structurels (faible financement ressources humaines insuffisantes en quantité et en qualité) ont été relevés par les responsables interrogés.

³⁷ Rapport d'évaluation du PSN-SRMNI 2014-2020, MINSANTE, 2021.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Les forces, les faiblesses et les défis pour l'amélioration de la SRMNIA-Nut relevés par les acteurs interrogés sont consignés dans l'analyse FFOM.

En dépit de ces insuffisances et malgré le ralentissement observé dans la mise en œuvre du plan en 2020 à cause de la pandémie de la COVID-19, l'efficacité du PSN SRMNI 2014-2020 est estimée à 70% avec de bonnes performances, selon les évaluateurs, notamment en ce qui concerne le renforcement de la santé communautaire. Ce résultat aurait été obtenu grâce aux différentes stratégies telles que : le renforcement des capacités des prestataires, les équipements en matériels dans les FOSA, les dotations en moto-ambulance et la disponibilité en intrants ; mais aussi, grâce à l'apport du monitoring SONEU.

Selon les évaluateurs, la mise en œuvre du PSN SRMNI 2014 – 2020 a incontestablement contribué à la réduction des taux de décès maternels (782 à 406 pour 100 000 NV), Infanto-juvéniles (122‰ à 80 ‰ NV) et infantiles (62‰ à 48‰). Il a également contribué à l'amélioration du suivi des indicateurs, la promptitude dans les actions correctrices, la revue des décès maternels et périnataux et l'implémentation des recommandations. Il ressort également plusieurs résultats dans la mise en œuvre des activités du PSN SRMNI 2014-2020 tels que : une centralisation des activités et des ressources, un retard dans la mise en œuvre des activités, le non-respect de timing dans la mise œuvre du chronogramme et l'instabilité des ressources humaines sur le terrain.

3.3.5.2 Analyse FFOM

Les domaines ci-dessous reflètent les problèmes liés à l'offre, à la demande et à la gouvernance de la SRMNIA-Nut.

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Accessibilité et utilisation des services		<ul style="list-style-type: none"> Inaccessibilité des services de SR pour les adolescentes dans certains Districts ; Faible disponibilité des services dédiés aux adolescent(e)s dans les FOSA ; Accès limité aux soins de santé pour certaines communautés et pour certaines cibles (personnes vulnérables, en particulier les adolescentes de moins de 16 ans) ; 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du projet chèque santé dans le septentrion, à l'Est et au Sud. Mise en œuvre de la Phase I de la couverture sanitaire universelle ; 	<ul style="list-style-type: none"> Insécurité dans les régions de l'Extrême-Nord (Boko haram), de l'Est et de l'Adamaoua (afflux des réfugiés centrafricains), du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui compromet l'accès des services et soins SRMNIA-Nut ;





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

<p>Offre des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plateau technique de certaines FOSA disponible et acceptable ; • Disponibilité du personnel formé (SONEU, SENN, PCIMNE PF, SRA...) • Appropriation progressive de certaines interventions prioritaires de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par les prestataires de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel travaillant sur la SRMNI-Nut pas régulièrement recyclé ; • Absence des documents de normes et procédures qui impacte sur la qualité de la PEC des problèmes SRMNI-Nut dans les FOSA ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du projet chèque santé dans le septentrion, à l'Est et au Sud. • Existence des kits obstétricaux ; • Disponibilité des appuis des partenaires techniques et financiers ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insécurité dans les régions de l'Extrême-Nord (Boko haram), de l'Est et de l'Adamaoua (afflux des réfugiés centrafricains), du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui compromet l'offre des services et soins SRMNI-Nut • Survenue d'une pandémie
<p>Engagement communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des avantages de la SRMNI-Nut • Formation des pairs éducateurs et des mobilisateurs par les autres sectoriels ; • Mise sur pied d'un programme d'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire par les sectoriels 	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des usagers sur l'existence de certains services dédiés aux (en charge des) problèmes de la SRMNI-Nut ; • Niveau peu satisfaisant de connaissances des populations sur les questions de santé de la reproduction et principalement sur les conséquences des mariages précoces, des mutilations génitales, des avortements à risque et des fistules 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des plateformes numériques (WhatsApp et Facebook) pour assurer la communication et la sensibilisation autour de la SR ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insécurité dans les régions de l'Extrême-Nord (Boko haram), de l'Est et de l'Adamaoua (afflux des réfugiés centrafricains), du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui compromet l'accès à l'offre des services et soins SRMNI-Nut





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Gestion et gouvernance	Planification			
	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des documents d'orientation stratégique SNO3D, SSS, PNDS 	<ul style="list-style-type: none"> Faible opérationnalisation des plans stratégiques SRMNIA-Nut élaborés à tous les niveaux; 		
	Coordination et suivi-évaluation			
	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation du DHIS2 dans la collecte des données Monitoring effectif des activités dans les FOSA des réseaux SONEU; Renforcement des capacités et supervisions des personnels de santé et des pairs éducateurs en SR; 	<ul style="list-style-type: none"> Absence d'un plan de suivi des performances réalisées; Faible fonctionnalité des instances de coordination Absence d'un rapport d'évaluation du plan échu Absence de l'évaluation à mi-parcours. 		
Leadership				
<ul style="list-style-type: none"> Orientations politiques 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de prise en compte de la multisectorialité dans la mise en œuvre du PSN SRMNI échu; Faibles capacités managériales des responsables des services de santé de la reproduction à tous les niveaux ; 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement des partenaires au développement; Intérêt grandissant des acteurs de la société civile et des organisations de jeunes pour les questions de SRMNIA-Nut. 	<ul style="list-style-type: none"> Dépendance financière vis-à-vis des bailleurs de fonds pour l'exécution de plusieurs activités SRMNIA-Nut; Faible engagement des collectivités territoriales décentralisées dans certaines interventions clés, comme dans le système de référence/évacuation. 	





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

3.4 PROBLEMES MAJEURS DE LA SRMNIA-NUP ET LES CAUSES TRIBUTAIRES

L'analyse situationnelle faite sur la base de la revue documentaire et des interviews des informateurs clés, décrit que la persistance d'une morbi-mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et des personnes âgées relève de certains problèmes majeurs regroupés autour de 05 composantes à savoir : le pilotage stratégique, la gouvernance, les interventions à haut impact, l'offre des soins et services et la résilience aux urgences de santé publique.

➤ UNE MISE EN ŒUVRE INSUFFISANTE DES PLANS STRATÉGIQUES ANTÉRIEURS EN RAPPORT AVEC LA SRMNIA-Nut, ALLANT DE PAIR AVEC UN PILOTAGE STRATÉGIQUE NON OPTIMAL

La mise en œuvre du PSN SRMNI 2014 – 2020 a contribué à la réduction des taux de décès maternels (782 à 406 pour 100 000 NV), Infanto-juvéniles (122‰ à 80 ‰ NV) et infantiles (62‰ à 48‰). Sur le plan institutionnel, plusieurs comités et sous-groupes ont été mis sur pied à savoir : les comités de Surveillance des Décès Maternels Périnataux et Riposte et les Sous-groupes PF, FO, SRA, NNE et PTME. Le suivi de la mise en œuvre du PSN SRMNI 2014-2020 a été assuré par la réalisation des supervisions régulières, l'organisation des réunions de coordination

à différents niveaux et la tenue de réunions des comités techniques et des sous-groupes de travail SRMNIA-Nut. La mise en place de ces mécanismes de suivi a permis d'améliorer le suivi des indicateurs et la qualité des données, d'accélérer la prise en charge des problèmes et de mettre en œuvre un certain nombre de recommandations, contribuant ainsi à une réduction de la mortalité maternelle et périnatale."

Cependant, de nombreux dysfonctionnements ont été observés lors de la mise en œuvre des plans SRMNI élaborés entre 2014-2020. L'on peut citer à titre illustratif :

- La faible appropriation et opérationnalisation des plans élaborés par toutes les parties prenantes ;
- Le faible financement des interventions SRMNI avec pour conséquence un taux d'exécution des activités du PSN 2014-2020 inférieur à 30%, freinant ainsi la progression vers l'atteinte des objectifs projetés dans ce plan ;
- L'absence d'un plan de suivi des indicateurs et d'une évaluation à mi-parcours a révélé les limites du suivi et d'évaluation du PSN 2014-2020, limitant ainsi la capacité des acteurs à ajuster les interventions pendant la mise en œuvre du plan suscité ;
- Une prise en compte insuffisante de la multisectorialité dans la mise en œuvre des plans élaborés ;
- Une faible opérationnalisation du PSN SRMNI 2014-2020 ;



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Le non-respect du chronogramme et le début tardif de la mise en œuvre des activités du PSN SRMNI 2014-2020 ;
- **UNE GOUVERNANCE NON OPTIMALE DES DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA SRMNIA-Nut**

Plusieurs défaillances ont été relevées dans la gouvernance de la SRMNIA-Nut, notamment :

- Une mobilisation insuffisante de toutes les parties prenantes autour de la problématique de la SRMNIA-Nut ;
- La non élaboration ou l'application insuffisante des textes juridiques et règlementaires en lien avec les problèmes de la SR ;
- Des faiblesses institutionnelles liées à l'organisation et au fonctionnement insuffisant des structures de pilotage des activités de SRMNIA-Nut ;
- Des capacités managériales limitées de certains gestionnaires des structures de santé dédiées à la SRMNIA-Nut ;
- La persistance du déficit quantitatif et qualitatif des personnels de la santé du domaine de la SRMNIA-Nut ;
- Un financement alloué à la SRMNIA-Nut insuffisant et non pérenne ;
- Un développement insuffisant du partenariat en faveur de la SRMNIA-Nut ;
- Une coordination non optimale des acteurs ;
- Une mobilisation insuffisante de la participation communautaire ;
- Des ruptures fréquentes des stocks des médicaments et intrants essentiels de la SRMNIA-Nut ;
- Une collecte, analyse et utilisation insuffisante des données de la SRMNIA-Nut pour une prise de décision éclairée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Une promotion insuffisante de l'assurance qualité des services de SRMNIA-Nut ;
- Une recherche opérationnelle sur les problématiques de la SRMNIA-Nut inopérante.

- **UNE COUVERTURE INSUFFISANTE DES INTERVENTIONS PROMOTIONNELLES, PRÉVENTIVES, CURATIVES ET DE RÉHABILITATION EN FAVEUR DES CIBLES DE LA SRMNIA-Nut**

Les objectifs stratégiques fixés pour les interventions de la SRMNIA-Nut n'ont pas tous été atteints. Ceci est dû à un ensemble d'obstacles que l'on peut regrouper par cibles de la SRMNIA-Nut ainsi qu'il suit :

- Concernant la santé de la mère :
Des carences dans la qualité des soins prénatals, du travail, de l'accouchement et de la prise en charge des complications obstétricales ;
- Concernant la santé du nouveau-né :



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Une prise en charge insuffisante des urgences néonatales, telles que les infections, l'asphyxie néonatale, la prématurité et les faibles poids de naissance.

- Concernant la santé infanto-juvénile ;
Une prévention et une prise en charge insuffisante des problèmes nutritionnels et des maladies les plus fréquentes de la petite enfance ;
- Concernant la santé des adolescent(e)s et des jeunes ;
Des efforts insuffisants pour réduire les comportements à risque chez les adolescent (e)s, réduire les conditions favorisant les violences, les grossesses non désirées, les avortements, les mariages d'enfants, les mutilations génitales et la non utilisation des services de santé de la reproduction.
- Concernant la santé des femmes en général, des hommes et des personnes âgées Un renforcement insuffisant des activités de planification familiale, de prévention et de prise en charge des IST/VIH, de détection précoce et de prise en charge des cancers génitaux et des fistules génitales ainsi que des problèmes d'infertilité et de dysfonction sexuelle.

➤ UNE DISPONIBILITÉ, ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION DES SOINS ET SERVICES SRMNIA-Nut LIMITÉE

Plusieurs obstacles entravent encore l'accès des populations cibles aux interventions de la SRMNIA-Nut. Parmi ces obstacles, on peut relever :

- Une offre de services dédiées à la SRMNIA-Nut insuffisante et répartie de manière inéquitable sur l'ensemble du territoire national ;
- Une qualité insuffisante des soins et services de SRMNIA-Nut, rendant leur acceptabilité assez limitée par les bénéficiaires ;
- La persistance de barrières financières entravant l'accès des plus vulnérables aux soins et services de SRMNIA-Nut ;
- La persistance des comportements socio-culturels défavorables à la SRMNIA-Nut ;
- L'évolution de tendances de croissance démographique inadéquates par rapport au dividende démographique ;
- La persistance de conditions économiques difficiles avec des taux de pauvreté élevés et le sous-emploi ;
- La persistance de l'insécurité dans certaines régions, bloquant l'accès aux services et soins pour les populations cibles, les exposant ainsi à une morbi-mortalité plus accrue.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

➤ UNE FAIBLE RÉSILIENCE DES SERVICES DE SRMNIA-Nut FACE AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

La mise en œuvre du PSN SRMNI 2014 – 2020 a été négativement impactée par la survenue de pandémie du Covid-19, qui a sévi au Cameroun entre 2019 et 2021, survenant dans un contexte d'instabilité sécuritaire qui fragilisait déjà le système de santé dans certaines régions. Cette double crise a mis à mal un système de santé peu préparé à faire face à de telles urgences. En effet, la pandémie a :

- Entraîné un affaiblissement considérable des services de SRMNI, accentuant les difficultés existantes. Cette situation a directement impacté la qualité et la disponibilité des services de SRMNI ;
- Affecté la qualité de la préparation de notre système de santé pour une riposte appropriée face aux urgences de santé publique ;

4 CADRE CONCEPTUEL

4.1 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PLAN

4.1.1 Ancrage

Sur le plan national, ce Plan Stratégique SRMNIA-Nut 2024-2030 s'aligne sur les orientations de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2020- 2030 qui est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable.

Au plan international, le PSN SRMNIA-Nut est arrimé sur la nouvelle « Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 » des Nations Unies dont l'ambition est d'aboutir « d'ici à 2030, à un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent dans quelque situation que ce soit jouissent de leur droit à la santé et au bien-être physiques et mentaux, ont des perspectives sociales et économiques, et peuvent participer pleinement à l'édification de sociétés prospères et pérennes. ».

Enfin le PSN SRMNIA-Nut 2024-2030 est arrimé sur la nouvelle version du « Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre politique continental sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) » pour la période de 2016 à 2030. Ce plan est SRMNIA-Nut 2024-2030 est aussi l'instrument d'opérationnalisation des ODD et de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 des Nations Unies dont l'objectif global est « d'améliorer la santé maternelle et reproductive en Afrique et de contribuer à un taux de mortalité inférieur à 70/100 000 naissances vivantes ».





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

4.1.2 Vision

Le Cameroun, un pays où la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, ainsi que la morbidité des adolescent(e)s/jeunes, de la femme, des personnes âgées, en relation avec la santé de la reproduction est réduite au strict minimum y compris chez les populations les plus vulnérables et les plus défavorisées.

4.1.3 Mission

La mission de ce plan est de promouvoir la réalisation universelle de la santé et des droits sexuels et reproductifs et contribuer ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile (ODD3.1 et 3.2), à stopper l'épidémie de sida (ODD3.3) et assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive (ODD3.7) et accès universel à la santé et aux droits reproductifs (ODD5.6).

4.1.4 But

Contribuer à l'amélioration de la santé des populations d'ici à 2030.

4.1.5 Objectif général

D'ici à 2030, contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité spécifique aux problèmes de la santé de reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescente/jeune, ainsi que de la femme et de l'homme.

4.1.6 Axes stratégiques

Notre cadre logique d'interventions est articulé autour de trois (03) axes stratégiques :

- 1) Extension de la couverture des interventions à haut impact pour la réduction de la morbi-mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés ; (Dans cet axe stratégique sont regroupées toutes les interventions qui bénéficient directement aux cibles de la SRMNIA-Nut.)
- 2) Renforcement des piliers du système de santé pour la création d'un environnement favorisant l'atteinte de l'impact de la SRMNIA-Nut ; (Il s'agit d'un axe de support, regroupant les interventions transversales qui concernent toutes les cibles)
- 3) Mise en place de mécanismes efficaces pour l'accompagnement de la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-Nut 2024-2030 (L'axe stratégique 3 quant à lui organise et assure le pilotage adéquat et le suivi effectif de la mise en œuvre du PSN la SRMNIA-Nut).





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

4.1.7 Principes directeurs

La communauté internationale a convenu que le droit à la santé prend en compte le droit de contrôler sa santé et de disposer de son corps, incluant la liberté sexuelle et de procréation. C'est dans cette optique que les principes directeurs sont proposés avec la préoccupation majeure de mettre les patients au centre de toutes les interventions en la matière. Ces principes sont les suivants :

a) QUALITÉ et DISPONIBILITÉ :

Les formations sanitaires, les prestataires formés et les produits SRMNIA-Nut sont disponibles, afin de permettre aux individus d'exercer pleinement leur droit à partir d'une large gamme. La démedicalisation de certains actes et produits de base sera considérée. Les individus ont accès à des services et à des informations de qualité en matière de SRMNIA-Nut, parfaitement adéquates sur le plan scientifique et médical. La qualité des soins est un élément qui revêt plusieurs aspects. Elle inclut, mais n'est pas limité à : un choix exhaustif des services et produits de qualité ; des informations claires et précises d'un point de vue médical, notamment au sujet des risques et des avantages y relatifs ; la présence de prestataires équipés et compétents sur le plan technique ; et des interactions client-prestataire qui respectent le choix informé, la vie privée et la confidentialité, ainsi que les préférences et besoins des clients.

b) ÉQUITÉ, ACCESSIBILITÉ ET NON-DISCRIMINATION :

L'accès géographique et financier de tous aux services SRMNIA-Nut sans distinction de sexe, d'âge et de religion, en accordant une attention particulière aux populations les plus défavorisées et aux groupes vulnérables, est essentiel. La poursuite de la gratuité et de la subvention ciblée est également cruciale pour garantir l'équité et l'accès universel aux services. Les individus ont aussi la capacité d'accéder à des informations et à des services complets et de qualité, sans subir de discrimination, de coercition et de violence. La qualité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la disponibilité des informations et des services de SRMNIA-Nut ne doivent pas varier en fonction de critères sans rapport avec les indications médicales comme l'âge, l'emplacement géographique, la langue, l'appartenance ethnique, le handicap, le statut VIH, l'orientation sexuelle, les biens, le statut marital ou autre. L'approche basée sur les droits humains sera de mise ici.

c) COLLABORATION ET APPROCHE MULTISECTORIELLE

Considérant le caractère multifactoriel des causes de morbidité/mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, tous les secteurs concernés seront impliqués dans la mise en œuvre du plan stratégique. Une dynamique de concertation et de coordination sera mise en place à tous les niveaux dans l'optique de mieux canaliser les efforts des secteurs concernés afin d'obtenir les meilleurs résultats. L'implication des différents secteurs et parties prenantes (administrations apparentées, partenaires techniques et financiers, acteurs de la société civile, associations professionnelles,





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

organisations confessionnelles, organisations à base communautaire, les collectivités territoriales décentralisées, ménages, tradi-praticiens, secteur privé est impérative pour adresser les causes sous-jacentes de la mortalité élevée dans les différents groupes cibles.

d) INTEGRATION :

Tous les efforts doivent être faits pour une mise en œuvre cohérente et efficiente en saisissant toutes les opportunités offertes par les autres programmes afin de mieux répondre aux besoins des différents groupes cibles. Il s'agit de capitaliser les avantages comparatifs dans la planification, la mise en œuvre, le suivi, la supervision et l'évaluation des interventions SRMNIA-Nut. A cet effet, la visibilité dans la mobilisation et l'utilisation des ressources par les différents ministères et partenaires doit être renforcée.

e) TRANSPARENCE ET RESPONSABILITÉ :

Les individus peuvent accéder facilement à des informations concrètes sur la conception, la fourniture, la mise en œuvre et l'évaluation des services, programmes et politiques en matière de santé de la reproduction, y compris les données provenant de l'État. Les individus ont le droit de chercher des remèdes et des réparations au niveau individuel et systémique lorsque les responsables ont manqué à leurs obligations concernant les informations, les services et les produits relatifs à la santé de la reproduction.

4.1.8 Théorie du changement

Le Cameroun fait partie des pays où les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile restent préoccupants malgré les engagements pris, les actions menées et les progrès réalisés. L'élaboration du plan stratégique national de la santé de reproduction, maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescent(e)s et nutritionnelle pour la période 2024-2030 s'appuiera sur les leçons de la mise en œuvre des anciens plans stratégiques nationaux, du Dossier d'Investissement pour l'amélioration de la SR et des expériences internationales dans le domaine de la SR autant que nécessaire de façon à pérenniser les stratégies qui fonctionnent et introduire de nouvelles, plus pertinentes pour améliorer la SRMNIA-Nut au Cameroun.

Les interactions possibles partant des intrants devront produire l'impact souhaité qui est la réduction de la morbidité et de la mortalité tributaire aux problèmes à la SRMNIA-Nut. L'effet nécessaire pour produire cet impact est d'obtenir une couverture des interventions promotionnelles, préventives et curatives, optimale pour tous les groupes cibles.

Pour produire cet effet, plusieurs stratégies doivent être mises en place. Il s'agira de :

- Améliorer l'offre des soins et services SRMNIA-Nut ;
- Mettre en œuvre de manière efficace les interventions à haut impact dans les zones prioritaires sur la base des données probantes ;

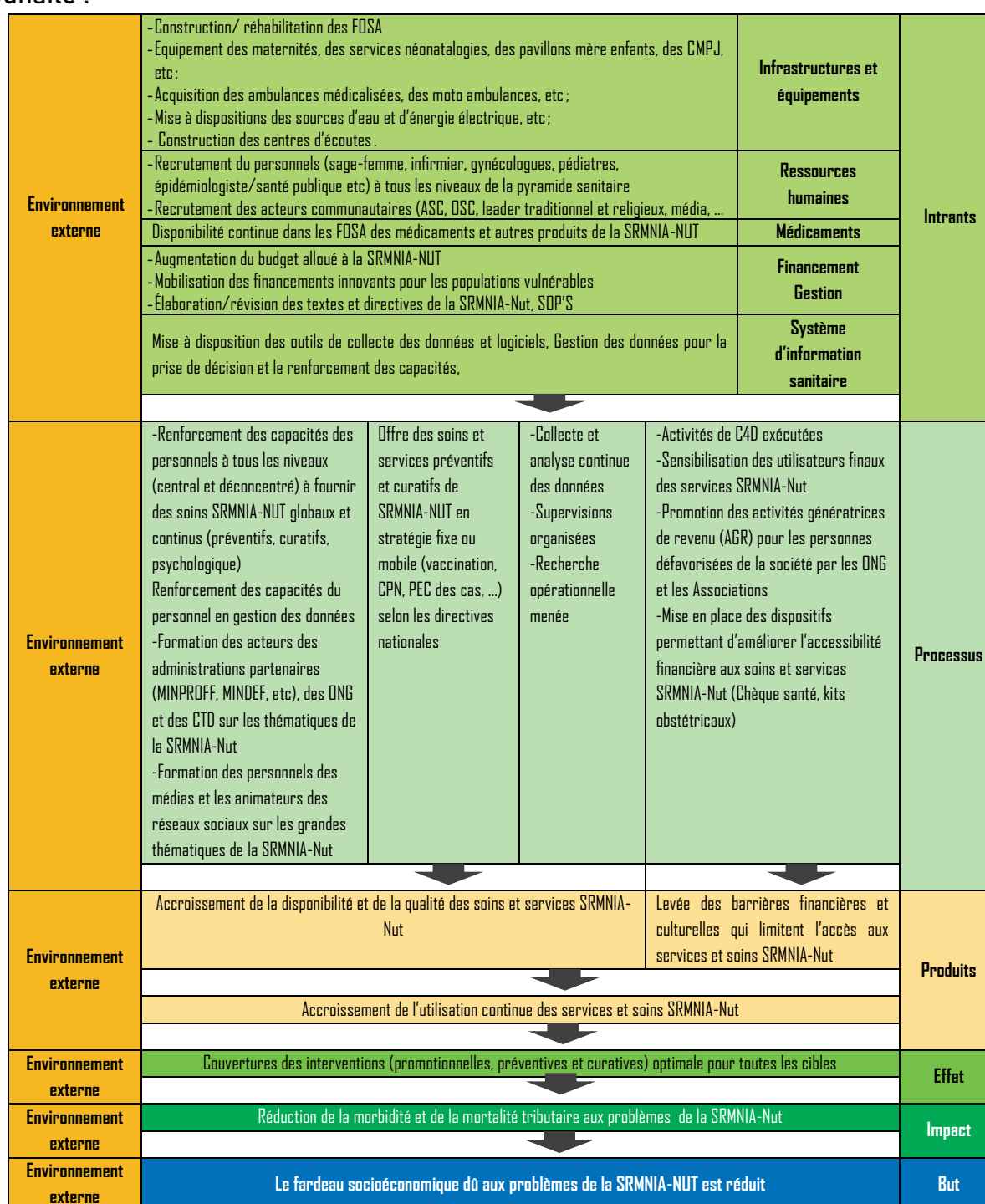




Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Lever les barrières financières, socioculturelles et géographiques qui limitent l'accès aux services et soins SRMNIA-Nut ;
- Améliorer l'utilisation continue des services et soins SRMNIA-Nut.

Le tableau ci-dessous ressort les interactions possibles partant des intrants à l'impact souhaité :



Les changements projetés dans cette théorie sont basés sur une analyse des liens cause à effet. Il est important de rappeler que les facteurs externes (socioculturels, économiques, géographiques, sécuritaire, etc.) peuvent faciliter ou entraver l'atteinte des performances souhaitées.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

4.2 CADRE LOGIQUE D'INTERVENTIONS

AXE STRATÉGIQUE 1 : EXTENSION DE LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT POUR LA RÉDUCTION DE LA MORBI-MORTALITÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT, DE L'HOMME ET DE LA FEMME Y COMPRIS LES SUJETS ÂGÉS

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1.1. : d'ici à 2030, améliorer la couverture des interventions SRMNIA-Nut à haut impact pour la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme et la femme y compris les sujets âgés

OBJECTIFS SPECIFIQUES CIBLE MERE/FEMME EN AGE DE PROCREER

- 1.1.1. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPN de qualité chez 95% des FEC attendues
- 1.1.2. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPoN de qualité pour 80% des accouchements attendus
- 1.1.3. D'ici à 2030, atteindre une couverture de 80% des accouchements réalisés dans une FOSA
- 1.1.4. D'ici à 2030, atteindre une prévalence contraceptive de 35% chez les femmes en âge de procréer
- 1.1.5. D'ici à 2030, accroître le taux de dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales dans 80% des DS ciblés
- 1.1.6. D'ici à 2030, améliorer la prévention et la PEC des IST/Hépatites/VIH chez les femmes en âges de procréer dans au moins 80% des DS
- 1.1.7. D'ici à 2030, accroître le dépistage et la prise en charge des cas du cancer du sein et du col de l'utérus dans au moins 30% des DS
- 1.1.8. D'ici à 2030, améliorer la prise en charge de l'infertilité chez la femme dans 100% des hôpitaux régionaux et centraux
- 1.1.9. Améliorer d'au moins 50% l'état nutritionnel de la femme enceinte et allaitante reçues dans les FOSA





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

OBJECTIFS SPECIFIQUES CIBLE NOUVEAU-NE

1.1.10. D'ici à 2030, s'assurer que 80% des FOSA ciblées à tous les niveaux offrent des soins et services de qualité au nouveau-né.

1.1.11. D'ici à 2030, assurer la prévention de la transmission du VIH/Syphilis/Hépatite Virale B de la mère à l'enfant (PTV) chez 100% des femmes enceintes reçues en CPN

1.1.12. D'ici à 2030, s'assurer que 90% des FEC reçues en CPN ont été vaccinées contre le tétanos

OBJECTIFS SPECIFIQUES CIBLE ENFANT

1.1.13. D'ici à 2030, assurer une couverture des interventions préventives à haut impact chez au moins 90% d'enfants reçus en consultation

1.1.14. D'ici à 2030, renforcer la prise en charge de l'enfant selon l'approche PCIMNE (FOSA et communautés) dans au moins 80% des DS ciblés

OBJECTIFS SPECIFIQUES CIBLE ADOLESCENT(E)/JEUNE

1.1.15. D'ici à 2030, réduire la prévalence des comportements sexuels à risque chez au moins 25% des adolescent (e)s/jeunes

1.1.16. D'ici à 2030, assurer la prévention et la prise en charge d'au-moins 25% des cas d'IST/VIH chez les adolescent(e)s et jeunes

1.1.17. D'ici à 2030, promouvoir les Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s et Jeunes (SSAAJ) dans 80% des Départements Administratif

1.1.18. D'ici à 2030, améliorer la prévalence contraceptive moderne chez au moins 30% des adolescent(e)s/jeunes

1.1.19. Améliorer l'état nutritionnel d'au moins 50 % des adolescents et jeunes

Cible homme, femme et personne âgée

1.1.20. Améliorer l'état nutritionnel d'au moins 50 % des hommes, femmes et personnes âgés reçus dans les FOSA

OBJECTIFS SPECIFIQUES CIBLE FEMME/FEMME AGEE

1.1.21. D'ici à 2030, assurer une prise en charge appropriée des dysfonctionnements sexuels et des perturbations de la ménopause à au-moins 80% des femmes reçues dans les hôpitaux de districts et régionaux

1.1.22. D'ici à 2030, assurer une prise en charge appropriée de leur infertilité à au moins 80% des femmes reçues en consultation dans les hôpitaux de district et régionaux ciblés.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

1.1.23. D'ici à 2030, assurer une prise en charge correcte d'au-moins 60% des cas de cancers génésiques chez les femmes dépistées dans les hôpitaux

Cible homme/hommes âgé

1.1.24. D'ici à 2030, assurer une prise en charge correcte d'au-moins 50% des cas de dysfonctionnements sexuels ou d'IST/VIH chez les hommes reçus dans les structures de santé

1.1.25. D'ici à 2030, assurer la prise en charge selon les normes d'au moins 60% des cas de cancers génésiques dépistés chez les hommes reçus en consultation dans les hôpitaux des catégories 1 à 4.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1.2. : D'ici à 2030, contribuer à la réduction des pratiques culturelles néfastes chez les adolescent(e)s, les femmes et les hommes (Violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines et mariages d'enfants)

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1.2.1. D'ici à 2030, amener au moins 30% des groupes communautaires ciblés dans chaque district à adopter des attitudes favorables à la réduction des VBG et des PCN

1.2.2. D'ici à 2030, rendre disponible les données probantes dans 80% des DS pour suivre l'ampleur du phénomène des VBG et des PN

1.2.3. D'ici à 2030, améliorer l'accès et l'utilisation des services de prise en charge médicale et psychologique des survivants des VBG et des victimes des PN dans 60% des DS

1.2.4. D'ici à 2030, renforcer la mise en application effective des dispositions du cadre institutionnel et juridique pour une abolition de l'impunité en matière de VBG et PN dans 60% des départements.

AXE STRATÉGIQUE 2 : RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN POUR UNE MEILLEURE DISPONIBILITÉ, ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION DE QUALITÉ

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2.1. : D'ici à 2030, améliorer la disponibilité des services et soins SRMNIA-Nut de qualité pour toutes les cibles





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1.1.1. D'ici à 2030 améliorer l'accès aux services SRMNIA-Nut de qualité en dotant au moins 80% des FOSA des DS en infrastructures, logistique et équipements adéquats
- 1.1.2. D'ici à 2030, amener 80% des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide à produire et à utiliser les informations SRMNIA-Nut de qualité pour guider la prise de décision
- 1.1.3. D'ici à 2030, accroître d'au-moins 5% le financement alloué aux interventions de la SRMNIA-Nut
- 1.1.4. D'ici à 2030, réduire de 30% le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines qualifiées en SRMNIA-Nut à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- 1.1.5. D'ici à 2030, améliorer la disponibilité des médicaments et des produits essentiels de qualité pour la SRMNIA-Nut dans au-moins 90% des FOSA des DS
- 1.1.6. D'ici 2030, augmenter de 30% le nombre de districts de santé offrant au minimum 50% du Paquet d'Activités Communautaires.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2.2. : D'ici à 2030, améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services SRMNIA-Nut

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 2.2.1. D'ici à 2030, améliorer l'accessibilité financière équitable à au moins 50% des cibles les plus vulnérables dans les DS ciblés
- 2.2.2. D'ici à 2030, Renforcer la communication et la logistique pour réduire les barrières culturelles et géographiques d'au-moins 50% des cibles SRMNIA-Nut dans les DS ciblés.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

AXE STRATÉGIQUE 3 : MISE EN PLACE DE MÉCANISMES EFFICACES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE SRMNIA-NUT 2024-2030

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3.1. : d'ici à 2030, renforcer la gouvernance du système de santé pour la SRMNIA-Nut

OBJECTIFS SPECIFIQUES

3.1.1. D'ici à 2030, renforcer la communication pour la mobilisation autour des problématiques de la SRMNIA-Nut auprès de 100% des parties prenantes clés

3.1.2. D'ici à 2030, adopter et mettre en œuvre 80% des mesures politiques, juridiques et réglementaires en faveur de la SRMNIA-Nut selon les engagements internationaux pris par le Cameroun

3.1.3. D'ici à 2030, promouvoir la production des actes d'état civil pour au-moins 90% des enfants de moins de 5 ans dans toutes les régions

3.1.4. D'ici à 2030, renforcer le Partenariat public-privé en faveur de la SR pour au-moins 80% des acteurs clés ciblés

3.1.5. D'ici à 2030, améliorer la Coordination Multisectorielle auprès de 100% des acteurs clés de la SRMNIA-Nut

3.1.6. D'ici à 2030, améliorer les capacités managériales d'au-moins 80% des gestionnaires des structures de SRMNIA-Nut

3.1.7. D'ici à 2030, promouvoir l'assurance de la qualité des services de SR dans au-moins 80% des FOSA ciblées

3.1.8. D'ici à 2030, promouvoir la Recherche fondamentale et opérationnelle dans le domaine de la SRMNIA-Nut au Cameroun auprès de 80% de structures de santé ciblées.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3.2. : d'ici à 2030, renforcer le pilotage stratégique de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique SRMNIA-Nut





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 3.2.1. D'ici à 2030, renforcer le Cadre de mise en œuvre et Matérialiser le rôle d'au-moins 80% des acteurs clés
- 3.2.2. D'ici à 2030, renforcer l'adhésion et l'appropriation d'au-moins 80% des parties prenantes clés sur la mise en œuvre du Plan
- 3.2.3. D'ici à 2030, assurer au-moins 80% des interventions planifiées pour la Supervision, le Suivi et l'Evaluation de la mise en œuvre du Plan.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3.3 : D'ici à 2030, renforcer la résilience du système de santé face aux risques d'urgences de santé publique en vue d'améliorer de la délivrance des services de santé de la reproduction

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 3.3.1. D'ici à 2030, assurer au-moins 80% des interventions planifiées pour la préparation de la riposte aux urgences de santé publique pouvant impacter la SRMNIA-Nut
- 3.3.2. D'ici à 2030, assurer la mise en œuvre des interventions SRMNIA essentielles en situation d'urgence de santé publique





4.3 ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

RISQUE	NIVEAU DU RISQUE	STRATÉGIE DE MITIGATION DU RISQUE
Persistance ou extension de l'insécurité dans les régions du Nord et l'Extrême-Nord	Modéré à élevé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisation des ONG et Associations locales qui ont l'expérience pour atteindre les populations, en particulier les enfants, les mères, les adolescent(e)s et les femmes enceintes dans les zones difficiles grâce à leur présence sur le terrain dans les zones de conflit
Persistance de la pénurie de ressources humaines de la santé qualifiées dans les zones reculées ciblées	Modéré à élevé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le gouvernement du Cameroun a adopté depuis 2019 un Plan de recrutement de « personnels saisonniers » par les CTD, qui devrait concourir à la rétention du personnel dans les zones reculées, ▪ La décentralisation de la formation des sages-femmes dans les régions favorise leur disponibilité sur le marché local de l'emploi. ▪ La délégation des tâches et le mentorat contribuent également à résoudre le problème du manque de personnel spécialisé.
Altération des équipements médicaux fournis aux FOSAS	Faible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le MINSANTE est en train de mettre en place une politique de maintenance des équipements hospitaliers ▪ Le personnel des FOSAS doit être formé pour une utilisation appropriée et une maintenance préventive des équipements médicaux ▪ Accentuer le plaidoyer pour le recrutement et le déploiement dans les FOSAS publiques des ingénieurs et techniciens de maintenance
Survenue d'une épidémie à l'instar du COVID-19 ou une autre urgence de santé publique pendant la période de mise en œuvre du plan	Modéré	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un plan de continuité de service impliquant la surveillance épidémiologique et la préparation à la riposte dans les interventions de SRMNIA-Nut 2024 à 2030.
Faible mobilisation financière pour la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-Nut	Modéré	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il existe toujours un budget alloué à la Santé de la mère et de l'enfant. Le plaidoyer pour la mobilisation des financements nationaux et extérieurs doit se poursuivre ainsi que la mise en place de mécanismes innovants de financement de la santé de la reproduction.





5 CADRE DE MISE EN OEUVRE

5.1 DISPOSITIF INSTITUTIONNEL POUR LE SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE DU PLAN

La mise en œuvre du PSN- SRMNIA-Nut se fera progressivement, en commençant par les régions prioritaires qui tirent la mortalité vers le haut, pour aboutir finalement à l'ensemble des 10 régions du pays. En outre, la mise en œuvre sera assurée par les Structures et Organes institués par le Ministère de la Santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

➤ NIVEAU CENTRAL

Le PLMI coordonnera la mise en œuvre multisectorielle et le suivi-évaluation de ce plan à travers le Comité National SRMNIA-Nut dont elle assure le Secrétariat Technique. A cet effet, plusieurs groupes de travail thématiques ont été créés pour apporter des solutions idoines aux différents problèmes de SRMNIA-Nut identifiés Parmi ces groupes , on peut citer : le Groupe de travail multisectoriel (GTM) PF/ Sécurisation des contraceptifs , le GTM santé du nouveau-né , le GTM PTME , le GTM PECP, le GTM lutte contre les fistules obstétricales , le Groupe Technique de Travail Multisectoriel Santé Mère-Enfant (GTT-SME) créée qui vient en appui au Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle dans la réflexion concernant la santé de la mère et de l'enfant.

La DSF assurera quant à elle, la coordination des activités relevant de la réponse à la problématique de la SRMNIA-Nut au sein du MINSANTE. Dans chaque Ministère impliqué dans l'opérationnalisation de ce PSN- SRMNIA-Nut, des directions compétentes seront désignées, capacités et accompagnées par le PLMNI.

➤ NIVEAU INTERMEDIAIRE ET OPERATIONNEL

Les Délégués Régionaux de la Santé Publique (DRSP), les points focaux SR régionaux et les Equipes Cadre des Districts de Santé, seront responsables de la mise en œuvre effective du plan sur le terrain. Ils assureront la coordination de ces activités, la supervision des agents et le suivi des différents indicateurs. Les partenaires du Ministère de la santé ainsi que la Société Civile impliqués dans la promotion de la SRMNIA-Nut seront associés aux différents niveaux de son exécution, via leurs démembrements équivalents à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

5.2 RÔLES DES ACTEURS

5.2.1 Rôles et responsabilités du Ministère de la Sante Publique

Le MINSANTE assurera le leadership de la mise en œuvre du plan stratégique. Les rôles des acteurs concernés font l'objet de cette section.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

5.2.1.1 NIVEAU CENTRAL

Il assure le leadership technique et donne les grandes orientations pour la mise en œuvre et le suivi/évaluation du plan stratégique. Il est responsable de la mobilisation des ressources et du plaidoyer en faveur de la SRMNIA-NUT. Au sein du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé du Ministère de la Santé Publique, le Groupe de Travail Multisectoriel sous le leadership du PLMI a pour rôle de veiller à la programmation, au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des interventions de la santé de la mère et de l'enfant particulièrement au sein des ministères partenaires, des OSC, des ONG etc...

Direction de la Santé Familiale (DSF)

La Direction de la santé familiale va faciliter, superviser et coordonner au sein du MINSANTE toutes les activités techniques en relation avec la réponse santé. Il va exécuter notamment les activités suivantes :

- Mener le plaidoyer pour une mobilisation accrue des ressources en faveur de la SRMNIA-Nut
- Assurer l'opérationnalisation et le suivi de la mise en œuvre du PSN SRMNIA-NUT 2024- 2030 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Faciliter le développement de la capacité du personnel à tous les niveaux en élaborant les guides techniques, normes, protocoles et les manuels de formation en collaboration avec les autres directions techniques concernées.
- Concevoir et élaborer, en collaboration avec les autres directions concernées, les matériaux d'IEC/CCC pour les différents groupes cibles et les disséminer auprès d'eux.
- Collaborer avec le système d'approvisionnement des intrants pour la détermination des besoins.
- Identifier et proposer des indicateurs désagrégés pour le suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités et actualiser les outils de collecte des données si nécessaire.
- Revoir et adapter, en collaboration avec les structures en charge de l'information sanitaire, le système d'information de gestion à base communautaire (SIG-BC) et en collaboration avec les districts de santé.
- Identifier les sujets de recherche en SRMNIA-NUT et faciliter leur exécution et l'exploitation des trouvailles, en collaboration avec les autres structures concernées.

Direction des ressources Financières et du Patrimoine (DRFP)

Il intégrera les interventions du plan stratégique dans le budget programme du MINSANTE en vue d'une allocation budgétaire adéquate pour la SRMNIA-NUT.

Cellule des Informations Sanitaires

Elle assurera le suivi évaluation des indicateurs SRMNIA-NUT à partir des données de routine dans le système d'information et de gestion sanitaire (SIGS), y compris les données provenant du niveau communautaire.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Direction de la Pharmacie, du Médicament et du laboratoire (DPML)

En collaboration avec la Direction de la Santé Familiale, elle Assure la régulation et la disponibilité permanente de médicaments et autres intrants (réactifs et consommables) essentiels SRMNIA-Nut en s'assurant qu'ils sont :

- Pris en compte dans la liste officielle de médicaments essentiels
- Commandés en quantité suffisante et à temps
- Des produits de qualité
- Distribués à temps au niveau des points de prestation de service
- Bien gérés dans le cadre du système national d'approvisionnement

Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS)

Elle travaillera en collaboration avec la DSF pour identifier les sujets de recherche en SRMNIA-NUT, mener des études dans le domaine de la SRMNIA-Nut et assurer une large diffusion des trouvailles.

Direction des Ressources Humaines (DRH)

Assure la mise en application effective du plan de développement des ressources humaines. A cet effet elle assurera la disponibilité permanente du personnel SRMNIA-Nut qualifié dans les formations sanitaires en :

- Prenant en compte les normes nationales en la matière
- Prenant les dispositions pour un recrutement de personnel supplémentaire selon les postes disponibles et en redéployant ceux en place de façon rationnelle, tout en accordant la priorité aux districts ayant le plus des besoins en staff SRMNIA-Nut
- Assurant une formation accélérée continue pour combler les gaps actuels en SRMNIA-Nut particulièrement au niveau opérationnel.

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

Elle veillera au respect des normes de qualité lors de l'acquisition des équipements SRMNIA-Nut. Elle assurera également la qualité technique des soins SRMNIA-Nut prodigués en mettant en place les guides et protocoles de soins. Enfin, elle veillera à ce que la SRMNIA-Nut soit pris en compte lors de la dispensation des Interventions sous directives communautaires.

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

Cette direction facilitera le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans la lutte contre les infections ayant trait à la SR en élaborant les guides techniques, normes, protocoles et les manuels de formation en collaboration avec la DSF et la DOSTS.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Direction de la Promotion de la Santé (DPS)

Elle travaillera en collaboration avec la DSF pour faciliter tous les aspects relatifs à la communication pour le développement en relation avec la SRMNIA-NUT, la Nutrition de la mère, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et les aspects de l'eau potable, de l'hygiène corporelle et de l'assainissement du milieu.

La DPS exécutera les activités suivantes :

- Faciliter le développement et renforcer des compétences du personnel à tous les niveaux en élaborant/révisant les guides techniques, normes, protocoles et les manuels de formation en nutrition, en collaboration avec les autres directions techniques concernées.
- Concevoir et élaborer, en collaboration avec les autres directions concernées, les matériaux d'IEC/CCC notamment en matière d'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant
- Collaborer avec le système d'approvisionnement des intrants pour la détermination des besoins pour les intrants nutritionnels/équipements pour les mesures anthropométriques/équipements de cuisine
- Identifier, proposer et partager les indicateurs désagrégés pour le suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités liées à la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.
- Concevoir des grilles pour l'inspection sanitaire des structures sanitaires offrant les services de SRMNIA-NUT
- Assurer la formation sur la prise en charge des malnutritions aiguës.

La Sous-Direction de la Santé Mentale veillera particulièrement au suivi des jeunes sur le plan des comportements à risque notamment :

- Lutter contre la drogue en milieu scolaire
- Mener un plaidoyer pour l'accroissement des centres d'addictologie au niveau des régions
- Mener un plaidoyer visant à accroître les unités/services de santé mentale dans les hôpitaux de districts de santé, dans les hôpitaux régionaux et les centres d'addictologie dans les hôpitaux de 2e et 3e catégorie surtout en zones de crises humanitaires.

5.2.1.2 NIVEAU REGIONAL

La Délégation Régionale de la Santé Publique va faciliter, superviser, suivre et coordonner toutes les activités techniques en relation avec l'atteinte des objectifs du plan stratégique.

Il va particulièrement exécuter les activités suivantes :

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





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Coordonner, suivre et superviser les activités SRMNIA-NUT dans les régions.
- Conduire des recherches opérationnelles et développer la capacité des districts en la matière.
- Soutenir les districts de santé dans la collecte des données, l'analyse et l'utilisation dans la prise des décisions.
- Assurer la centralisation et la communication des données au niveau supérieur.
- Identifier les besoins en formation et assurer le développement de la capacité du personnel en SRMNIA-NUT.
- Mettre en place et suivre un système d'assurance qualité des soins et services SRMNIA-Nut.

5.2.1.3 NIVEAU DISTRICT

Service de Santé de District

Les Services de Santé des Districts se chargeront de :

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

Formations sanitaires (centres de santé, CMA et hôpitaux)

Ces structures se chargeront de :

- Incorporer les activités SRMNIA-NUT dans le plan d'action des formations sanitaires
- Fournir des services et soins SRMNIA-NUT de qualité auprès de la population





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Suivre la qualité de prestation du personnel
- Assurer la disponibilité à temps et en quantité suffisante de tous les intrants SRMNIA-NUT (consommables, médicaments, équipements etc)
- Faire la revue des mortalités maternelles, néonatales et infantiles aussi bien dans les formations sanitaires (public et privée) que dans la communauté.
- Assurer l'entrée régulière des données, l'agglomération, l'analyse préliminaire et l'utilisation dans la prise des décisions.
- Assurer l'envoi régulière et à temps des données SRMNIA-NUT au niveau supérieur.
- Collaborer étroitement avec le niveau communautaire dans la prestation des services.

5.2.2 Rôles et responsabilités des autres ministères et acteurs impliqués

5.2.2.1 Le MINEPAT et le MINFI

- Œuvrer pour l'intégration des interventions du plan stratégique SRMNIA-NUT dans le budget programme de chaque Ministère partenaire, pour l'augmentation des ressources financières en faveur de la SRMNIA-NUT :
- Donner une priorité à la santé et plus particulièrement à la SRMNIA-NUT dans l'attribution des budgets
- Plaider pour une augmentation du budget de la santé et de la SRMNIA-NUT en particulier

5.2.2.2 Le Ministère en charge de la Communication (MINCOM)

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

5.2.2.3 Le Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur (MINESUP)

- Assurer la formation initiale des médecins (césarienne), des spécialistes, pédiatres et gynécologues obstétriciens





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Assurer la formation des Sages-Femmes en partenariat avec le MINSANTE
- Assurer la prise en charge des adolescent(e)s et des femmes enceintes dans les huit Centres Médico-Sociaux

5.2.2.4 Le Ministère en charge des Enseignements Secondaires (MINESEC)

Ce ministère a pour cible les élèves adolescent(e)s, par ailleurs, les établissements d'enseignement secondaire et les inspections médico-scolaires sont les lieux idoines pour la préparation à la bonne gestion de la vie sexuelle et familiale et à la prévention des déviances et toxicomanies de tous ordres. A ce titre, ce ministère va contribuer à l'encadrement des jeunes en milieu éducatif sur le plan de la santé sexuelle et reproductive (SSR) en :

- Promouvant un accès universel à l'éducation surtout des filles
- Assurant la prise en compte effective de la SRMNIA-NUT dans les curricula des écoles de formation professionnelle (pour le MINESUP)
- Créant des forums d'IEC en faveur de SRMNIA-NUT dans le programme des élèves (ex. Entretien des clubs santé dans les écoles)
- Contribuant à l'encadrement des jeunes en milieu éducatif sur le plan des de compétences de vies, et d'Education à la vie familiale, surtout à travers les clubs santé
- Facilitant l'accès aux soins SRMNIA-NUT pour les étudiants dans les formations sanitaires

5.2.2.5 Le Ministère en charge de l'Education de Base (MINEDUB)

A travers son programme éducatif dans le cadre de l'hygiène de vie, il va :

- Poser les bases éducatives des bonnes pratiques de promotion et d'éducation à la santé globale et sexuelle (connaissance de soi, prévention des violences sexuelles).
- Assurer la mise en œuvre des volets préventifs d'interventions à haut impact pour la santé de l'enfant (vaccination, déparasitage, supplémentation en vitamine A, etc.).

5.2.2.6 Le Ministère en charge de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF)

Il se chargera de :

- Assurer la mobilisation et la sensibilisation communautaire de proximité sur la SRMNIA-NUT :
- Renforcer la promotion de la SRMNIA-NUT au sein des Centres de Promotion de la Femme ;





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- Renforcer les capacités des associations d'encadrement des femmes et des familles en techniques et outils de communication en vue de l'adoption des pratiques familiales essentielles favorables à la santé maternelle et infantile ;
- Renforcer le plaidoyer pour la budgétisation sensible au genre ;
- Vulgariser le guide d'écoute ;
- Promouvoir l'éducation prénuptiale, matrimoniale et familiale ; renforcer le plaidoyer sur la budgétisation de l'encadrement psychosociale
- Faciliter la mise en œuvre des programmes de lutte contre les violences conjugales et familiales sans oublier les centres de refuges,
- Faciliter la mobilisation des groupes vulnérables pour des activités génératrices de revenu.
- Renforcer l'organisation des communautés en faveur de la promotion de la SRMNIA-NUT ex l'évacuation des urgences obstétricales et néonatales o travers les animatrices communautaires.
- Vulgariser les textes législatifs et réglementaires
- Promouvoir la prise en compte du genre et des droits sexuels et en matière de santé de la reproduction.
- Plaidoyer pour la mise en place d'une réglementation et législation favorable à la SMNIA-Nut.

5.2.2.7 Le Ministère en charge de la Jeunesse et de l'Éducation Civique (MINJEC)

Il se chargera de :

- Assurer la sensibilisation et l'encadrement des jeunes/adolescent(e)s pour la prise en compte de leur santé sexuelle et reproductive (SSR) dans CMPJ et autres structures d'encadrement des jeunes ;
- Faciliter l'insertion socio-économique des jeunes/adolescent(e)s ;
- Renforcer les capacités des encadreurs des jeunes en matière de SRMNIA-NUT

5.2.2.8 Le Ministère de la Justice (MINJUSTICE)

Il se chargera de :

- Mettre en place une législation/réglementation en matière d'enregistrement des décès maternels et néonataux (statistiques vitaux) ;
- Mettre en place une législation/réglementation en matière SRMNIA-NUT (accoucheuses traditionnelles, sexualités des jeunes, adolescent(e)s, personnes âgées...).
- Assurer la mise en application des droits sexuels et reproductifs des citoyens.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

5.2.2.9 Le Ministère de la Décentralisation et du Développement local (MINDEVEL)

Il se chargera de :

- Faciliter la mobilisation et la coordination des partenaires au niveau décentralisé en faveur de SRMNIA-NUT dans le cadre de l'approche multi-sectorielle.
- Faciliter la mise à disposition des ressources financières du budget de l'Etat issues de la décentralisation
- Faciliter la mobilisation de la population autour de la SRMNIA-NUT
- Assurer l'enregistrement des décès maternels et des naissances (statistiques vitaux) ainsi que la mobilisation des Collectivités Territoriales Décentralisées en faveur de la SRMNIA-NUT
- Stimuler les acteurs dans leurs missions d'enregistrement des actes d'état civil (naissances, mariages, décès) au niveau des Collectivités Territoriales Décentralisées, y compris la surveillance des décès maternels et néonataux par exemple et l'organisation de la prise en charge des indigents à travers les communes.

5.2.2.10 Le Ministère en charge de l'Eau et de l'Energie (MINEE)

Il se chargera de :

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

5.2.2.11 Le Ministère en charge de l'agriculture et du Développement Rural(MINADER)

Il se chargera de :

- Promouvoir la sécurité alimentaire pour toute la population.

5.2.2.12 Le Ministère en charge des Affaires Sociales (MINAS)

Il se chargera de :

- Assurer la prise en charge des populations vulnérables par la SRMNIA-Nut (OEV, personnes handicapées, populations autochtones vulnérables, personnes âgées)
- Assurer la facilitation à la réinsertion sociale des personnes vulnérables (OEV, personnes handicapées, populations autochtones vulnérables, personnes âgées) à travers les AGR
- Assurer un plaidoyer en faveur de la solidarité nationale, entre autres, autour de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant
- Assurer la vulgarisation de la convention relative au droit de l'enfant, dont l'enregistrement des naissances qui est un droit. A ce titre, il travaille étroitement avec le BUNEC.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

5.2.2.13 Ministère en charge de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales (MINEPIA)

Il se chargera de :

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

5.2.2.14 Les communes et les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)

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

5.2.3 Rôles et responsabilités de la communauté

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

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





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- L'organisation des visites à domicile et des prestations au niveau communautaire
- L'appui de l'émergence d'un leadership communautaire.

Les Leaders D'opinion (TRADITIONNELS, POLITIQUES, RELIGIEUX ETC.) devront s'impliquer dans le combat en apportant leur contribution dans le but de :

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

5.2.4 Rôles et responsabilités des partenaires techniques et financiers

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

- Assurer une complémentarité entre eux et avec les autres acteurs en offrant un appui technique et financier au gouvernement pour l'exécution du plan SRMNIA-NUT ;
- Assurer une transparence dans la gestion de tous les fonds ;
- Faire du plaidoyer en faveur de la SRMNIA-NUT comme droit fondamental des populations cibles ;
- Mettre en place des fond/Mobiliser des ressources financières et techniques ;
- Renforcer l'approvisionnement en intrants ;
- Appuyer le Gouvernement dans l'exécution des plans d'action SRMNIA-NUT sous la coordination du Gouvernement ;
- Assurer l'alignement des acteurs en rapport avec les stratégies du gouvernement, et la synergie entre partenaires pour éviter les doublons et accompagner le gouvernement avec plus d'efficacité.

5.2.5 Rôles et responsabilités de la société civile, du secteur privé, ONG, OBC, associations professionnelles et religieuses

Leur rôle consistera à accompagner efficacement l'action gouvernementale :

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





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

6 CADRE DE PERFORMANCE ET DE SUIVI-EVALUATION

6.1 CADRE DE PERFORMANCE

6.1.1 Indicateurs d'impact

Objectif général : D'ici à 2030, contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité spécifiques aux problèmes de la santé de reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescente/jeune, de la femme et de l'homme	Ratio de mortalité maternelle (décès pour 100000 NV)
	Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 NV)
	Taux de mortalité infanto-juvénile (décès pour 1000 NV)
	Incidence annuelle des fistules obstétricales
	Taux de mortalité spécifique aux cancers génésiques
	Incidence du cancer du col de l'utérus
	Incidence des fistules obstétricales





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

6.1.2 Indicateurs de résultats ou d'effet (OUTCOMES)

6.1.2.1 Amélioration de la couverture des interventions SRMNIA-Nut à haut impact

Objectif Stratégique 1.1. : Améliorer la couverture des interventions SRMNIA-Nut à haut impact pour la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés	Couverture des interventions à haut impact pour la santé de la mère
	Couverture des interventions à haut impact pour la santé du nouveau-né
	Couverture des interventions à haut impact pour la santé de l'enfant
	Couverture des interventions à haut impact pour la santé de l'adolescent et le jeune
	Couverture des interventions à haut impact pour la santé de l'homme et de la femme et de la personne âgée
Objectif Stratégique 1.2. : D'ici à 2030, contribuer à la réduction des pratiques culturelles néfastes chez les adolescentes et les femmes (Violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines et mariages d'enfants)	Proportion des femmes de 15-49 ans ayant déclaré avoir subi, à un moment donné, des actes de violence, sous la forme émotionnelle, physique et/ou sexuelle, de la part d'un mari/partenaire actuel ou le plus récent
	Proportion des femmes de 15-49 ans ayant déclaré avoir subi des actes de violence sexuelle de la part d'une personne quelconque à un moment de leur vie
	% des violences physiques chez les femmes de 15 à 49 ans
	Prévalence des violences physiques au cours de la grossesse
	Prévalence des violences sexuelles chez les femmes de 15 à 49 ans
	Prévalence des femmes excisées
	Prévalence des femmes excisées par un professionnel de la santé
	Pourcentage des filles mariées avant l'âge de 15 ans ou Prévalence des mariages d'enfants
	Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les filles de 0 à 14 ans
	Proportion des bulletins d'information produits et diffusés dans les structures de santé sur les VBG et les PCN
	Nombre de cas notifiés et PEC de MGF attendues prises en charge dans les FOSA
	Nombre des survivantes de VBG et PCN accompagnées dans la MEO des AGR
	Nombre des cas de VBG et PCN prises en charge dans les points de prestation ciblés
	Proportion des personnes victimes de VBG ayant reçu les appuis juridiques nécessaires.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

6.1.2.2 Amélioration de la disponibilité des services de SRMNIA-Nut de qualité

Objectif stratégique N° 2.1. : D'ici à 2030, améliorer la disponibilité des services et soins SRMNIA-Nut de qualité pour toutes les cibles	Ratio des services SONEU par habitants
	% des FOSAS disposant des équipements pour une offre des services de SRMNIA-N de qualité
	Proportion des FOSA avec infrastructures, équipements et personnels adéquats pour une prestation des soins SRMNIA-Nut
	% des FOSA transmettant Régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la SRMNIA
	% des DS transmettant dans les délais les données sur la SRMNIA
	Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé
	Pourcentage du budget du MINSANTE alloué à la SRMNIA-Nut
	Ratio des ressources humaines disponibles dans les FOSAS par rapport à la population générale
	Ratio médecin/ population
	Ratio infirmier/population.
	Ration Sage-Femme/population
	Pourcentage des CMA, des CSI et d'HD disposant d'au-moins 50% des personnels techniques requis
	% des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, contraceptifs, dispositifs médicaux) conformément aux normes définies dans le PMA et le PCA disponibles chez les grossistes comme la CENAME
	% de médicaments et intrants SRMNIA-N de qualité et à moindre coût disponibles au dernier Km
Proportion des structures sans rupture de stock en médicaments SRMNIA-Nut pendant 3 jours	
Proportion des DS qui mettent en œuvre le paquet intégré des soins et services SRMNIA-N au niveau communautaire	

6.1.2.3 Amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des services de SRMNIA-NUT

Objectif stratégique N° 2.2. : D'ici à 2030, améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services SRMNIA-Nut	Proportion des femmes bénéficiant du CHEQUE SANTE par rapport au nombre attendu de femmes enceintes
	Taux d'accroissement des Dépenses de santé courantes par habitant
	Accroissement de la Proportion des communautés ayant adopté au-moins une mesure pour la réduction des barrières culturelles dans les zones ciblées
	Proportion des femmes enceintes référées/accompagnées dans les FOSAS par les accoucheuses traditionnelles
	Proportion des cas d'urgence de SRMNIA transportées en moto-taxi des zones enclavées vers les FOSA





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

6.1.2.4 Amélioration de la gouvernance

Objectif stratégique N° 3.1 : d'ici à 2030 renforcer la gouvernance du système de santé pour la SRMNIA-Nut	Taux d'accroissement du Nombre des professionnels de médias ciblés formés en communication sur la SRMNIA-N
	Taux d'accroissement des activités de communication sur la SRMNIA-Nut effectuées par les personnes formées dans les médias ciblés
	Taux d'accroissement des engagements internationaux, adoptés et mis en œuvre au Cameroun
	Proportion des Responsables des services Centraux et Déconcentrés, disposant du recueil des textes règlementaires de base sur la SRMNIA-Nut
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée à l'état civil
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un acte de naissance
	Taux d'accroissement des partenariats planifiés signés pour la mise en œuvre des interventions du plan
	Proportion des réunions thématiques multisectorielles sur la SRMNIA-Nut tenues sur le nombre prévu
	% des responsables des structures (DS, DRSP et Niveau Central) formés sur le management et leadership
	% des FOSA accréditées pour assurer des soins et services SRMNIA-Nut de qualité
% d'études et de recherches planifiées qui sont effectuées	

6.1.2.5 Amélioration du pilotage stratégique de la mise en œuvre du plan stratégique

Objectif stratégique N° 3.2 : d'ici à 2030 renforcer le pilotage stratégique de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique SRMNIA-Nut	Proportion des régions ayant une plateforme d'échange multisectorielle entre les acteurs pour faciliter la cohérence et la convergence des actions menées en faveur de la SRMNIA-Nut
	% des responsables des structures (DS et DRSP) formés sur les techniques de planification, de suivi et d'évaluation des interventions de la SRMNIA-Nut PM
	Nombre d'évaluations à mi-parcours
	Nombre de revues annuelles de performance de la SRMNIA-N
	Nombre de plans opérationnels annuels (POA) sur la SRMNIA élaborés
	% des DS ayant intégré dans leur POA les priorités du PS SRMNIA

6.1.2.6 Préparation à la riposte aux risques d'urgences de sante publique

Objectif stratégique N° 3.3 : D'ici à 2030 renforcer la résilience du système de santé face aux risques d'urgences de santé publique en vue d'améliorer de la délivrance des services de santé de la reproduction	Proportion des DRSP ayant un plan de préparation et de réponse aux besoins SRMNIA-Nut en situation d'urgence
	Proportion des FOSA disposant d'au moins un personnel formé sur la délivrance/continuité des services essentiels de SRMNIA-Nut en cas d'urgence de santé publique
	Proportion d'exercices de simulations réalisées par rapport au nombre planifié pour tester la résilience des services de SRMNIA-Nut
	Proportion des situations d'urgence pendant lesquelles les interventions SRMNIA Nut essentielles ont été déployées à temps, pour répondre aux besoins des plus vulnérables.





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

6.2 MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

6.2.1 Principes généraux et mesures d'accompagnement

Vu l'importance que revêt le suivi/évaluation dans la mise en œuvre du PSN SRMNIA-NUT, l'engagement des autorités à prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les principes généraux et les mesures d'accompagnement énoncées ci-dessous soient appliquées est indispensable :

- L'implication effective de toutes les parties prenantes : le processus de SE nécessitera la participation de toutes les entités impliquées dans la mise en œuvre du PSN-SRMNIA-NUT : le Ministère de la santé, à-travers ses différents niveaux de déconcentration (central, intermédiaire, périphérique), les partenaires au développement, les autres ministères concernés par l'une ou l'autre intervention, la société civile, les collectivités locales, le secteur privé, etc.
- Une large place à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication ;
- L'adoption de procédures simples et souples de suivi-évaluation ;
- Le renforcement et la redynamisation des organes de suivi et évaluation ;
- La mise à la disposition de ces organes, de toutes les ressources nécessaires pour en assurer un bon fonctionnement ;
- La priorisation de la tenue des réunions de ces organes en vue de l'obtention de meilleurs résultats.

6.2.2 Modalités de suivi

Le suivi de la réalisation des objectifs de ce plan stratégique se fera selon les mécanismes suivants :

- La coordination consiste en une répartition harmonieuse des tâches de manière à en assurer une exécution efficace et efficiente. Elle permet d'éviter qu'une ou plusieurs personnes fassent la même chose en même temps et au même endroit et favorise une mise en œuvre plus efficace des activités du PSN-SRMNIA-NUT ;
- Le monitoring (suivi) consiste en une collecte systématique, une analyse régulière et une interprétation des données relatives à la mise en œuvre des activités, permettant d'évaluer les progrès et d'ajuster les stratégies.
- La supervision est un processus continu consistant à guider, former, soutenir et encourager les initiatives du personnel sur le site de travail de sorte qu'il puisse l'exécuter avec efficacité et conformément aux directives ;
- Les supervisions conjointes : les supervisions conjointes réunissent le plus souvent les équipes du MINSANTE et leurs partenaires pour suivre ensemble la mise en œuvre des activités sur le terrain et évaluer les progrès réalisés ;
- L'inspection vise à s'assurer du respect des normes et du contrôle interne de l'exécution ;
- Le contrôle consiste à comparer les résultats et les attentes, à analyser les ressources utilisées et au besoin à prendre les mesures correctrices nécessaires pour l'atteinte des résultats attendus.



6.2.3 Modalités de l'évaluation

L'évaluation est la vérification du degré d'atteinte des objectifs fixés par rapport aux ressources disponibles, tout en portant un jugement de valeur sur le degré de réalisation des objectifs. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale sont prévues pour ce plan.

La structure responsable du S/E à chaque niveau du système sanitaire aura pour mission de :

- Faire un suivi quotidien de la mise en œuvre du plan ;
- Veiller au respect du calendrier des activités de suivi et évaluation du plan ;
- Collecter les données intermédiaires sur la mise en œuvre du plan afin d'alimenter les différentes réunions du niveau supérieur ;
- Participer aux activités de suivi et d'évaluation du plan ;
- Réaliser la revue annuelle et à mi-parcours des indicateurs ;
- Veiller à la diffusion des différents rapports de suivi et d'évaluation produits par le Ministère de la Santé Publique.

Les modalités de suivi-évaluation du PSN-SRMNIA-NUT sont regroupées selon le niveau de la pyramide sanitaire.

PRINCIPALES MODALITES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION PAR NIVEAU DU SYSTEME DE SANTE				
Niveau central				
Activités	Modalité	Périodicité	Éléments à suivre	Responsable
Assemblée générale du Fond de Solidarité pour la Santé	Suivi	Semestrielle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	MSP
Réunion MSP/PTF	Suivi	Trimestrielle	Fait le suivi du respect des engagements des PTF dans le PSN-SRMNIA-NUT et coordonne les interventions des PTF et du MSP	MSP/DCOOP/PLMNI
Comité suivi technique de la mise en œuvre du PSN-SRMNIA-Nut / Revue annuelle conjointe	Suivi	Annuelle	Suivi des indicateurs: Tableau de bord sectoriel et orientations du futur pour le PSN-SRMNIA-Nut en cours	SG/DSF/PLMNI
Supervisions conjointes de terrain	Suivi	Trimestrielle	Intrants, processus, extrants, effet , impact(s)	DSF/PLMNI/PTF
Inspection/Contrôle	Suivi	Semestrielle et à la demande	S'assurer du respect des normes, approuver ou désapprouver les résultats sur la base des ressources allouées	IG
Réunion technique DSF/PTF locaux et autres réunions cluster santé	Suivi	Selon besoins	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	SG/DSF
Supervision formative	Suivi	Trimestrielle	Renforcement des capacités sur la base des instructions données aux services	DSF/PLMNI/PTF



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Evaluation à mi-parcours du PSN-SRMNIA-Nut	Evaluation	Après 3 ans	Intrants, processus, produits, effets	SG/DSF/PLM NI
Evaluation finale du PSN-SRMNIA-Nut	Evaluation	A la fin du PSN-SRMNIA-Nut	Intrants, processus, produits, effets, impact(s)	MSP/SG
Niveau intermédiaire				
Assemblée générale du FRPS	Suivi	Semestrielle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats de la période	Gouverneur/DRSP
Réunion de coordination de la DRSP/PTF locaux et autres acteurs du secteur santé	Suivi	Trimestrielle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	DRSP/PTF
Supervision formative	Suivi	Trimestrielle	Renforcement des capacités sur la base des instructions données aux services	DRSP/PTF
Evaluation à mi-parcours du PSN-SRMNIA-Nut	Evaluation	Après 3 ans	Intrants, processus, produits, effets impacts	DRSP/PTF
Evaluation finale du PSN-SRMNIA-Nut	Evaluation	A la fin du PSN-SRMNIA-Nut	Intrants, processus, produits, effets, impact(s)	DRSP/PTF
Inspection/Contrôle	Suivi	Semestrielle et à la demande	S'assurer du respect des normes, approuver ou désapprouver les résultats sur la base des ressources allouées	DRSP/PTF
Réunion d'audit des décès SRMNIA-Nut	Suivi	Semestrielle et à la demande	Revue des décès et proposition des mesures de correction.	DRSP/PTF
Niveau du district de santé				
Assemblée générale du COSADI	Suivi	Trimestrielle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	Le Maire/Directeur du district
Réunion de coordination de l'aire de santé	Suivi	Mensuelle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	Chef du district/PTF
Réunion de revue des données SRMNIA-Nut de l'aire santé	Suivi	Mensuelle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	Chef du district
Supervision formative	Suivi	Mensuelle	Renforcement des capacités sur la base des instructions données aux services	ECD ver CS et CS vers communauté,
Inspection/Contrôle	Suivi	Trimestrielle et à la demande	S'assurer du respect des normes, approuver ou désapprouver les résultats sur la base des ressources allouées	ECD/PTF
Réunion d'audit des décès SRMNIA-Nut	Suivi	Trimestrielle et à la demande	Revue des décès et proposition des mesures de correction.	Chef du district





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

Principales modalités de Suivi et d'évaluation du niveau aire de santé/FOSA				
Assemblée générale du COSA	Suivi	Trimestrielle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	Le Maire/Directeur du district
Réunion de coordination de l'aire de santé	Suivi	Mensuelle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	Chef du Centre/PTF
Réunion de revue des données SRMNIA-Nut de l'aire santé	Suivi	Mensuelle	Suivi de la mise en œuvre et des résultats sur la période	Chef du Centre/PTF
Supervision formative	Suivi	Mensuelle	Renforcement des capacités sur la base des instructions données aux services	Chef du Centre vers communauté,
Réunion d'audit des décès SRMNIA-Nut	Suivi	Mensuelle et à la demande	Revue des décès et proposition des mesures de correction.	Chef de centre de santé.

7 BUDGET

L'estimation du budget du PSN SRMNIA-Nut s'est appuyée sur la détermination des types d'activités opérationnelles et sur l'estimation des coûts unitaires pour chaque type d'activité opérationnelle programmée. Les coûts des activités mises en œuvre par le Ministère de la santé et les Partenaires techniques et financiers ont été utilisés pour les estimations des dépenses. Pour chaque intervention stratégique, les types d'activités nécessaires à mettre en œuvre ont été identifiés et estimés. Ces types d'activités sont : les réunions techniques, les ateliers techniques, les formations, les missions, les voyages d'étude, les campagnes de sensibilisation et de dépistage, les cérémonies, les productions et diffusions de documents, l'acquisition de matériel informatique, les dépenses de communication, le matériel roulant y compris le carburant et l'entretien, les études et enquêtes, les indemnités/salaires, les frais de fonctionnement et d'investissement.

Sur sa période de mise en œuvre de 07 ans allant de 2024 à 2030, le budget global du PSN SRMNIA-Nut s'élève ainsi à un montant global de 308 553 666 milliards de FCFA. La majeure partie de ce budget est allouée au renforcement de la couverture des interventions à haut-impact pour les bénéficiaires directs du plan, soit 58%, tandis que 40% du budget sont consacrés au renforcement des piliers du système de santé et 2% à sa résilience face aux urgences de santé publique qui pourraient survenir.



Tableau 17 : Répartition du budget par axe stratégique et par année d'exécution

AXE STRATEGIQUE	2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	MONTANT	%
1) Extension de la couverture des interventions à haut impact pour la réduction de la morbi-mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés	17.896.111.484	19.685.722.633	21.475.333.781	23.264.944.930	28.633.778.375	32.213.000.672	35.792.222.969	178.961.114.844	58
2) Renforcement des piliers du système de santé pour la création d'un environnement favorisant l'atteinte de l'impact de la SRMNIA-Nut	12.342.145.851	13.576.360.436	14.810.575.022	16.044.789.607	19.747.433.362	22.215.862.532	24.684.291.703	123.421.458.513	40
3) Mise en place de mécanismes efficaces pour l'accompagnement de la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-Nut 2024-2030	617.107.293	678.818.022	740.528.751	802.239.480	987.371.668	1.110.793.127	1.234.214.585	6.171.072.926	2
TOTAL	30.855.364.628	33.940.901.091	37.026.437.554	40.111.974.017	49.368.583.405	55.539.656.331	61.710.729.257	308.553.646.283	100

Tableau 18 : Répartition du budget par Objectif Stratégique et par année d'exécution

	2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	MONTANT
AXE STRATEGIQUE 1 : Extension de la couverture des interventions à haut impact pour la réduction de la morbi-mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés								
1.1. Objectif stratégique 1 : d'ici à 2030, améliorer la couverture des interventions SRMNIA-Nut à haut impact pour la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme et la femme y compris les sujets âgés	16.106.500.336	17.717.150.370	19.327.800.403	20.938.450.437	25.770.400.538	28.991.700.605	32.213.000.672	161.065.003.359
1.2. Objectif stratégique 2 : d'ici à 2030, contribuer à la réduction des pratiques néfastes chez les adolescents, les femmes et les hommes (Violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines et mariages d'enfants)	1.789.611.148	1.968.572.263	2.147.533.378	2.326.494.493	2.863.377.838	3.221.300.067	3.579.222.297	17.896.111.484
TOTAL AXE STRATEGIQUE 1	17.896.111.484	19.685.722.633	21.475.333.781	23.264.944.930	28.633.778.375	32.213.000.672	35.792.222.969	178.961.114.844
AXE STRATEGIQUE 2 : Renforcement des piliers du système de santé pour la création d'un environnement favorisant l'atteinte de l'impact de la								
2.1. Objectif stratégique 1 : d'ici à 2030, améliorer la disponibilité des services de SRMNIA-Nut de qualité	7.405.287.511	8.145.816.262	8.886.345.013	9.626.873.764	11.848.460.017	13.329.517.519	14.810.575.022	74.052.875.108
2.2. Objectif stratégique 2 : d'ici à 2030, améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services SRMNIA-Nut	4.936.858.341	5.430.544.175	5.924.230.009	6.417.915.843	7.898.973.345	8.886.345.013	9.873.716.681	49.368.583.405
TOTAL AXE STRATEGIQUE 2	12.342.145.851	13.576.360.436	14.810.575.022	16.044.789.607	19.747.433.362	22.215.862.532	24.684.291.703	123.421.458.513
AXE STRATEGIQUE 3 : Mise en place de mécanismes efficaces pour l'accompagnement de la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-Nut 2024-								
3.1. Objectif stratégique 1: D'ici à 2030, renforcer la gouvernance du système de santé pour la SRMNIA-Nut	246.842.917	271.527.209	296.211.500	320.895.792	394.948.667	444.317.251	493.685.834	2.468.429.170
3.2. Objectif stratégique 2: D'ici à 2030, renforcer le pilotage stratégique de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique SRMNIA-Nut	246.842.917	271.527.209	296.211.500	320.895.792	394.948.667	444.317.251	493.685.834	2.468.429.170
3.3. Objectif stratégique 3: D'ici à 2030, renforcer la résilience du système de santé face aux risques d'urgences de santé publique en vue d'améliorer de la délivrance des services de santé de la reproduction	123.421.459	135.763.604	148.105.750	160.447.896	197.474.334	222.158.625	246.842.917	1.234.214.585
TOTAL AXE STRATEGIQUE 3	617.107.293	678.818.022	740.528.751	802.239.480	987.371.668	1.110.793.127	1.234.214.585	6.171.072.926
TOTAL GENERAL	30.855.364.628	33.940.901.091	37.026.437.554	40.111.974.017	49.368.583.405	55.539.656.331	61.710.729.257	308.553.646.283

Tableau 19 : Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 1 et par cibles bénéficiaires

OBJECTIF SPECIFIQUE	CIBLE	2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	MONTANT
AXE STRATEGIQUE 1 : Extension de la couverture des interventions à haut impact pour la réduction de la morbi-mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés									
1.1. Objectif stratégique 1 : d'ici à 2030, améliorer la couverture des interventions SRM/IA-Nut à haut impact pour la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme et la femme y compris les sujets âgés									
1.1.1. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPN de qualité de 80% ;	MERE	16.106.500.336	17.717.150.370	19.327.800.403	20.938.450.437	25.770.400.538	28.991.700.605	32.213.000.672	161.065.003.359
1.1.2. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPoN de qualité de 80% ;	MERE	805.325.017	885.857.518	966.390.020	1.046.922.522	1.288.520.027	1.449.585.030	1.610.650.034	8.053.250.168
1.1.3. D'ici à 2030, atteindre une couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié de 80% ;	MERE	805.325.017	885.857.518	966.390.020	1.046.922.522	1.288.520.027	1.449.585.030	1.610.650.034	8.053.250.168
1.1.4. D'ici à 2030, augmenter la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer ;	MERE	2.415.975.050	2.657.572.555	2.899.170.060	3.140.767.566	3.865.560.081	4.348.755.091	4.831.950.101	24.159.750.504
1.1.5. D'ici à 2030, réduire la prévalence et les complications des fistules obstétricales ;	MERE	402.662.508	442.928.759	483.195.010	523.461.261	644.260.013	724.792.515	805.325.017	4.026.625.084
1.1.6. D'ici à 2030, améliorer la prévention et la PEC des IST/HépatitesVIH chez les femmes ;	MERE	2.415.975.050	2.657.572.555	2.899.170.060	3.140.767.566	3.865.560.081	4.348.755.091	4.831.950.101	24.159.750.504
1.1.7. D'ici à 2030, contribuer à la réduction de l'incidence cancer du sein et du col de l'utérus ;	MERE	402.662.508	442.928.759	483.195.010	523.461.261	644.260.013	724.792.515	805.325.017	4.026.625.084
TOTAL CIBLE MERE		805.325.017	885.857.518	966.390.020	1.046.922.522	1.288.520.027	1.449.585.030	1.610.650.034	8.053.250.168
		8.053.250.168	8.858.575.185	9.663.900.202	10.469.225.218	12.885.200.269	14.495.850.302	16.106.500.336	80.532.501.680

OBJECTIF SPECIFIQUE	CIBLE	2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	MONTANT
AXE STRATEGIQUE 1 : Extension de la couverture des interventions à haut impact pour la réduction de la morbi-mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés									
1.1. Objectif stratégique 1 : d'ici à 2030, améliorer la couverture des interventions SRM/IA-Nut à haut impact pour la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme et la femme y compris les sujets âgés									
1.1.1. D'ici à 2030, améliorer la qualité de la prise en charge du nouveau-né ;	NOUVEAU-NE	16.106.500.336	17.717.150.370	19.327.800.403	20.938.450.437	25.770.400.538	28.991.700.605	32.213.000.672	161.065.003.359
1.1.2. D'ici à 2030, améliorer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME);	NOUVEAU-NE	2.254.910.047	2.480.401.052	2.705.892.056	2.931.383.061	3.607.856.075	4.058.838.085	4.509.820.094	22.549.100.470
1.1.3. D'ici à 2030, réduire l'incidence du tétanos néonatal.	NOUVEAU-NE	483.195.010	531.514.511	579.834.012	628.153.513	773.112.016	869.751.018	966.390.020	4.831.950.101
TOTAL CIBLE NOUVEAU-NE		3.221.300.067	3.543.430.074	3.865.560.081	4.187.690.087	5.154.080.108	5.798.340.121	6.442.600.134	32.213.000.672
1.1.1. D'ici à 2030, assurer une croissance saine de l'enfant	ENFANT	628.153.513	690.968.864	753.784.216	816.599.567	1.005.045.621	1.130.676.324	1.256.307.026	6.281.535.131
1.1.2. D'ici à 2030, renforcer la prise en charge de l'enfant selon l'approche PCIMNE (FOSA et communautés) dans au moins 80% des DS ;	ENFANT	1.465.691.531	1.612.260.684	1.758.829.837	1.905.398.990	2.345.106.449	2.638.244.755	2.931.383.061	14.656.915.306
TOTAL CIBLE ENFANT		2.093.845.044	2.303.229.548	2.512.614.052	2.721.998.557	3.350.152.070	3.768.921.079	4.187.690.087	20.938.450.437
1.1.1. D'ici à 2030, réduire l'incidence/prévalence des comportements sexuels à risque chez les adolescents/femmes ;	ADOLESCENTES	112.745.502	124.020.053	135.294.603	146.569.153	180.392.804	202.941.904	225.491.005	1.127.455.024
1.1.2. D'ici à 2030, assurer la prévention et la prise en charge des IST/VIH chez les adolescentes et jeunes ;	ADOLESCENTES	563.727.512	620.100.263	676.473.014	732.845.765	901.964.019	1.014.709.521	1.127.455.024	5.637.275.118
1.1.3. D'ici à 2030, promouvoir les Services de Santé Adaptés aux Adolescents et Jeunes (SSAAJ) ;	ADOLESCENTES	225.491.005	248.040.105	270.589.206	293.138.306	360.785.608	405.883.808	450.982.009	2.254.910.047
1.1.4. D'ici à 2030, améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes/jeunes.	ADOLESCENTES	225.491.005	248.040.105	270.589.206	293.138.306	360.785.608	405.883.808	450.982.009	2.254.910.047
TOTAL CIBLE ADOLESCENTE/JEUNE		1.127.455.024	1.240.200.526	1.352.946.028	1.465.691.531	1.803.928.038	2.029.419.042	2.254.910.047	11.274.550.235
1.1.1. D'ici à 2030, contribuer à la réduction de l'incidence cancer du sein et du col de l'utérus ;	FEMMES AGEES	193.278.004	212.605.804	231.933.605	251.261.405	309.244.806	347.900.407	386.556.008	1.932.780.040
1.1.2. D'ici à 2030, assurer la prise en charge des dysfonctionnements sexuels et des perturbations de la ménopause ;	FEMMES AGEES	386.556.008	425.211.609	463.867.210	502.522.810	618.489.613	695.800.815	773.112.016	3.865.560.081
1.1.3. D'ici à 2030, assurer la prise en charge de l'infertilité chez la femme.	FEMMES AGEES	386.556.008	425.211.609	463.867.210	502.522.810	618.489.613	695.800.815	773.112.016	3.865.560.081
TOTAL CIBLE FEMME AGEES		966.390.020	1.063.029.022	1.159.668.024	1.256.307.026	1.546.224.032	1.739.502.036	1.932.780.040	9.663.900.202
1.1.1. D'ici à 2030, rendre disponible les paquets de service SR adaptés aux spécificités des hommes ;	HOMMES AGES	322.130.007	354.343.007	386.556.008	418.769.009	515.408.011	579.834.012	644.260.013	3.221.300.067
1.1.2. D'ici à 2030, assurer la prise en charge des IST/VIH, des dysfonctionnements sexuels, et des cancers des voies génito-urinaires.	HOMMES AGES	322.130.007	354.343.007	386.556.008	418.769.009	515.408.011	579.834.012	644.260.013	3.221.300.067
TOTAL CIBLE HOMMES AGES		644.260.013	708.686.015	773.112.016	837.538.017	1.030.816.022	1.159.668.024	1.288.520.027	6.442.600.134

Tableau 20 : Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 1 , Objectif stratégique N° 2

OBJECTIF SPECIFIQUE	CIBLE	2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	MONTANT
AXE STRATEGIQUE 1 : Extension de la couverture des interventions à haut impact pour la réduction de la morbi-mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés									
1.2. Objectif stratégique 2 : d'ici à 2030, contribuer à la réduction des pratiques néfastes chez les adolescents, les femmes et les hommes (Violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines et mariages d'enfants)		1.789.611.148	1.968.572.263	2.147.533.378	2.326.494.493	2.863.377.838	3.221.300.067	3.579.222.230	17.896.111.484
1.2.1. D'ici à 2030 amener les communautés à adopter des attitudes favorables à la réduction des VBG et des PN ;		178.961.115	196.857.226	214.753.338	232.649.449	286.337.784	322.130.007	357.922.230	1.789.611.148
1.2.2. D'ici à 2030, rendre disponible les données probantes pour suivre l'ampleur du phénomène des VBG et des PN ;		178.961.115	196.857.226	214.753.338	232.649.449	286.337.784	322.130.007	357.922.230	1.789.611.148
1.2.3. D'ici à 2030 améliorer l'accès et l'utilisation des services de prise en charge médicale et psychologique des survivants des VBG et des victimes des PN ;		1.252.727.804	1.378.000.584	1.503.273.365	1.628.546.145	2.004.364.486	2.254.910.047	2.505.455.608	12.527.278.039
1.2.4. D'ici à 2030 renforcer la mise en application effective des dispositions du cadre institutionnel et juridique pour une abolition de l'impudicité en matière de VBG et PN ;		178.961.115	196.857.226	214.753.338	232.649.449	286.337.784	322.130.007	357.922.230	1.789.611.148
TOTAL AXE STRATEGIQUE 1									178.961.114.844

Tableau 21 ; Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 2, objectif stratégique 2

OBJETIF SPECIFIQUE	CIBLE	2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	MONTANT
AXE STRATEGIQUE 2 : Renforcement des piliers du système de santé pour la création d'un environnement favorisant l'atteinte de l'impact de la SRMNIA-Nut									
2.1. Objectif stratégique 1 : d'ici à 2030, améliorer la disponibilité des services de SRMNIA-Nut de qualité									
2.1.1. D'ici à 2030 renforcer l'offre infrastructurelle, logistique et en équipements SR de qualité pour les soins essentiels, secondaires et tertiaires de la SRMNIA-Nut.		7.405.287.511	8.145.816.262	8.886.345.013	9.626.873.764	11.848.460.017	13.329.517.519	14.810.575.022	74.052.875.108
2.1.2. D'ici à 2030 renforcer le Système d'Informations Sanitaires pour la SRMNIA-Nut ;		3.702.643.755	4.072.908.131	4.443.172.506	4.813.436.882	5.924.230.009	6.664.758.760	7.405.287.511	37.026.437.554
2.1.3. D'ici à 2030 assurer un financement durable de la SRMNIA-Nut par la mobilisation et l'utilisation efficiente des ressources nationales et extérieures ;		370.264.376	407.290.813	444.317.251	481.343.688	592.423.001	666.475.876	740.528.751	3.702.643.755
2.1.4. D'ici à 2030 réduire le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines qualifiées en SRMNIA-Nut ;		1.481.057.502	1.629.163.252	1.777.269.003	1.925.374.753	2.369.692.003	2.665.903.504	2.962.115.004	14.810.575.022
2.1.5. D'ici à 2030 améliorer la disponibilité des médicaments et produits essentiels (produits sanguins) de de qualité pour la SR ;		740.528.751	814.581.626	888.634.501	962.687.376	1.184.846.002	1.332.951.752	1.481.057.502	7.405.287.511
2.1.6. D'ici à 2030 renforcer les activités communautaires (ISDC).		740.528.751	814.581.626	888.634.501	962.687.376	1.184.846.002	1.332.951.752	1.481.057.502	7.405.287.511
2.2. Objectif stratégique 2 : d'ici à 2030, améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services SRMNIA-Nut									
2.2.1. D'ici à 2030, améliorer l'accessibilité financière équitable des cibles aux soins et services de la SR ;		4.936.858.341	5.430.544.175	5.924.230.009	6.417.915.843	7.898.973.345	8.886.345.013	9.873.716.681	49.368.583.405
2.2.2. D'ici à 2030, réduire les barrières culturelles et géographiques aux services et soins de SRMNIA-Nut.		3.949.486.672	4.344.435.340	4.739.384.007	5.134.332.674	6.319.178.676	7.109.076.010	7.898.973.345	39.494.866.724
TOTAL AXE STRATEGIQUE 2		987.371.668	1.086.108.835	1.184.846.002	1.283.583.169	1.579.794.669	1.777.269.003	1.974.743.336	123.421.458.513



Tableau 22 ; Répartition du budget par objectifs spécifiques de l'axe stratégique N° 3, objectif stratégique 3

OBJECTIF SPECIFIQUE	CIBLE	2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	MONTANT
AXE STRATEGIQUE 3 : Mise en place de mécanismes efficaces pour l'accompagnement de la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-Nut 2024-2030									
3.1. Objectif stratégique 1: D'ici à 2030, renforcer la gouvernance du système de santé pour la SRMNIA-Nut									
3.1.1. D'ici à 2030 renforcer la communication pour la mobilisation autour des problématiques de la SRMNIA-Nut au Cameroun ;		246.842.917	271.527.209	296.211.500	320.895.792	394.948.667	444.317.251	493.685.834	2.468.429.170
3.1.2. D'ici à 2030 renforcer les mesures politiques, juridiques et réglementaires en faveur de la SRMNIA-Nut;		12.342.146	13.576.360	14.810.575	16.044.790	19.747.433	22.215.863	24.684.292	123.421.459
3.1.3. D'ici à 2030 promouvoir l'enregistrement des actes d'état civil ;		12.342.146	13.576.360	14.810.575	16.044.790	19.747.433	22.215.863	24.684.292	123.421.459
3.1.4. D'ici à 2030 renforcer le Partenariat public-privé en faveur de la SR ;		12.342.146	13.576.360	14.810.575	16.044.790	19.747.433	22.215.863	24.684.292	123.421.459
3.1.5. D'ici à 2030 améliorer la Coordination Multisectorielle des acteurs de la SR ;		49.368.583	54.305.442	59.242.300	64.179.158	78.989.733	88.863.450	98.737.167	493.685.834
3.1.6. D'ici à 2030 améliorer les capacités managériales des gestionnaires des structures de SRMNIA-Nut ;		74.052.875	81.458.163	88.863.450	96.268.738	118.484.600	133.295.175	148.105.750	740.528.751
3.1.7. D'ici à 2030 promouvoir l'assurance de la qualité des services de SR ;		24.684.292	27.152.721	29.621.150	32.089.579	39.494.867	44.431.725	49.368.583	246.842.917
3.1.8. D'ici à 2030 promouvoir la Recherche fondamentale et opérationnelle dans le domaine de la SRMNIA-Nut au Cameroun.		49.368.583	54.305.442	59.242.300	64.179.158	78.989.733	88.863.450	98.737.167	493.685.834
3.2. Objectif stratégique 2: D'ici à 2030, renforcer le pilotage stratégique de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique SRMNIA-Nut									
3.2.1. D'ici à 2030 renforcer le Cadre de mise en œuvre et Matérialiser le rôle des acteurs ;		37.026.438	40.729.081	44.431.725	48.134.369	59.242.300	66.647.588	74.052.875	370.264.376
3.2.2. D'ici à 2030 renforcer l'adhésion et l'appropriation des parties prenantes sur la mise en œuvre du Plan ;		37.026.438	40.729.081	44.431.725	48.134.369	59.242.300	66.647.588	74.052.875	370.264.376
3.2.3. D'ici à 2030 a D'ici à 2030 assurer la Supervision, le Suivi et l'Evaluation de la mise en œuvre du Plan.		172.790.042	190.069.046	207.348.050	224.627.054	276.464.067	311.022.075	345.580.084	1.727.900.419
3.3. Objectif stratégique 3: D'ici à 2030, renforcer la résilience du système de santé face aux risques d'urgence de santé publique en vue d'améliorer de la délivrance des services de santé de la reproduction									
3.3.1. D'ici à 2030, assurer la mise en œuvre des interventions SRMNIA essentielles en situation d'urgence de santé publique.		123.421.459	135.763.604	148.105.750	160.447.896	197.474.334	222.158.625	246.842.917	1.234.214.585
		123.421.459	135.763.604	148.105.750	160.447.896	197.474.334	222.158.625	246.842.917	1.234.214.585
TOTAL AXE STRATEGIQUE 3									6.171.072.926





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

8 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. New York : United Nations, 2015
- 2) Countdown to 2015. Fulfilling the health agenda for women and children. The 2014 report. Geneva and New York : WHO and UNICEF, 2014
- 3) Objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport 2015. New York, Organisation des Nations Unies, 2015.
- 4) Trends in Maternal Mortality 2000-2020. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division
- 5) UNICEF:<https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>
- 6) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-older-adolescent-\(15-to-19-years\)-and-young-adult-\(20-to-24-years\)-mortality](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-older-adolescent-(15-to-19-years)-and-young-adult-(20-to-24-years)-mortality)
- 7) Stratégie de santé reproductive du CDC Afrique. Plan de mise en œuvre 2022-2026.
- 8) STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE, 2020-2030, page 22
- 9) <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.UEM.INTM.ZS?locations=CM>
- 10) <https://li.com/>
- 11) Bulletin épidémiologique VIH N°9 final1.pdf
- 12) Pourquoi investir dans la santé de la reproduction au Cameroun (avec l'appui de l'UNFPA, Cameroun), 2012.
- 13) Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness. Sexual and reproductive health. WHO Updates 2015
- 14) Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2021-2025.
- 15) L'étude sur la disponibilité des contraceptifs et des produits vitaux de santé maternelle dans les points de prestations de services au Cameroun faite en 2020 par l'UNFPA
- 16) Evaluation du PS/SRMNI 2014-2020
- 17) Rapport de l'évaluation du plan stratégique de la santé des adolescent(e)s et des jeunes au Cameroun 2015-2020
- 18) <https://actucameroun.com/2022/04/05/fecondation-in-vitro-300-bebes-nes-au-chracerh-en-six-ans/>
- 19) Rapport sur les meilleures pratiques et les mesures concrètes visant à garantir l'accès à l'enregistrement des naissances, ANAPRODH, https://www.google.com/search?q=Enregistrement+universel+des+naissances+au+Cameroun&client=firefox-b-d&ei=Q2qVZJ_LLt6nkUP3M-AkAk&ved=0ahUKEwjf0Gijtn_AhXeU6QEhDwnAJIQ4dUDCA8&uact=5&oq=Enregistrement+universel+des+naissances+au+Cameroun&gs_lcp=Cgxn3Mtd2l6LXNlcnAQAzIFCAAQogYBQgAEKIEOgQIABBH0gYIABAHEB5KBAhBGABQsQ5YxSlglzloAHACeACAAfMBiAGyEJIBBjAuMTEuMpgBAKABAAABAsABAcgBCA&scient=gws-wiz-serp#ip=1





Plan Stratégique National SRMNI-Nut 2024-2030

- 20) Réduire la mortalité maternelle au Cameroun. Stratégie de pré-positionnement des « kits obstétricaux », Dr Dominique LANDREAU, MINSANTE, 2013.
- 21) Gérard AMOUGOU et Victorine OYANE, « Le programme de chèque Santé appliqué dans les régions du septentrion camerounais. Entre vision globale et logiques locales », Face à face [En ligne], 16 | 2020, mis en ligne le 11 octobre 2020, consulté le 21 juin 2023. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/1758>
- 22) Contribution du PBF à l'évolution des indicateurs SRMNEA. Rapport d'analyse des données issues du portail PBF volet santé mère, enfant et adolescent. DSF/MINSANTE, 2021.
- 23) Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 pour la transformation structurelle et le développement inclusif, (SND-30), MINEPAT, 2020.
- 24) Enquête Démographique et de santé, 2018.
- 25) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples de 2014, Cinquième génération de la MICS (Quatrième édition au Cameroun).
- 26) Stratégie Sectorielle la Santé 2020-2030, MINSANTE.
- 27) Stratégie sectorielle de la Santé 2016-2027, MINSANTE.
- 28) Plan National de Développement Sanitaire, 2021-2025, MINSANTE.
- 29) Comptes Nationaux de la Santé, MINSANTE, 2011.
- 30) Comptes Nationaux de la Santé, MINSANTE, 2022.
- 31) Plan opérationnel de planification familiale au Cameroun - 2015--2020
- 32) Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle Néonatale et Infantile PSN/SRMNI - Cameroun - 2014 - 2020
- 33) Plan stratégique national de la santé des adolescent(e)s et des jeunes au Cameroun (2015 - 2019).
- 34) Plan stratégique 2014-2020 : Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun
- 35) Plan Opérationnel National Santé Nouveau-né Cameroun 2016-2018
- 36) Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au cameroun, 2017-2020
- 37) Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa), 2020 - 2024
- 38) Evaluation du plan opérationnel de planification familiale au Cameroun, 2015-2020
- 39) Evaluation du plan stratégique national de la santé de reproduction, maternelle, néonatale et infantile (PSN/SRMNI) Cameroun 2014 - 2020
- 40) Evaluation du plan stratégique national de la santé des adolescent(e)s et des jeunes au Cameroun (2015 - 2019).
- 41) Evaluation du plan stratégique de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile 2014-2020





Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

- 42) Evaluation du Plan Opérationnel National Santé Nouveau-né Cameroun 2016-2018
- 43) Rapport final de l'évaluation à mi-parcours du dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2017-2020
- 44) Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre au Cameroun, MINPROFF, 2021-2026.
- 45) Plan d'action national multisectoriel budgétisé pour l'abandon du mariage d'enfant au Cameroun, 2020-2024, UNICEF et MINPROFF
- 46) Plan d'action national pour l'élimination des mutilations génitales féminines au Cameroun, 2022-2026, MINPROFF
- 47) Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS), Banque Mondiale et Ministère de la Santé, 2012.
- 48) La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030.
- 49) Stratégie de santé reproductive du CDC Afrique. Plan de mise en œuvre 2016-2030.



9 ANNEXES

9.1 ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1.1. : d'ici à 2030, améliorer la couverture des interventions SRMNA-Nut à haut impact pour la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme et la femme y compris les sujets âgés

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030
Cible mère/femme en âge de procréer									
1.1.1. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPN de qualité chez 95% des FEC attendues	Renforcer les capacités des prestataires de soins en CPN selon les directives nationales	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer le suivi des femmes enceintes par les ASCp en communauté et leur orientation vers les FOSAS	DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les actions de communication pour le changement social et comportemental auprès des populations en faveur de la CPN	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, CTD, OSC, leaders communautaires	X	X	X	X	X	X	X
1.1.2. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPoN de qualité pour 80% des accouchements attendus	Renforcer les actions de communication pour le changement social et comportemental auprès des femmes, hommes, familles et de la communauté sur l'intérêt de la Consultation Postnatale	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, CTD, OSC, leaders communautaires	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des prestataires de soins en CPoN	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X
1.1.3. D'ici à 2030, atteindre une couverture de	Renforcer la qualité des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) et d'urgence (SONEU) (SONU) dans les FOSAS publiques et privées	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE									
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030			
80% des accouchements réalisés dans une FOSA	Renforcer la mise en œuvre du monitoring SONU											
	Étendre la cartographie nationale SONU		X					X				X
	Renforcer la stratégie des motos ambulances pour le transfert rapide des femmes présentant des complications de l'accouchement PM	DSF, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer le mentoring en santé maternelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer le système de référence et de contre-référence des patientes	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, CTD, OSC, leaders communautaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les actions de communication pour le changement social et comportemental auprès des populations sur les avantages des accouchements réalisés dans les FOSA, par un personnel de santé qualifié	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, CTD, OSC, leaders communautaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer la disponibilité des produits sanguins labiles	Comité National des Transfusions sanguines (CNTS), DSF, DPML, PLMI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Motiver les accoucheuses traditionnelles pour l'orientation des femmes enceintes vers les FOSA	DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Rendre disponible les intrants de PF au dernier kilomètre	DSF, PLMI, CENAME, FRPS, FOSA, PTF, CTN-CSU	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Améliorer la qualité de l'offre des services de PF pour les femmes particulièrement celles vivant avec un handicap, avec le VIH/Syphilis/Hépatite positives, ou porteuse de FD etc...	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, MINJEC, MINESUP, MINAS, MINPROFF, MINESEC, CTD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.4. D'ici à 2030, atteindre une prévalence contraceptive de 35% chez les femmes en âge de procréer	Renforcer l'intégration des services de PF dans les USRA, Infirmierie	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, MINJEC, MINESUP, MINAS, MINESEC, CTD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE									
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030			
	scolaire, CMS, les structures de PEC du VIH, les structures du secteur privé, les confessionnels etc...											
	Renforcer la PF communautaire (Mettre en œuvre un plan d'engagement communautaire en faveur de la PF)	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, CTD, OSC, leaders communautaires, PTF	x	x	x	x	x	x				x
	Renforcer l'implication des CTD dans les interventions de PF	DSF, PLMI, DRSP, DS, DOSTS, DPML, FOSA, MINDEL PTF	x	x	x	x	x	x				x
	Promouvoir l'approche auto soins / auto injection en communauté du DMPA-SC	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF, ASCp	x	x	x	x	x	x				x
	Développer les mécanismes de financement pour améliorer la prévention, la prise en charge et la réinsertion sociale des femmes porteuses de FO	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, CTD, OSC, MINPROFF, MINASS, leaders communautaires	x	x	x	x	x	x				x
	Renforcer la qualité de la prévention, de prise en charge et la réinsertion socio-professionnelle des femmes porteuses de FO	DSF, PLMI, MINPROFF, MINAS, DRSP, DS, FOSA, PTF	x	x	x	x	x	x				x
	Organiser les campagnes de réparation des Fistules Obstétricales dans les districts de santé ciblés	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF, CTN-CSU	x	x	x	x	x	x				x
	Elaborer le plan opérationnel pour la prise en charge et la prévention des FO	DSF, PLMI, MINPROFF, MINAS, DRSP, DS, FOSA, PTF, ASCp	x	x	x	x	x	x				x
	Renforcer l'implication des hommes dans les interventions de la SSR	DSF, PLMI, MINPROFF, MINASS, DRSP, DS, FOSA, PTF, ASCp	x	x	x	x	x	x				x
	Renforcer la coordination et la collaboration entre les différentes parties prenantes intervenant dans la lutte contre les FO	DSF, PLMI, MINPROFF, MINAS, DRSP, DS, FOSA, PTF, COT, OSC, ASCp	x	x	x	x	x	x				x
	Étendre la cartographie des centres agréés de prise en charge des FO sur l'étendue du territoire national	DSF, PLMI, MINPROFF, MINAS, DRSP, DS, FOSA, PTF	x	x	x	x	x	x				x

1.1.5. D'ici à 2030, accroître le taux de dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales dans 80% des DS ciblés

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030
1.1.6. D'ici à 2030, améliorer la prévention et la PEC des IST/Hépatites/VIH chez les femmes en âge de procréer dans au moins 80% des DS	Renforcer l'offre de sensibilisation et de prévention des IST/ Hépatites/VIH et cancer du col selon l'approche de Communication pour le Changement Social et comportemental(CCSC)	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF, DPML, DOSTS, DRDS, MINESEC, MINJUSTICE, MINAS, MINJEC	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des agents de santé communautaires (ASC) pour intensifier la sensibilisation, le dépistage et l'orientation vers les formations sanitaires de premier ordre (FOSA) en matière d'IST, d'hépatites et de VIH	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF, DPML, DOSTS, DRDS, MINESEC, MINJUSTICE, MINAS, MINJEC	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des FOSA pour le dépistage et la PEC des IST/Hépatites/VIH	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF, DPML, DOSTS, DRDS, MINESEC, MINJUSTICE, MINAS, MINJEC	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer l'offre de sensibilisation et de dépistage du VIH/IST/Hépatites auprès de toutes les cibles (prisons, universités et communauté) et selon l'approche CCSC	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF, DPML, DOSTS, DRDS, MINESEC, MINJUSTICE, MINAS, MINJEC	X	X	X	X	X	X	X
1.1.7. D'ici à 2030, accroître le dépistage et la prise en charge des cas du cancer du sein et du col de l'utérus dans au moins 30% des DS	Offrir en stratégie fixe et avancée le paquet de service portant sur la CCSC en vue de la lutte contre les IST/VIH/Hépatites	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF, DPML, DOSTS, DRDS, MINESEC, MINJUSTICE, MINAS, MINJEC	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des sages-femmes pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.	DPML, DOSTS, DRDS, MINESEC, MINJUSTICE, MINASS, MINJEC	X	X	X	X	X	X	X
1.1.7. D'ici à 2030, accroître le dépistage et la prise en charge des cas du cancer du sein et du col de l'utérus dans au moins 30% des DS	Renforcer les capacités des FOSA de catégories 1 et 2 pour le diagnostic et la PEC correcte des cas de cancers génitaux chez la femme.	MINSANTE, CNLCa, DOSTS, CTN-CSU DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des agents de santé communautaire pour le dépistage et la référence des cancers du sein et du col de l'utérus	DSF, DPML, DOSTS, DRDS, MINESEC, MINJUSTICE, MINASS, MINJEC, CLNca	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	
	Organiser des campagnes de sensibilisations sur la prévention du cancer du sein et du col de l'utérus Renforcer les capacités opérationnelles des laboratoires pour améliorer le diagnostic du cancer du sein et du col de l'utérus (Protocoles, SOP et équipements de diagnostic, équipements et autres intrants de prise en charge etc.)	CNLCa, DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Accroître les capacités des prestataires sur la prévention et la prise en charge de l'infertilité	DSF CNLCa, PLMI, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.8. D'ici à 2030, améliorer la prise en charge de l'infertilité chez la femme dans 100% des hôpitaux régionaux et centraux	Renforcer les services pour la prise en charge des pathologies sexuelles responsables d'infertilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Renforcer les capacités opérationnelles des laboratoires pour améliorer le diagnostic de l'infertilité dans les hôpitaux régionaux centraux et généraux (Protocoles, SOP et équipements de diagnostic et autres intrants de prise en charge etc.)	DSF, PLMI, DOSTS, DPS, DPML DSF, DPML CNLCa, LNSP, DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser des campagnes de sensibilisations sur la prévention de l'infertilité	DPS, CNLCa, DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF, DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.9. Améliorer d'au moins 50% l'état nutritionnel de la femme enceinte et allaitante reçues dans les FOSA	Renforcer le déparasitage et la supplémentation en FAF et micronutriments. Organiser des activités pour le CSC en faveur de la nutrition de la mère/de l'enfant dans le cadre des CPN/CPON	DPS, DSF, DIMEP DPS, DSF, DIMEP, FOSA, DSC, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	
	Renforcer la supplémentation en multiple micronutriments, en calcium, en aliment équilibré en énergie et protéine	DPS, DSF, DIMEP, DS	*	X	X	X	X	X	X	X
Cible Nouveau-né										
1.1.10. D'ici à 2030, s'assurer que 80% des FOSA ciblées à tous les niveaux offrent des soins et services de qualité au nouveau-né.	Renforcer les compétences des prestataires de soins sur les interventions à haut impact (Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN), réanimation du Nné, PEC du SIDA pédiatrique SMK, oxygénothérapie) sur site dans les services de maternité et les salles d'accouchements dans les FOSA ciblées	DSF, PLMI, DPS, DRSP, DS, OSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer le système de référence et de contre référence pour une meilleure PEC du Nné	DSF, PLMI, DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Effectuer des supervisions formatives des prestataires de Santé formés en Soins Néonataux	DSF, PLMI, DRSP, DS	X	X	X	X	X	X	X	X
	Institutionnalisation des 10 étapes pour la réussite de l'allaitement au sein dans les FOSA	DOSTS, DSF, CTN CSU, DRSP, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Doter les FOSA en matériel adéquat pour une meilleure prise en charge des NN (ballon+masque, extracteur d'oxygène, lunettes d'oxygène, poches kangourou...)	DOSTS, DSF, CTN CSU, DRSP, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des ASC sur les Soins Mère Kangourou (SMK), l'identification des cas de prématurité en communauté et l'orientation des	DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE									
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030			
	nouveaux-nés en communauté vers les FOSA											
	Faire un plaidoyer auprès des CTD pour leur implication dans la lutte contre les complications de la prématurité	DRSP, DS, CTN CSU	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Former les formateurs du niveau central, régional et des districts sur la SMK	DSF, DRSP, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser les campagnes de sensibilisation en direction des leaders communautaires, des leaders d'association socio-culturels et de corporation sur les causes et les complications de la prématurité	DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.11. D'ici à 2030, assurer la prévention de la transmission du VIH/Syphilis/Hépatite Virale B de la mère à l'enfant (PTY) chez 100% des femmes enceintes reçues en CPN	Étendre les bureaux de l'état civil dans les FOSA	MINATD, DRSP, DS, BUNEC, Agences régionales du BUNEC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des prestataires de soins en PTME VIH/Syphilis/Hépatite Virale B) dans les FOSAS	DSF, PLMI, DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.12. D'ici à 2030, s'assurer que 90% des FEC reçues en CPN ont été vaccinées contre le tétanos	Renforcer les capacités des ASCp pour la prévention de la transmission mère enfant, le dépistage, l'orientation et le suivi des femmes enceintes VIH+	DRSP, DS, FOSA, DOSTS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer le suivi de la vaccination antitétanique chez les femmes enceintes	DSF, PEV, PLMI, DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF, ASCp	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des prestataires de soins sur la prévention et le traitement du tétanos néonatal	DSF, PLMI, DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cible Enfant

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	
1.1.13. D'ici à 2030, assurer une couverture des interventions préventives à haut impact chez au moins 90% d'enfants reçus en consultation	Organiser les campagnes de sensibilisation (journées mondiales de commémorations telles que l'allaitement maternel, la prématurité etc...) et d'offre de service SRMNIA-Nut (SASNIM)	DSF, PLMI, DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des prestataires de soins sur la prise en charge de la malnutrition	DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promouvoir au niveau communautaire les pratiques familiales essentielles (PFE) au bénéfice des enfants	DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Former les ASCp sur l'identification et référencement vers les FOSA des cas de malnutrition	DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des acteurs des autres secteurs sur la prévention et la PEC des cas de la malnutrition chronique	DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer la qualité de la prise en charge globale des enfants, notamment ceux de 6 à 9 ans	DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les actions de Contrôle de prévention et Promotion de la Croissance de l'enfant sain (CPC)	DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Faire le plaidoyer auprès des autres secteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition chronique	DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X
	Etablir la cartographie des zones d'interventions prioritaires selon la mortalité infanto-juvénile	DSF, DRSP, PTF	X							
	Renforcer les campagnes de supplémentation en vit A et acide folique en milieu scolaire	DPS, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030
11.14. D'ici à 2030, renforcer la prise en charge de l'enfant selon l'approche PCIMNE (FOSA et communautés) dans au moins 80% des DS ciblés	Renforcer la sensibilisation des parents sur l'approche PCIMNE	PEV, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser des stratégies mobiles et avancées pour offrir la PCIMNE	PEV, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser les campagnes de vaccination	PEV, DRSP, DS, FOSA, PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser la recherche des perdus de vue en communauté	PEV, DRSP, DS, FOSA, PTF, ASGp	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités opérationnelles des prestataires des districts et des FDSA (actualisation des outils, approvisionnement en intrants, plateaux techniques)	DSF, DRSP, PTF	X	*					
Renforcer les capacités des prestataires des services de soin en FOSA et des ASCp en communauté (Utilisation de l'outil électronique ICATT)	DSF, DRSP, PTF		*				*	*	
Cible Adolescent(e)/jeune									
11.15. D'ici à 2030, réduire la prévalence des comportements sexuels à risque chez au moins 25% des adolescent (e)s/jeunes	Renforcer en milieu scolaire/universitaire/Extrascolaire, la formation sur l'Education Complète à la Sexualité (ECS)	MINSANTE/MINJEC/MINPROFF/MINESEC/MINESUP/MINAS	X	X	X	X	X	X	X
	Mobiliser toutes les parties prenantes (les parents des adolescent(e)s/jeunes, les enseignants, les éducateurs, les prestataires de santé, les responsables des ONG, les leaders des associations communautaires, les leaders de la communauté ainsi que les adolescent (e)s/jeunes eux-mêmes en tant qu'acteurs et	MINSANTE/MINJEC/MINESEC/MINESUP/MINAS/MINPROFF/DSC	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE									
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030			
1.1.16. D'ici à 2030, assurer la prévention et la prise en charge d'au moins 25% des cas d'IST/VIH chez les adolescent(e)s et jeunes	bénéficiaires etc) pour la promotion de l'IECS											
	Renforcer les capacités opérationnelles des FOSA et des structures d'encadrement des jeunes (CMPJ CPFF, GESD et OSC) pour la prise en charge des IST/VIH chez les adolescent(e)s/jeunes	MINSANTE/MINPROFF/MINJEC/MINAS/MINESUP/OSC	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	Organiser une campagne annuelle de vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus chez les adolescent(e)s	MINSANTE/MINPROFF/MINJEC/MINAS/MINESUP/OSC	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	Renforcer les capacités opérationnelles des FOSA et des structures d'encadrement des jeunes (CMPJ CPFF, GESD et OSC) pour la prise en charge des troubles de la sexualité chez les adolescent(e)s/jeunes	MINSANTE/MINPROFF/MINJEC/MINAS/MINESUP/OSC	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	Assurer le passage à échelle des unités de santé de reproduction des adolescent(e)s	MINSANTE/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/OSC	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	Appuyer le fonctionnement des infirmeries scolaires et Universitaires (équipement, RH, supervision etc.).	MINSANTE/MINESEC/MINESUP	x	x	x	x	x	x	x	x		x
1.1.17. D'ici à 2030, promouvoir les Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s et Jeunes (SSAAJ) dans 80% des Départements Administratif	Assurer l'éducation complète à la sexualité dans les USRA et autres points de prestation de service SRAJ	MINSANTE/MINESEC/MINEDUB/MINJEC/MINPROFF/MINAS/MINESUP/OSC	x	x	x	x	x	x	x		x	
	Renforcer les activités de CSC en matière de SRAJ	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/OSC	x	x	x	x	x	x	x		x	
	Renforcer l'offre de service SRAJ y compris les VBG dans les USRA et autres points de prestation de service SRA	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/OSC	x	x	x	x	x	x	x	x		x

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030	
	Renforcer la SRA dans les médias sociaux ainsi que la référence vers les FOSA et les points de prestation appropriés	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités opérationnelles des Centres des Jeunes pour assurer l'information sexuelle et l'éducation des adolescent(e)s/jeunes sur les comportements à risque, les conseils sur le suivi de la grossesse et la distribution des préservatifs et des ARV	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer la gestion de l'hygiène menstruelle (sensibilisation, renforcement des capacités du personnel, dotation en équipement et kits) dans les centres dédiés aux adolescents et jeunes	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.18. D'ici à 2030, améliorer la prévalence contraceptive moderne chez au moins 35% des adolescent(e)s/jeunes	Organiser des ateliers d'opérationnalisation des engagements de l'initiative FP2030	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
	Assurer la mise à disposition des produits contraceptifs jusqu'au dernier KM	MINSANTE/ PTF/DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des prestataires des services et soins de santé pour une offre de services de PF de qualité	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.19. Améliorer l'état nutritionnel d'au moins 50 % des adolescents et jeunes	Renforcer la CSC en matière de PF	MINSANTE/MINESEC/MINJEC/MINPROFF/MINESUP/MINAS/DSC	X	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser des activités pour le CSC en faveur de la nutrition des adolescents et des jeunes	DPS, DSF, FOSA, DSC, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030
Cible homme, femme et personne âgée									
1.1.20. Améliorer l'état nutritionnel d'au moins 50 % des hommes, femmes et personnes âgées reçus dans les FOSA	Organiser des activités pour le CSC en faveur de la nutrition des hommes et femmes et personnes âgées	DPS, DSF, FOSA, DSC, PTF	X	X	X	X	X	X	X
Cible femme/femme âgée									
1.1.21. D'ici à 2030, assurer une prise en charge appropriée des dysfonctionnements sexuels et des perturbations de la ménopause à au-moins 80% des femmes reçues dans les hôpitaux de districts et régionaux	Renforcer les capacités des agents de santé communautaires polyvalent pour le dépistage des cancers du sein et du col.	MINSANTE/MINPROFF/MINAS/DSC	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités opérationnelles des FOSA de catégories 1 et 2 pour une PEC correcte des cas de cancers génitaux chez la femme	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans toutes les FOSAS	MINSANTE (CNLCa, DOSTS, CTN- CSU DRSP, DS,	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser des campagnes de sensibilisations sur la prévention du cancer du sein et du col de l'utérus	MINSANTE (CNLCa, DSF, PLMI, DRSP, DS), PTF	X	X	X	X	X	X	X
1.1.22. D'ici à 2030, assurer une prise en charge appropriée de leur infertilité à au moins	Renforcer les capacités opérationnelles des laboratoires pour améliorer le diagnostic du cancer du sein et du col de l'utérus (Protocoles, SOP et équipements de diagnostic, équipements et autres intrants de prise en charge etc.)	MINSANTE (CNLCa, INSP, DSF, PLMI, DRSP, DS), PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Mobiliser et renforcer les capacités de la communauté, des OBC pour la reconnaissance des signes de dysfonctionnements sexuels et des perturbations de la ménopause	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030
80% des femmes reçues en consultation dans les hôpitaux de district et régionaux ciblés.	Renforcer les services de prise en charge des pathologies sexuelles dans les hôpitaux de district , les hôpitaux régionaux, centraux et généraux (documents techniques de PEC, matériels, intrants, équipements de prise en charge des cas etc...)	MINSANTE (CNLca, DOSTS, CTN-CSU DRSP, DS, DSF), PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Mobiliser et renforcer les capacités des prestataires des FDSA ciblées pour le diagnostic et la prise en charge des dysfonctionnements sexuels et des perturbations de la ménopause	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X
11.23. D'ici à 2030, assurer une prise en charge correcte d'au-moins 60% des cas de cancers génésiques chez les femmes dépistées dans les hôpitaux	Renforcer les services de prise en charge des cancers génésiques dans les hôpitaux de district , les hôpitaux régionaux, centraux et généraux.	MINSANTE (CNLca, LNSP, DSF, PLMI, DRSP, DS), PTF	X	X	X	X	X	X	X
Cible homme/hommes âgé									
11.24. D'ici à 2030, assurer une prise en charge correcte d'au-moins 50% des cas de dysfonctionnements sexuels ou d'IST/VIH chez les hommes reçus dans les structures de santé	Renforcer les capacités en GCSG des ASGp en faveur des hommes sur la santé de la reproduction ainsi que sur le dépistage des dysfonctionnements sexuels chez l'homme Renforcer les services d'accueil dans les FDSA pour informer et orienter les hommes vers les services adaptés à leurs troubles de la sexualité Offrir en stratégie fixes et avancée les paquets des services de SRM/IA-Nut (campagnes de sensibilisation et	MINSANTE/MINAS/MINDEF/DSC MINSANTE/MINAS MINSANTE(DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF)/MINAS	X	X	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Interventions	Responsable(s)	PERIODE DE MISE EN OEUVRE									
			2024	2025	2026	2027	2024	2029	2030			
	de prévention des IST/Hépatites/VIH)											
	Renforcer le paquet des soins et services communautaire des ASC pour le dépistage des IST/VIH	MINSANTE (DSF, PLMI, DRSP, DS), PTF	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Renforcer les capacités opérationnelles des FDSA pour le dépistage et la PEC des IST/VIH chez l'homme	MINSANTE (DSF, PLMI, DRSP, DS), PTF	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Assurer le conseil et le dépistage du VIH à toutes les cibles dans les prisons, dans les universités et en communauté	MINSANTE (DSF, PLMI, CNLS, DRSP, DS)/ MINAS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Offrir en stratégie fixes et avancée les campagnes de sensibilisation et de prévention des cancers génitaux	MINSANTE(DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF)/MINAS	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Renforcer le dépistage des cancers de la prostate chez l'homme dans toutes les FDSA	MINSANTE/MINAS	X	X	X	X	X	X	X	X		
1.1.25. D'ici à 2030, assurer la prise en charge selon les normes d'au moins 60% des cas de cancers génésiques dépistés chez les hommes reçus en consultation dans les hôpitaux des catégories 1 à 4.	Renforcer les capacités opérationnelles des laboratoires pour améliorer le diagnostic des cancers génitaux dans les hôpitaux régionaux centraux et généraux (Protocoles , SOP et équipements de diagnostic des cancers génitaux , équipements et autres intrants de prise en charge etc)	MINSANTE (CNLca, LNSP, DSF, PLMI, DRSP, DS), PTF	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Renforcer les services de prise en charge des cancers génitaux et des pathologies sexuelles dans les hôpitaux de district , les hôpitaux régionaux, centraux et généraux (documents techniques de PEC, matériels, équipements et intrants de prise en charge des cas de cancers génitaux etc)	MINSANTE (CNLca, DOSTS, CTN-CSU DRSP, DS), PTF	X	X	X	X	X	X	X	X		

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1.2. : D'ici à 2030, contribuer à la réduction des pratiques culturelles néfastes chez les adolescent(e)s, les femmes et les hommes (Violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines et mariages d'enfants)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1.2.1. D'ici à 2030, amener au moins 30% des groupes communautaires ciblés dans chaque district à adopter des attitudes favorables à la réduction des VBG et des PCN	<p>Renforcer les capacités communautaires des acteurs clefs identifiés dans les DS prioritaires ciblés dans le domaine de la lutte contre les VBG et les PN</p> <p>Renforcer le cadre juridique et de collaboration entre les acteurs clefs impliqués dans la lutte contre les VBG et les PN au niveau des CTD pour plus d'efficacité dans cette lutte</p> <p>Solliciter un appui financier dans les CTD pour l'organisation des réunions de coordination multisectorielles dans la lutte contre les VBG et les PN</p>	<p>MINSANTE, MINPROFF, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF, CTD, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF, CTD, PTF</p>	x	x	x	x	x	x	x
1.2.2. D'ici à 2030, rendre disponible les données probantes dans 80% des DS pour suivre l'ampleur du phénomène des VBG et des PN	<p>Mettre sur pied un système d'informations sur les VBG et les PN et promouvoir le partage de l'information notamment auprès des parties prenantes et des décideurs</p> <p>Renforcer la coordination et le fonctionnement des comités locaux de lutte contre les MGF</p>	<p>MINSANTE, MINPROFF, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF, CTD, PTF</p>	x	x	x	x	x	x	x
1.2.3. D'ici à 2030, améliorer l'accès et l'utilisation des services de prise en charge médicale et psychologique des survivants	<p>Renforcer la communication communautaire sur l'existence des services de prise en charge médicale et psychologique des VBG et PN</p> <p>Mettre en place à tous les niveaux des plateformes de collaboration entre les différentes parties prenantes (services juridiques, services sociaux, médicaux etc.) pour une PEC intégrée des VBG et des PN</p> <p>Renforcer les capacités des prestataires de soins sur la prise en charge médicale et psychologique des VBG et PN</p>	<p>MINSANTE, MINPROFF, CTD, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF, MINATO, MINJUSTICE, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF, PTF</p>	x	x	x	x	x	x	x

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
des VBG et des victimes des PN dans 60% des DS										
1.2.4. D'ici à 2030, renforcer la mise en application effective des dispositions du cadre institutionnel et juridique pour une abolition de l'impunité en matière de VBG et PN dans 60% des départements.	<p>Mener des plaidoyers auprès des décideurs/autorités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour la mise en application des mesures répressives contre les auteurs de pratiques culturelles néfastes</p> <p>Eduquer les populations sur les voies de recours en cas de VBG et PN</p> <p>Accompagner les victimes des VBG et des PN dans les démarches en vue de la revendication de leurs droits</p> <p>Vulgariser les dispositions du cadre juridique auprès des parties prenantes</p>	<p>MINSANTE, MINPROFF,, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF,, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF,, PTF</p> <p>MINSANTE, MINPROFF, MINATD, MINJUSTICE, PTF</p>	x	x	x	x	x	x	x	

➤ **AXE STRATÉGIQUE 2 : RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN POUR UNE MEILLEURE DISPONIBILITÉ, ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION DE QUALITÉ**

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2.1.: D'ici à 2030, améliorer la disponibilité des services et soins SRMNIA-Nut de qualité pour toutes les cibles

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
2.1.1. D'ici à 2030 améliorer l'accès aux services SRMNIA-Nut de qualité en dotant au moins 80% des FOSA des DS en infrastructures, logistique et équipements adéquats	Évaluer les besoins en logistique, matériel et en équipements médico technique de la SRMNIA-Nut et les prioriser	DSF, PLMI, CTN-CSU PT	x	x	x	x	x	x	x
	Évaluer les besoins en équipements, matériels, et intrants SRMNIA-Nut de laboratoire et les prioriser	DSF, PLMI, CTN-CSU PT	x	x	x	x	x	x	x
	Elaborer un plan d'équipement et de maintenance du matériel médico-technique en SRMNIA-Nut au niveau des DS et des DRSP	DSF, PLMI, CTN-CSU PTF	x			x			x
	Renforcer la disponibilité des services SONUB et SONUC selon les besoins priorités	DSF, PLMI, CTN-CSU PT	x	x	x	x	x	x	x
	Fournir aux FOSA des équipements et matériels essentiels SRMNIA-Nut selon les normes et standards élaborés par le MINSANTE	DDSTS, DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x	x
	assurer la maintenance curative et préventive et le remplacement des équipements essentiels basé sur l'analyse situationnelle	DDSTS, PLMI; CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer les capacités des prestataires des soins pour une meilleure utilisation des équipements SRMNIA-Nut	PLMI; CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Promouvoir la digitalisation des services et la télémedecine pour améliorer l'offre et la demande de service et soins de SRMNIA-Nut	DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Construire et/ou rénover les FOSAS des districts de santé, selon les besoins de la carte sanitaire en ciblant les besoins de SRMNIA-Nut	DEF, PLMI; CTN-CSU, PTF	x			x			x
	Renforcer le système d'approvisionnement des banques/dépôts de sang selon le plan pré établi	CNTS	x	x	x	x	x	x	x
Renforcer l'offre de Services Spécialisés pour la prise en charge de l'infertilité et des dysfonctions sexuelles dans les hôpitaux de référence régionale, y compris pour la procréation médicalement assistée (PMA)	DSF, DRSP, DS, FOSA	x	x	x	x	x	x	x	
Renforcer la disponibilité des Services de prise en charge intégrée des Adolescent(e)s/Jeunes dans les FOSA, CMPJ et dans la communauté	DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x	x	

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN DEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
2.1.2. D'ici à 2030, amener 80% des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide à produire et à utiliser les informations SRMNIA-Nut de qualité pour guider la prise de décision	Renforcer le système de référence et de contre référence des patients	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Réaliser des audits sur la qualité et la validation des données de SRMNIA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Former le personnel des structures de santé offrant les services de SRMNIA-Nut sur la collecte et la gestion des données	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer les revues/audits des décès maternels, néonataux et les mortalités dans toutes les FOSA	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Apporter un appui pour l'harmonisation et la vulgarisation/diffusion des outils de collecte des données de SRMNIA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer la collecte digitale des données de SRMNIA-Nut en fonction des besoins prioritaires (tablettes, ordinateurs, flottes etc.)	PLMI, CIS, DSF, DRSP, DS, FOSA	x	x	x	x	x	x	x
	Appuyer le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'accroissement du budget alloué à la santé et pour celui à la SRMNIA-Nut	MINSANTE	x	x	x	x	x	x	x
	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement et des PTF pour la mise en place de mécanismes de financement innovants et durables de la SRMNIA-Nut	MINSANTE	x	x	x	x	x	x	x
	Faire un plaidoyer auprès des collectivités territoriales décentralisées (CTD) pour une mobilisation des ressources en faveur de la SRMNIA-Nut	MINSANTE	x	x	x	x	x	x	x
	2.1.3. D'ici à 2030, accroître d'au moins 5% le financement alloué aux interventions de la SRMNIA-Nut	Elaborer un plan de financement pour la mobilisation des ressources en faveur de la SRMNIA-Nut	DRFP, DSF, PLMI	x					
Renforcer les compétences techniques des élus locaux pour rendre viables les services de santé des communes et pour une meilleure exploitation des ressources allouées à la santé		MINSANTE, PTF	x	x	x	x	x	x	x
Renforcer le dispositif et les outils de gestion des financements SRMNIA-Nut (comptabilité financière et des matières, audit et passation des marchés)		DRFP, DSF, PLMI, CTD, PTF	x	x	x	x	x	x	x
Mettre en place un système d'audit technique et financier des structures de gestion de la SRMNIA-Nut pour assurer la redevabilité et la cohérence entre les dépenses effectuées et les résultats obtenus		DRFP, DSF, PLMI, DRSP	x	x	x	x	x	x	x

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
2.1.4. D'ici à 2030, réduire de 30% le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines qualifiées en SRMNTIA-Nut à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Développer des plaidoyers pour la mise en œuvre effective de la CSU (cadre législatif et financier)	DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Étendre le mécanisme de subvention de la PEC des cibles SRMNTIA-Nut (exemple chèque santé dans toutes les régions)	DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Mener un plaidoyer auprès du gouvernement, des ONG et des PTF pour prise en compte des autres cibles SRMNTIA-Nut lors de l'élargissement du panier de soins dans le cadre de la CSU	DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Développer et faire fonctionner une plateforme d'échange pour améliorer l'utilisation des ressources financières internes et externes lors de la mise en œuvre des interventions SRMNTIA-Nut	DRFP, DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	X	X	X	X	X	X	X
	Mener un plaidoyer auprès de la DRFP pour l'accroissement effectif des ressources allouées au niveau opérationnel à la SRMNTIA-Nut sur la base des critères pré établis	DSF, DRFP	X	X	X	X	X	X	X
	Mener un plaidoyer auprès du MINFI et du MINEPAT pour l'accès du MINSANTE aux Plateformes de suivi de l'utilisation effective des fonds alloués à la santé	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X
	Mener un plaidoyer auprès du gouvernement, des ONG et des PTF pour promouvoir les activités génératrices de revenus pour l'autonomisation des personnes vulnérables de la société dans toutes les régions	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X
	Faire le plaidoyer pour l'élaboration et application des mécanismes de fidélisation ou de rétention des personnels de santé exerçant dans les zones reculées, d'accès difficiles ou en contexte d'insécurité	DRH	X	X	X	X	X	X	X
	Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'effectivité de la décentralisation dans le cadre du recrutement des personnels SRMNTIA-Nut qualifiés requis selon les besoins identifiés	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X
	Assurer selon les priorités une couverture en personnel qualifié (Sages-Femmes, Gynécologues, Pédiatres), et plus particulièrement dans les zones d'accès difficiles ou en guerre contexte d'insécurité	DRH	X	X	X	X	X	X	X
Renforcer la formation initiale et continue du personnel de santé sur les interventions à haut impact (PJMNE, SONU, PF, Soins de nouveau-né, y compris les soins mère kangourou, nutrition/supplémentation, PEC & PREV, IST/VIH, Transfusion, accueil de patients Etc... formations sur site « Low dose High Frequency (LDHF) » du mentorat...)	DRH, DSF	X	X	X	X	X	X	X	

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Former des pools de formateurs dans les 10 régions en SRM/IA-Nut	DSF, PLMI	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer les capacités des ASC, DSC, etc...) pour la mise en œuvre des interventions SRM/IA-Nut selon les besoins sur le terrain	DSF, PLMI, DRSP, DS	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer les capacités des matrones pour accroître l'utilisation des services SRM/IA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS	x	x	x	x	x	x	x
	Mettre à jour le document de normes et standards (personnel, etc.) en SRM/IA-Nut	DSF, DRH	x						
	Mettre en place des mécanismes de motivation du personnel des structures sanitaires en fonction de leur performance en SRM/IA-Nut à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. ³⁸	DRH, DSF, PLMI, DRSP, DS	x	x	x	x	x	x	x
	Accompagner la révision périodique des Curricula de formation des personnels de la santé pour les arrimer aux nouvelles recommandations nationales et internationales en matière de SRM/IA-Nut	DRH					x		
	Renforcer les capacités des Formateurs et des Enseignants des Etablissements de formation des personnels de la santé, en matière de SRM/IA-Nut	DRH	x	x	x	x	x	x	x
	Mener des activités d'accréditations et de contrôle coercitifs des établissements de formations pour s'assurer que les profils des enseignants sont respectés	DRH	x	x	x	x	x	x	x
	Former et/ou Recycler les personnels de santé dans les FOSAS des zones prioritaires pour la délivrance des soins et services de SRM/IA-Nut selon les normes (planification familiale, SONEU, réanimation néonatale, méthode Kangourou, PTME, Consultations pré et postnatales, PCIMNE, prise en charge des adolescent(e)s/jeunes ainsi que des hommes et des personnes âgées) PM	DRH, DSF, PLMI, DRSP	x	x	x	x	x	x	x

³⁸ Par exemple « Challenge qualité » et le « Elearning » à titre illustratif

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
2.1.5. D'ici à 2030, améliorer la disponibilité des médicaments et des produits essentiels de qualité pour la SRMNTIA-Nut dans au-moins 90% des FOSA des DS	Évaluer les besoins en médicaments de la SRMNTIA-Nut y compris les contraceptifs, en réactifs SRMNTIA-Nut de laboratoire et en produits sanguins	DSF, PLMI, PTF, DPML	x	x	x	x	x	x	x	
	Renforcer la capacité technique des acteurs ciblés du niveau régional et opérationnel à la gestion rationnelle des médicaments et intrants de la SRMNTIA-Nut et à leur prescription	DSF, PLMI, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer le dispositif de Sécurisation des stocks des produits essentiels SRMNTIA-Nut (magasins, chaîne de froid etc) dans les structures ciblées du niveau régional et opérationnel	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Organiser un atelier national de consolidation pour la quantification des produits SRMNTIA-Nut pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mener un plaidoyer auprès de toutes les parties prenantes pour la mobilisation des fonds permettant l'acquisition des intrants de SRMNTIA-Nut sur la période	DRFP, DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer le dispositif national d'approvisionnement en sang et produits sanguins PM	CNTS, DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer les capacités de contrôle de qualité des intrants essentiels SRMNTIA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer la mise en place et l'utilisation à tous les niveaux d'une plateforme interconnectée des différents logiciels de stocks existants (SIGL interconnecté)	DSF, GIS, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mettre en place et assurer la fonctionnalité d'une plateforme de collaboration entre la CENAME, les FRPS et les grossistes répartiteurs privés accrédités et les FOSA, pour assurer une bonne gestion des stocks et des approvisionnements	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer le plaidoyer auprès de GAVI et du gouvernement pour la mobilisation des financements des vaccins SRMNTIA-Nut	PEV	x	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer le contrôle de la qualité des vaccins	LANADOME	x	x	x	x	x	x	x	x

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Mobiliser les ressources pour assurer la disponibilité continue au dernier kilomètre des médicaments et intrants essentiels ³⁹ et d'importance vitale de SR	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer les capacités des prestataires sur le PMA et le PCA	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer les plateaux techniques pour la délivrance du PMA et du PCA PM	DOSTS, DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Renforcer le système de référence et contre-référence des services SRMNIA-Nut (moto ambulance, outil de communication...) PM	DOSTS, DSF, PLMI; CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Assurer la fonctionnalité des plateformes techniques multisectorielles d'échanges en faveur de la SRMNIA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Collaborer avec les opérateurs de réseaux mobiles pour identifier les points de connexion dans les villages afin de mieux communiquer sur la SRMNIA-Nut dans la communauté	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Promouvoir l'approche auto soins en communauté	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Sous-traiter les prestations de services SRMNIA-Nut à des ONG dans les zones difficiles d'accès (accès géographique, insécurité, etc).	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
2.1.6. D'ici 2030, augmenter de 30% le nombre de districts de santé offrant au minimum 50% du Paquet d'Activités Communautaires.	Renforcer la mise en œuvre des paquets d'interventions sous directives communautaires en faveur de la SRMNIA-Nut	DOSTS, DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Former ou Recycler les Agents de Santé Communautaire sur les paquets de services de SRMNIA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Organiser la mise en œuvre des semaines d'actions de santé, de nutrition infantile et maternelle (SASIM)	DPS, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x

39 Médicaments essentiels ; Médicaments d'urgence ; Médicaments d'importance vitale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN DEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Renforcer la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) en faveur de la SRMNIA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2.2 : D'ici à 2030, améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services SRMNIA-Nut

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN DEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
2.2.1. D'ici à 2030, améliorer l'accessibilité financière équitable à au moins 50% des cibles les plus vulnérables dans les DS ciblés	<p>Renforcer le suivi des mécanismes de subvention des coûts de soins pour les cibles prioritaires chez les femmes enceintes (chèque santé, kit obstétricaux, users fees) et chez les enfants de moins de 5 ans (Paludisme, VIH)</p> <p>Accélérer la mise en place de la couverture santé universelle</p> <p>Renforcer la mise en place des mutuelles de santé</p> <p>Renforcer les mécanismes d'assurance maladie</p>	<p>DSF, PLMI; CTN-CSU PTF</p> <p>CTN-CSU, PTF</p> <p>DSF, PLMI; CTN-CSU PTF</p> <p>CTN-CSU</p>	x	x	x	x	x	x	x
2.2.2. D'ici à 2030, Renforcer la communication et la logistique pour réduire les barrières culturelles et géographiques d'au-moins 50%	<p>Réviser les documents normatifs de la SRMNIA-Nut selon l'approche CCSC.</p> <p>Renforcer les capacités des acteurs de promotion de la SRMNIA-Nut sur la Communication pour le changement social et de comportement</p> <p>Renforcer l'offre des services et des soins SRMNIA-Nut en stratégies mobiles et avancées</p>	<p>DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA</p> <p>DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA</p> <p>DSF, PLMI, DRSP, DS, FOSA</p>	x	x		x			x

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN ŒUVRE PERIODE DE MISE EN ŒUVRE					
			2024	2025	2026	2027	2028	2030
des cibles SRMNI-Nut dans les DS ciblés.	Renforcer la logistique pour la référence des cibles SRMNI-Nut dans les districts enclavés	DSF, PLMI, CTN-CSU PTF	x	x	x	x	x	x

➤ **AXE STRATÉGIQUE 3 : MISE EN PLACE DE MÉCANISMES EFFICACES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE SRMNI-NUT 2024-2030**

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3.1. : d'ici à 2030, renforcer la gouvernance du système de santé pour la SRMNI-Nut

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN ŒUVRE					
			2024	2025	2026	2027	2028	2030
3.1.1. D'ici à 2030, renforcer la communication pour la mobilisation autour des problématiques de la SRMNI-Nut auprès de 100% des parties prenantes clés	<p>Former ou recycler les personnels des médias publics et les animateurs des réseaux sociaux sur les grandes thématiques de la SRMNI-Nut</p> <p>Mener un plaidoyer pour mobiliser la société civile, les élus locaux, les collectivités territoriales décentralisées autour de la SRMNI-Nut</p> <p>Organiser des forum d'appui pour l'opérationnalisation /actualisation des activités SRMNI-Nut des administrations partenaires (MINPROFF, MINDEF, MINAS, MINGOM, MINEE, MINJEC, MINATD, DGSN, MINEPAT, MINEDUB, MINESEC, MINESUP) et des ONG</p> <p>Mobiliser les champions SRMNI-Nut dans tous les districts pour le financement et la mise en œuvre des activités SRMNI-Nut</p>	DSF, PLMI, PTF	x	x	x	x	x	x
3.1.2. D'ici à 2030, adopter et mettre en œuvre 80% des mesures politiques, juridiques et réglementaires en faveur de la SRMNI-Nut selon les engagements	<p>Conduire des plaidoyers de haut niveau sur l'importance de la SRMNI-Nut (Chambres parlementaires, Hautes autorités gouvernementales, Ambassades, personnalités politiques, etc.)</p> <p>Renforcer les mesures réglementaires pour la protection des adolescent(e)s par rapport à l'exposition aux comportements à risque</p>	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x
		MINSANTE	x	x	x	x	x	x
		MINSANTE	x	x	x	x	x	x
		MINSANTE/MINJEC	x	x				

OBJETIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
internationaux pris par le Cameroun										
3.1.3. D'ici à 2030, promouvoir la production des actes d'état civil pour au-moins 90% des enfants de moins de 5 ans dans toutes les régions	Renforcer les capacités des gestionnaires des FOSAS sur l'enregistrement des actes d'état civil Sensibiliser les parturientes et leurs familles sur l'enregistrement des actes d'état civil Renforcer la communication communautaire sur l'enregistrement des actes d'état civil	DSF, PLMI, DRSP, DS, CTD, PTF DSF, PLMI, DRSP, DS, CTD, PTF DSF, PLMI, DRSP, DS, CTD, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
3.1.4. D'ici à 2030, renforcer le Partenariat public-privé en faveur de la SR pour au-moins 80% des acteurs clés ciblés	Renforcer l'accompagnement des FOSA privées pour une offre des services SRMNI-Nut de qualité Renforcer le mécanisme de captation de la contribution des entreprises privées dans le cadre de leur responsabilité sociétale	DSF, PLMI, DRSP, DS,, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x
3.1.5. D'ici à 2030, améliorer la Coordination Multisectorielle auprès de 100% des acteurs clés de la SRMNI-Nut	Assurer le financement de la fonctionnalité des cadres de coordination aussi bien au niveau central que régional et des districts sanitaires y compris le comité national de lutte contre la mortalité maternelle et infantile juvénile Renforcer la coordination des acteurs, la mobilisation des ressources et le suivi-évaluation de la mise en œuvre des interventions concernant les VBG et PN au MINPROFF, MINSANTE et MINAS Renforcer la prise en compte des problèmes de VBG et des PN dans les instances de coordination Formaliser des partenariats avec l'ensemble des acteurs concernés par la SRMNI-Nut	DSF, PLMI, CTD, PTF PLMI, DSF, PTF MINSANTE, MINPROFF MINSANTE	x	x	x	x	x	x	x	x
3.1.6. D'ici à 2030, améliorer les capacités managériales d'au-moins 80% des gestionnaires des	Renforcer les capacités institutionnelles et des acteurs non gouvernementaux pour mettre en œuvre des politiques fondées sur des données probantes Renforcer l'opérationnalisation du plan stratégique à tous les niveaux de la pyramide Mettre sur pied des mécanismes de Gestion basée sur la performance dans les FOSA délivrant les services de SRMNI-Nut	DSF, PLMI, PTF DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
structures de SRMNIA-Nut	Elaborer un plan de suivi intégré de la SRMNIA	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	Mettre sur pied des mécanismes de sanctions positives (pour récompenser les bonnes pratiques) et négatives (pour décourager les mauvaises pratiques) à l'endroit des gestionnaires des structures de SRMNIA-Nut	MINSANTE		X					X	
	Conduire des Supervisions formatives dans toutes les structures en rapport avec la SRMNIA-Nut, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	Etendre à toutes les régions le système d'accréditation des FOSA pour assurer une couverture des interventions SRMNIA-Nut de qualité	CTN	X	X	X	X	X	X	X	
	Mettre en place un système de suivi régulier interne et externe de la qualité des services et des soins SRMNIA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	
	Renforcer l'intégration des services de SRMNIA-Nut à toutes les points de contact des FOSA (santé maternelle, néo-natale, PF, IST/VIH, prise en charge des violences, dépistage des cancers, prise en charge des MGF)	DSF, PLMI, DRSP, DS, CTD, FOSA	X	X	X	X	X	X	X	
	Réviser les Normes et Standards de la SRMNIA-Nut	DSF, PLMI, PTF	X	X	X	X	X	X	X	
	Développer et distribuer les directives cliniques intégrées de SRMNIA-Nut sous forme électronique et non électronique	DSF, PLMI, PTF	X	X	X	X	X	X	X	
	Elaborer et assurer la mise en œuvre du plan de suivi évaluation du PSN SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	Mettre en place système de suivi de la satisfaction des bénéficiaires des interventions SRMNIA-Nut (des registres, des boîtes ou des lignes téléphoniques gratuites pour l'enregistrement des plaintes)	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
3.1.7. D'ici à 2030, promouvoir l'assurance de la qualité des services de SR dans au-moins 80% des FOSA ciblées	Conduire des enquêtes de satisfaction des clients et utiliser les résultats pour l'amélioration des services	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	Mettre en place un système d'évaluation des performances des FOSA suivi PM	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	X	X	X	X	X	X	X	
	Faire un plaidoyer pour la mobilisation des financements de la recherche en matière de SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	Réaliser des études sur la SRMNIA-Nut et en documenter les bonnes pratiques	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	Disséminer les résultats de la recherche fondamentale et opérationnelle	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	
	3.1.8. D'ici à 2030, promouvoir la Recherche fondamentale et opérationnelle dans									

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN DEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
le domaine de la SRMNIA-Nut au Cameroun auprès de 80% de structures de santé ciblées.	Etablir des partenariats formels avec des institutions de recherche en santé	MINSANTE		X					X	
	Elaborer les priorités en matière de recherche sur la SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X
	Diffuser les résultats des recherches en SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X
	Effectuer une évaluation du système de référence actuel pour les mères, les nouveau-nés et services de santé infant-juvénile	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaborer les lignes directrices claires pour l'orientation des prestataires de services de SRMNIA-Nut sur la base des résultats de l'évaluation	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3.2.: d'ici à 2030, renforcer le pilotage stratégique de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique SRMNIA-Nut

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN DEUVRE							
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
3.2.1. D'ici à 2030, renforcer le Cadre de mise en œuvre et Matérialiser le rôle d'au-moins 80% des acteurs clés	Développer une plateforme d'échange entre le PLMI et la DSF pour faciliter la cohérence et la convergence des actions menées en faveur de la SRMNIA-Nut par ces deux structures	DSF, PLMI, PTF	X						X	
	Mettre en place un système permettant la mise à jour régulière de la cartographie de l'ensemble des acteurs intervenant dans la SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X
3.2.2. D'ici à 2030, renforcer l'adhésion et l'appropriation d'au-moins 80% des parties prenantes clés sur la mise en œuvre du Plan	Rendre fonctionnelles et pérennes, les rencontres de suivi de la MED du PSN SRMNIA-Nut à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X
	Organiser des ateliers de formation des responsables des structures de la SRMNIA-Nut, sur les techniques de planification, de suivi et d'évaluation des interventions de la SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mener des activités de plaidoyer auprès du gouvernement et ses partenaires au développement pour renforcer l'accompagnement dans la mise en œuvre du PSN SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mener des activités de CCSC auprès des prestataires de soins SRMNIA-Nut et des bénéficiaires pour renforcer leur adhésion dans la mise en œuvre du PSN SRMNIA-Nut	MINSANTE	X	X	X	X	X	X	X	X

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
3.2.3. D'ici à 2030, assurer au-moins 80% des interventions planifiées pour la Supervision, le Suivi et l'Evaluation de la mise en œuvre du Plan.	Mener des études pour déterminer les données de base des indicateurs du plan stratégique qui n'ont pas été renseignés	MINSANTE	x	x	x	x	x	x	x
	Elaborer à tous les niveaux les plans de suivi et les tableaux de bords des indicateurs performance du PS SRMNIA-Nut dans le système de santé y compris au niveau communautaire	MINSANTE	x	x	x	x	x	x	x
	Mener des revues annuelles du niveau de mise en œuvre du PSN SRMNIA-Nut élaboré	DSF, PLMI, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Mener une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PSN SRMNIA-Nut élaboré	DSF, PLMI, PTF				x			
	Mener une évaluation finale de la mise en œuvre du PSN SRMNIA-Nut élaboré	DSF, PLMI, PTF							x
	Renforcer la fonctionnalité des comités chargés d'assurer la surveillance des décès maternels, néonataux et mort naissances et organiser la riposte adéquate aux causes des décès à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
	Diffuser périodiquement les données de suivi pour les rendre accessibles aux parties prenantes	MINSANTE, MINPROFF	x	x	x	x	x	x	x

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3.3: D'ici à 2030, renforcer la résilience du système de santé face aux risques d'urgences de santé publique en vue d'améliorer de la délivrance des services de santé de la reproduction

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INTERVENTIONS	Responsable	PERIODE DE MISE EN OEUVRE						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
3.3.1. D'ici à 2030, assurer au-moins 80% des interventions planifiées pour la préparation de la riposte aux urgences de santé publique	Apporter un appui à la surveillance épidémiologique des risques sanitaires et humanitaires pour recenser les besoins prioritaires de SRMNIA-Nut et focaliser les interventions réponse appropriée pour les cibles. Renforcer les capacités des acteurs sur la SR en contexte de crise humanitaire Elaborer un plan de préparation et de réponse aux besoins SRMNIA en situation d'urgence (Dispositif Minimum d'Urgence)	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
		DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x
		DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x		x		x		x

3.3.2. D'ici à 2030, assurer la mise en œuvre des interventions SRMNTA essentielles en situation d'urgence de santé publique	Développer/actualiser les documents normatifs pour la délivrance/continuité des services essentiels de SRMNTA-Nut en cas d'urgence de santé publique (protocoles, SOP, etc.) Acquérir et repositionner les kits d'urgence SRMNTA-Nut dans les zones à risque Organiser des exercices de simulations d'urgences de santé publique pour tester la résilience des services de SRMNTA-Nut	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x			x														x
		DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3.3.2. D'ici à 2030, assurer la mise en œuvre des interventions SRMNTA essentielles en situation d'urgence de santé publique	Renforcer la communication sur la disponibilité des services SRMNTA-Nut offerts dans les zones concernées Organiser la prise en charge des cas	DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x			x														x
		DSF, PLMI, DRSP, DS, PTF	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

9.2 ANNEXE 2 : CADRE DE PERFORMANCE

9.2.1 Indicateurs d'impact

OBJETIF GENERAL	INDICATEURS	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEUR performances projetées						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1. D'ici à 2030, contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité spécifiques aux problèmes de la santé reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescente/jeune,	Ratio de mortalité maternelle (décès pour 10000 naissances vivantes)	406	EDS 2018	Tous les 5 ans	400	357	313	270	227	183	140
	Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances vivantes)	28	EDS, 2018	Tous les 5 ans	26	25	23	20	17	15	12
	Taux de mortalité infanto-juvénile (décès pour 1000 naissances vivantes)	80	EDS, 2018	Tous les 5 ans	78	73	67	60	53	47	40
	Incidence annuelle des fistules obstétricales	2000 cas/an Plus récent ND	MICS 2014 ⁴⁰	Tous les 5 ans	2000			1500			

⁴⁰ <https://cameroon.unfpa.org/fr/news/une-campagne-de-solidarite%20nationale-lanc%20pour-eliminer-la-fistule-obst%20agricale-au-cameroun>

de la femme et de l'homme	Taux de mortalité spécifique aux cancers génésiques	65%	PSNLCa 2020-2024	Tous les 5 ans	Réduction de - 10/%
Incidence du cancer du col de l'utérus	2 349 nouveaux cas/an -	2 349 nouveaux cas/an -	PSNPLCa 2020 - 2024 Registres du Cancer, PNLCa	Annuelle	2 800 nouveaux cas/an
	ND	ND	Enquête communautaire	Tous les 3 ans	Réduction de 40%

9.2.2 Indicateurs de résultats

9.2.2.1 Amélioration de la couverture des Interventions SRMNIa-Nut à haut Impact

Objectif Stratégique 1.1 : Améliorer la couverture des interventions SRMNIa-Nut à haut impact pour la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'homme et de la femme y compris les sujets âgés

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CIBLE MERE											
1.1.1. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPN de qualité chez 95% des FEC attendues (Ajouter besoin non satisfaits)	Taux de couverture de CPN	87%	EOS 2018	Tous les 5 ans	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
	Couverture en CPN I réalisées avant I2 semaine d'aménorrhée	41%	EOS 2018	Annuelle	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
	% des femmes ayant effectué au moins quatre visites prénatales Couverture CPN 8	65%	EOS 2018	Annuelle	67%	69%	71%	73%	75%	77%	80%
	Proportion de femmes enceintes ayant reçu le VAT2+	71%	EOS 2018, DHIS 2	Annuelle	72%	74%	75%	76%	78%	79%	80%
	Proportion de femmes enceintes ayant reçu le TPI 3	46%	MIS 2022	Tous les 5 ans	43%	45%	48%	51%	55%	57%	60%
	Proportion d'utilisation des MILDA chez les femmes enceintes	63%	MIS 2022	Tous les cinq ans	65%	67%	68%	68%	70%	72%	75%
	Proportion de femmes enceintes ayant reçu le Fer-acide folique	ND	DHIS 2	Annuelle	+ 10% de VB	+ 15%	+ 20%	+ 25%	+ 30%	+ 35%	+ 40%

OBJETIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1.1.2. D'ici à 2030, atteindre une couverture de CPoN de qualité pour 80% des accouchements attendus	Proportion de femmes ayant bénéficié d'une CPoN dans les 02 jours (ou 48 heures) après (l'accouchement) la naissance (CPoNI)	67%	EDS 2018	Annuelle	68%	69%	71%	73%	75%	77%	80%
1.1.3. D'ici à 2030, atteindre une couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié de 80%	Proportion d'accouchements assistés par un personnel formé	68%	EDS 2018	Annuelle	70%	73%	74%	75%	76%	78%	80%
	Proportion d'accouchements assistés à l'aide d'un partogramme.	ND	Rapport DSF ⁴¹	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	+40%
1.1.4. D'ici à 2030, augmenter de 50% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer	Proportion d'accouchements reçus assistés avec utilisation d'un kit obstétrical	ND	Rapport DSF ⁴²	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	50%
	Prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer par une méthode moderne	15%	EDS 2018	Annuelle	17%	19%	20%	26%	28%	29%	30%
1.1.5. D'ici à 2030, accroître le taux de dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales dans 80% des DS ciblés	Proportion des femmes en âge de procréer sous contraception qui utilisent la DMPA-SC.	ND	Registres de service	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	30%
	Proportion de femmes qui connaissent ce qu'est une fistule obstétricale	22%	EDS 2018	Annuelle	25%	30%	35%	40%	45%	50%	60%
	Pourcentage de femmes porteuses de fistules obstétricales dépitées	0,3%	EDS 2018	Annuelle	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Proportion de femmes porteuses de fistules obstétricales reçus qui sont prise en charge selon les normes	ND	Rapport DSF	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	80%

41 Registres de service des structures sanitaires ciblées

42 Ibid

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1.1.6. D'ici à 2030, améliorer la prévention et la PEC des IST/Hépatites/VIH chez les femmes en âge de procréer dans au moins 80% des DS	Prévalence des IST chez les femmes en âge de procréer	18 %	EDS 2018	Annuelle	15%	13%	11%	9%	7%	6%	5%
	Prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer	3,4 %	EDS 2018	Annuelle	2,7%	2,3%	2%	1,7%	1,5%	1,3%	1,1%
	Prévalence de l'hépatite chez les femmes enceintes	8,3%	CAMPHIA 2017	Annuelle	7,8%	7,3%	6,8%	6,3%	5,8%	5,3%	5%
	Prévalence de la Syphilis chez les femmes enceintes	13,95%	ES 2020	Annuelle	12,95 %	11,95%	10,95 %	9,95%	8,95%	8,50	8%
1.1.7. D'ici à 2030, accroître le dépistage et la prise en charge des cas du cancer du sein et du col de l'utérus dans au moins 30% des DS	% des femmes de 15 à 49 ans ayant effectué un test de dépistage du cancer du col de l'utérus	4%	EDS 2018	Annuelle	10%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
	Nombre de femmes en âge de procréer ayant été vaccinée contre L'HPV	42%	Rapport PEV 2023	Annuelle	48%	54%	60%	66%	72%	78%	80%
	Nombre de cas de cancer de sein et de cancer du col de l'utérus pris en charge	ND			10%	14%					30%
1.1.8. D'ici à 2030, améliorer prise en charge de l'infertilité chez la femme dans 100% des hôpitaux régionaux et centraux	Proportion des cas d'infertilité ayant abouti à une naissance vivante	ND	Source ⁴³	Annuelle	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
1.1.9. Améliorer de 50% l'état nutritionnel de la femme enceinte et allaitante reçues dans les FOSA	Proportion des FEC ou allaitantes ayant bénéficié d'une supplémentation en FAF et micronutriments	ND	Source = Registres d'activités des FOSA	Annuelle	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

⁴³ Registres des cas d'infertilité dans les hôpitaux de catégories I et 2

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CIBLE NOUVEAU-NE											
1.1.10. D'ici à 2030, s'assurer que 80% des FOSA ciblées a tous les niveaux offrent des soins et services de qualité au nouveau-né.	Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié des soins post-natals dans les 48 heures après leur naissance	60%	EDS 2018	Annuelle	65%	67%	70%	72%	75%	77%	80%
	Pourcentage des prématurés et des petits poids de naissance pris en charge avec la Méthode Mère Kangourou	ND	RMA	Annuelle	65%	67%	70%	72%	75%	77%	80%
	Proportion de nouveau-nés qui reçoivent des soins en période post-natale dans la communauté selon les normes nationales	22.9% en 2014	Rapport d'enquête communautaire	Annuelle	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
	Proportion des cas d'asphyxie du nouveau-né efficacement pris en charge	ND	RMA	Annuelle	+ 10% de VB	+ 15%	+ 20%	+ 25%	+ 30%	+ 35%	+ 40%
	Pourcentage de nouveau-nés qui bénéficieraient entre le 6 ^{ème} et le 10 ^{ème} jour suivant la naissance d'un suivi correct	27.8% En 2014	RMA	Annuelle	30%	33%	37%	41%	44%	47	50%?
	Proportion de nouveau-nés prématurés qui atteignent l'âge de un an	10.5% en 2014	MICS/ED S	Annuelle	12%	15%	18%	21%	24%	27%	30%?
	Taux de couverture vaccinale chez les nouveau-nés pour la polio 0	75 %	Rapport PEY 2018	Annuelle	77%	79%	80%	83%	85%	87%	90%
	Taux de couverture vaccinale chez les nouveau-nés pour le BCG	87 %	Rapport PEY 2018	Annuelle	88%	88%	88%	89%	89%	89%	90%
	Proportion de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui suit la naissance	48%	UNICEF ⁴⁴	Annuelle	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
	Proportion de nouveau-nés prématurés et ou de petit poids de naissance pris en charge par la Méthode Mère Kangourou	30%	DHS 2	Annuelle	35%	40%	45%	50	55%	60%	70%

⁴⁴ Cameroun 2020 : <https://web.facebook.com/unicefcameroun/posts/3587242784643461/>

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1.1.11. D'ici à 2030, assurer la prévention de la transmission du VIH/Syphilis/Hépatite Virale B de la mère à l'enfant (PTV) chez 100% des femmes enceintes reçues en CPN	Proportion de nouveau-nés né de mère séropositives chez lesquels un diagnostic précoce de VIH a été posé.	64,4%	UNICF 2021 ⁴⁵	Annuelle	65%	70%	75%	80	85%	87%	90%
	Nombre de femmes enceintes dépistées au VIH pendant les CPN/SA	83 %	DHS 2 2022	Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de femmes enceintes dépistées à la Syphilis pendant les CPN	ND	DHS 2 2022	Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de femmes enceintes dépistées l'Hépatite Virale B pendant les CPN	ND	DHS 2 2022	Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Couverture en offre de diagnostic précoce des enfants exposés (PCR, PCR 2, et la Sérologie)	84%	DHS 2 2022	Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Couverture en test de Charge virale des FEC/FA VIH +	ND	DHS 2 2022	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	+80%
	Pourcentage des FEC/FA dont les partenaires ont été dépistés et pris en charge pour la VIH/syphilis/hépatite virale B	ND	DHS 2 2022	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	+40%
	Taux des FEC/FA VIH + ayant bénéficié d'une méthode de contraception moderne	15,7%	DHS 2 2022	Annuelle	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%
	le pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante est protégée contre le tétanos néonatal (EDS V ; P. 213)	71%	EDS 2018	5 Ans	71,1	72%	73%	74%	80%	85%	90%
	Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS					
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

⁴⁵ <https://unitaid.org/assets/BookletUCPCG-2021-03-17-FR-FINAL.pdf>

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CIBLE ENFANT											
1.1.13. D'ici à 2030, assurer une couverture des interventions préventives à haut impact chez au moins 90% d'enfants reçus en consultations	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu 8 vaccins de base (%)	52 %	PEV	Annuelle	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%
	Taux de couverture de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-5 mois	40 %	EDS 2018	Annuelle	45%	47%	50%	53%	55%	57%	60%
	Couverture vaccinale en penta 3	79%	Rapport PEV ⁴⁶	Annuelle	80	83%	85	87%	88%	88%	90%
	Couverture vaccinale contre la Rougeole et la Rubéole I	71%	PEV	Annuelle	75%	77	79%	81	83%	84%	85%
	Taux de couverture vaccinale contre la Rougeole et la Rubéole I	74%	Rapport Annuel PEV 2021 ⁴⁷	Annuelle	76%	78%	80%	82%	84%	85%	86%
	Proportion d'utilisation des MILDA chez les enfants de moins de 5 ans	58%	MIS 2022	Annuelle	65%	67%	70%	72%	75%	77%	80%
	Pourcentage d'enfants de 6 à 9 mois atteints d'anémie	57%	EDS 2018	Annuelle	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%
	Pourcentage des enfants vivant dans un ménage où le sel iodé est utilisé	96%	EDS 2018	Annuelle	97%	97,4%	97,7%	98%	98,4%	98,7 %	99%
	Proportion des FOSA des Districts de Santé cibles qui offrent l'approche PCIMNE selon les normes nationales	ND	DSF	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	+40%
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec épisode de diarrhée pour lesquelles des conseils ou un traitement ont été recherchés auprès d'un prestataire de santé	51,6%	EDS 2018	Annuelle	55%	60%	65%	70%	75%	78	80%

⁴⁶ WUENIC 2018 (http://onsp.minsante.cm/profiles_information/index.php/Cameroon:Immunization?lang=fr)

⁴⁷ http://onsp.minsante.cm/sites/default/files/publications/316/PEV%20%20GTC-PEV%20%20Rapport%20ANNUEL%202021_OK_Update%20%28%29.pdf

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec épisode de diarrhée à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO+ZINC	17,9%	EDS 2018	Annuelle	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec des symptômes d'IRA pour lesquels des conseils ou un traitement ont été recherchés auprès d'un prestataire de santé	59%	EDS 2018	Annuelle	60%	63%	69%	73%	75%	77%	80%
	Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre (au cours des deux semaines précédant l'enquête) et pour lesquels des conseils ou traitements ont été recherché auprès d'un prestataire de soins (une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) selon le protocole national)	61%	EDS 2018	Annuelle	25%	35%	45%	55%	65%	75%	80%
Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
CIBLE ADOLESCENTE / JEUNE											
1.1.15. D'ici à 2030, réduire la prévalence des comportements sexuels à risque chez au moins 25% des adolescents/jeunes	Prévalence des grossesses précoces (15 à 19 ans)	24 %	EDS 2018	Annuelle	22%	21%	19%	17%	15%	12%	10%
	Prévalence des avortements provoqués chez l'adolescente de 15 à 19 ans	1,7%	EDS, 2004	Annuelle	1,6%	1,5%	1,4%	1,3%	1,2%	1,1%	1%
1.1.16. D'ici à 2030, assurer la prévention et la prise en charge d'au moins 25% des cas d'IST/VIH chez	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	1,3 %	EDS 2018 Rapport CNLS	Annuelle	1,27%	1,25%	1,2%	1,0%	0,8%	0,6%	0,5%
	Prévalence des IST chez les jeunes de 15-24 ans	20,7%	EDS 2018 Rapport CNLS	Annuelle	20%	18%	16%	15%	13%	12%	10%

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
les adolescents et jeunes.	Pourcentage des adolescentes et des jeunes filles (20-24 ans) VIH qui reçoivent un traitement ARV	62%	Rapport CNLS	Annuelle	65%	68%	71%	74%	76%	78%	80%?
	Proportion des cas d'IST correctement pris en charge dans les FOSA ciblées	ND	Evaluation des PF	Bi annuelle			72%	74%	76%	78%	80%
1.1.17. D'ici à 2030, promouvoir les Services de Santé Adaptés aux Adolescents et Jeunes (SSAAJ) dans 80% des Départements	Taux d'immunisation des adolescentes (fille) âgées de 09 ans contre le Human Papilloma Virus	HPV = 56,8 %	Rapport PEV 2023	Annuelle	60%	70%	75%	80%	85%	87%	90%
	Taux d'immunisation des adolescents âgés de 09-13 ans contre le Human Papilloma Virus	HPV = 26,1%	Rapport PEV 2023	Annuelle	30%	40%	50%	55%	60%	65%	70%
	Nombre de services SSAAJ offerts par type de points de prestation	ND		Annuelle	+10%	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	+40%
	Nombre d'ados jeunes indigents accompagnés dans la MED des AGR	ND		Annuelle	+10%	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	+40%
	Taux d'immunisation complètes des adolescentes avant l'âge de 15 ans contre Human Papilloma Virus	5,89%	WHO/UNICEF ⁴⁸	Annuelle		60%			70%		90%
1.1.18. D'ici à 2030, améliorer la prévalence contraceptive chez au moins 30% des adolescents/jeunes	Pourcentage des FOSA et autres points de prestation offrant des services adaptés aux adolescents et aux jeunes	ND	Rapport d'activité é DRSP/D S	Annuelle	50%	55%	58%	60%	68%	75%	80%
	Prévalence contraceptive par les méthodes modernes chez les adolescents/jeunes	10,3%	EDS 2018	Annuelle	10%	12%	15%	18,7%	22,5%	26,3 %	30%

⁴⁸ Joint Reporting Form on Immunization (JRF), 2021
<https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/hpv.html?CODE=CMRGANTIGEN=8YEAR>

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
FEMMES ABEEES											
1.1.19. D'ici à 2030, assurer une prise en charge appropriée des dysfonctionnements sexuels et des perturbations de la ménopause à au-moins 80% des femmes regues dans les hôpitaux de districts et régionaux	% des cas de dysfonctions sexuelles et des perturbations de la ménopause chez la femme pris en charge selon les normes dans les FOSA	ND	Rapports d'Evaluation des pratiques professionnelles	Annuelle	25%	33%	50%	66%	70%	75%	80%
1.1.20. D'ici à 2030, assurer une prise en charge appropriée de leur infertilité à au moins 80% des femmes regues en consultation dans les hôpitaux de districts et régionaux ciblés.	% des cas d'infertilité chez la femme pris en charge selon les normes dans les FOSA	ND	Rapports d'Evaluation des pratiques professionnelles	Annuelle	25%	33%	50%	66%	70%	75%	80%
1.1.21. D'ici à 2030, assurer une prise en charge correcte d'au-moins 60% des cas de cancers génésiques chez les femmes dépistées dans les hôpitaux	% des cas de cancers dépistés selon les normes pris en charge dans les hôpitaux de catégories 1, 2, 3 et 4	ND	Rapports d'activités FOSAS	Annuelle	25%	30%	40%	45%	50%	55%	60%
CIBLE HOMMES y compris HOMMES ABES											
1.1.22. D'ici à 2030, assurer la prise en charge d'au	% des cas d'ISTI/VIH et des dysfonctionnements sexuels	ND	Rapports d'Evaluation des	Annuelle	+10% de VB	+15%	+20%	+25%	+30%	+35%	+40%

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS					
					2024	2025	2026	2027	2028	2030
moins 50% des cas d'IST/VIH et des dysfonctionnements sexuels chez les hommes reçus dans les structures de santé, 1.1.23. D'ici à 2030, assurer la prise en charge selon les normes d'au moins 60% des cas de cancers génésiques dépités chez les hommes reçus en consultation dans les hôpitaux des catégories 1 à 4.	correctement pris en charge chez les hommes		pratiques professionnelles							
	% des cas de cancer dépités précocement et reçus dans les Hôpitaux de lère et de 2ème catégories référés des FUSA de niveau inférieur.	ND		30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
	% des cas de cancers dépités et correctement pris en charge dans les hôpitaux de catégorie 1 et 2	ND	Rapports d'activités FOSAS	Annuelle	25%	30%	40%	45%	50%	55%

Objectif Stratégique 1.2. : D'ici à 2030, contribuer à la réduction des pratiques culturelles néfastes chez les adolescentes et les femmes (Violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines et mariages d'enfants)

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1.2.1. D'ici à 2030, amener au moins 30% des groupes communautaires ciblés dans chaque district à adopter des attitudes favorables à la réduction des VBG et des PCN	Proportion des femmes de 15-49 ans ayant déclaré avoir subi, à un moment donné, des actes de violence, sous la forme émotionnelle, physique et/ou sexuelle, de la part d'un mari/partenaire actuel ou le plus récent	44% (Physique : 34%, sexuelle : 10%, émotionnelle : 29%)	EDS 2018	5 ans	44%	39%	33%	30%	26%	22%	20%
	Proportion des femmes de 15-49 ans ayant déclaré avoir subi des actes de violence sexuelle de la part d'une personne quelconque à un moment de leur vie	13%			13%	12%	11%	10%	9%	8%	7%

	% des violences physiques chez les femmes de 15 à 49 ans	39%	EDS 2018	5 ans	39%	35%	30%	25%	20%	15%	10%
	Prévalence des violences physiques au cours de la grossesse	7%	EDS 2018	5 ans	7%	6%	5%	4%	3%	2%	2%
	Prévalence des violences sexuelles chez les femmes de 15 à 49 ans	13%	EDS 2018	5 ans	13%	12%	11%	9%	7%	6%	5%
	Prévalence des femmes excisées	1,4% En 2014	Enquête	5 ans	1,2%			1%			0,5%
	Prévalence des femmes excisées par un professionnel de la santé	4% en 2014	Enquête	5 ans	3,5%			2%			0,1%
	Pourcentage des filles mariées avant l'âge de 15 ans ou Prévalence des mariages d'enfants	6%	EDS 2018	6%	6%	6%	5%	5%	5%	4%	4%
	Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les filles de 0 à 14 ans	1%	Source ⁴⁹	1%				0,5%			0,1%
1.2.2. D'ici à 2030, rendre disponibles les données probantes dans 80% des DS pour suivre l'ampleur du phénomène des VBG et des PN	Proportion des bulletins d'information produits et diffusés dans les structures de santé sur les VBG et les PCN	ND	CIS, MINPROFF MINJUSTI CE, MINAS	4	4	4	4	4	4	4	4
1.2.3. D'ici à 2030, améliorer l'accès et l'utilisation des services de prise en charge médicale et psychologique des survivants des VBG et des victimes des PN dans 60% des DS	Nombre de cas notifiés et PEC de MBF attendues prises en charge dans les FOSA	ND	Rapports d'activités DRSP et DS.	Annuelle	20%	25%	30%	40%	50%	65%	80%
	Nombre des survivantes de VBG et PCN accompagnées dans la MEO des AGR	ND	Rapports d'activités DRSP et DS.	Annuelle	20%	25%	30%	40%	50%	65%	80%

⁴⁹ Excision Parlons-en - 2024 <https://www.excisionparlonsen.org/cameroun/>

	Nombre des cas de VBG et PCN prises en charge dans les points de prestation ciblés	ND	Rapports d'activités DRSP et DS.	Annuelle	20%	25%	30%	40%	50%	65%	80%
1.2.4. D'ici à 2030, renforcer la mise en application effective des dispositions du cadre institutionnel et juridique pour une abolition de l'impunité en matière de VBG et PN dans 60% des départements.	Proportion des personnes victimes de VBG ayant reçu les appuis juridiques nécessaires.	ND	Rapports d'activités DRSP et DS.	Annuelle	20%	25%	30%	40%	50%	65%	80%

9.2.2.2 Amélioration de la disponibilité des services de SRMNIA-Nut de qualité

Objectif stratégique Z.1 : D'ici à 2030, améliorer la disponibilité des services de SRMNIA-Nut de qualité

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
2.1.1. D'ici à 2030 améliorer l'accès aux services SRMNIA-Nut de qualité en dotant au moins 80% des FOSA des DS en infrastructures, logistique et équipements adéquats	Ratio des services SONEI par habitants	2.21 / 500 000 habitants	DHS 2, 2020	Annuelle	5/500 000	5.5/500 000	6/500 000	7/500 000	8/500 000	9/500 000	10/500 000
	% des FOSAS disposant des équipements pour une offre des services de SRMNIA-N de qualité	4%	DSF, 2020	Annuelle	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%
2.1.2. D'ici à 2030 amener 80% des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide à produire et à utiliser les informations SRMNIA-Nut de qualité pour guider la prise de décision	Proportion des FOSA avec infrastructure, équipements et personnels adéquats pour une prestation des soins SRMNIA-Nut	4%	DSF, 2020	Annuelle	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%
	% des FOSA transmettant régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la SRMNIA	ND	Rapports CIS	Annuelle	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
% des DS transmettant dans les délais les données sur la SRMNIA	ND	Rapports CIS	Rapports CIS	annuelle	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%

2.1.3. D'ici à 2030, accroître d'au-moins 5% le financement alloué aux interventions de la SRMNI-Nut	Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé	3.6%	Loi des Finances, 2013	annuelle	3.8%	4%	4.5%	5%	5.5%	6%	7%
	Pourcentage du budget du MINSANTE alloué à la SRMNI-Nut	ND	PTA MINSANTE	Annuelle		+1%	+2%	+3%	+4%	+5%	+5%
2.1.4. D'ici à 2030, réduire de 30% le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines qualifiées en SRMNI-Nut à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Ratio des ressources humaines disponibles dans les FDSAS par rapport à la population générale	ND	Rapport Recensement Général des personnels de la santé	2 ans		+5%	+10%	+15%	+20%	+25%	+30%
	Ratio médecin/ population	1/10535	PDRH, MINSANTE, 2012	5 ans	1/9000	1/8000	1/7000	1/6000	1/5500	1/5200	1/5000
2.1.5. D'ici à 2030, améliorer la disponibilité et des médicaments et des produits essentiels (produits sanguins) de qualité pour la SRMNI-Nut dans au-moins 90% des FDSAS des DS	Ratio infirmier/ population.	1/1023	PDRH, MINSANTE, 2012	5 ans	1/1000	1/900	1/800	1/700	1/650	1/600	1/500
	Ratio Sage-Femme/ population	0.05/5000	DRH, MINSANTE, 2022	5 ans	0.05/5000	0.10/5000	0.20/5000	0.40/5000	0.50/5000	0.80/5000	1/5000
2.1.6. D'ici à 2030, Accroître de 30% les DS de santé qui offrent au-moins 50% du Paquet d'Activités Communautaire	Pourcentage des CMA, des CSI et d'HD disposant d'au-moins 50% des personnels techniques requis	ND	Enquête MINSANTE	Annuelle	50%	52%	55%	60%	65%	70%	80%
	% des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, contraceptifs, dispositifs médicaux) conformément aux normes définies dans le PMA et le PCA disponibles chez les grossistes comme la CENAME	ND	Rapport d'activité CENAME	Annuelle	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
2.1.6. D'ici à 2030, Accroître de 30% les DS de santé qui offrent au-moins 50% du Paquet d'Activités Communautaire	% de médicaments et intrants SRMNI-N de qualité et à moindre coût disponibles au dernier Km	ND	Rapport d'activité FRPS	Annuelle	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
	Proportion des structures sans rupture de stock en médicaments SRMNI-Nut pendant 3 jours	ND	Rapport d'activité FRPS	Annuelle	40%	45%	50%	60%	65%	70%	80%
2.1.6. D'ici à 2030, Accroître de 30% les DS de santé qui offrent au-moins 50% du Paquet d'Activités Communautaire	Proportion des DS qui mettent en œuvre le	ND	Rapport d'activité DRSP	Annuelle	+10%	+12%	+15%	+17%	+20%	+25%	+30%
	paquet intégré des soins et services SRMNI-N au niveau communautaire										

9.2.2.3 Amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des services de SRMNIA-NUT

Objectif stratégique 2.2. : D'ici à 2030, améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services SRMNIA- Nut												
Objectifs spécifiques		INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
						2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
2.2.1. D'ici à 2030 améliorer l'accessibilité financière équitable à au moins 50% des cibles les plus vulnérables dans les DS ciblés	Proportion des femmes bénéficiant du CHEQUE SANTE par rapport au nombre attendu de femmes enceintes	FRPS	ND		Annuelle	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
	Taux d'accroissement des Dépenses de santé courantes par habitant	GNS 2019	36 305 FCFA			+05%	+10%	+20%	+25%	+30%	+40%	+50%
2.2.2. D'ici à 2030, Renforcer la communication et la logistique pour réduire les barrières culturelles et géographiques d'au-moins 50% des cibles SRMNEA dans les DS ciblés	Accroissement de la Proportion des communautés ayant adopté au-moins une mesure pour la réduction des barrières culturelles dans les zones ciblées	Rapports d'activité des ASC compilés par les DS	ND		Annuelle	05%	08%	10%	15%	18%	20%	25%
	Proportion des femmes enceintes référées/accompagnées dans les FOSAS par les accoucheuses traditionnelles	Rapports d'activité des FOSAS, Rapports d'activité des ASC compilés par les DS	ND		Annuelle	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
	Proportion des cas d'urgence de SRMNIA transportées en moto-taxi des zones enclavées vers les FOSA	Rapports d'activité des FOSAS, Rapports d'activité des ASC compilés par les DS	ND		annuelle	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%

9.2.2.4 Amélioration de la gouvernance

Objectif Stratégique 3.1. : d'ici à 2030, renforcer la gouvernance du système de santé pour la SRMNI -Nut

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
3.1.1. D'ici à 2030 renforcer la communication pour la mobilisation autour des problématiques de la SRMNI-Nut auprès de 100% des parties prenantes clés	Taux d'accroissement du Nombre des professionnels de médias ciblés formés en communication sur la SRMNI-N Taux d'accroissement des activités de communication sur la SRMNI-Nut effectuées par les personnes formées dans les médias ciblés	ND ND	Rapports Rapports	Annuelle Annuelle	10%	12%	15%	20%	25%	30%	40%
3.1.2. D'ici à 2030, adapter et mettre en œuvre 80% des mesures politiques, juridiques et réglementaires en faveur de la SRMNI-Nut selon les engagements internationaux pris par le Cameroun	Taux d'accroissement des engagements internationaux, adoptés et mis en œuvre au Cameroun Proportion des Responsables des services Centraux et Déconcentrés, disposant du recueil des textes réglementaires de base sur la SRMNI-Nut	ND ND	DAJ.C, DSF, MINSANTE, MINJUSTICE MINPROFF DAJ.C, DSF, MINSANTE	Annuelle Annuelle	1%	3%	4%	5%	7%	8%	10%
3.1.3. D'ici à 2030, promouvoir la production et l'enregistrement des actes d'état civil pour au-moins 90% des enfants de moins de 5 ans dans toutes les régions	Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée à l'état civil Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un acte de naissance	62% 49%	EDS 2018 EDS 2018	Annuelle Annuelle	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%
3.1.4. D'ici à 2030 renforcer le Partenariat public-privé en faveur de la SR pour au-moins 80% des acteurs clés ciblés	Taux d'accroissement des partenariats planifiés signés pour la mise en œuvre des interventions du plan	ND	Rapport Annuel DCCOP-MQH	Annuelle	1%	3%	4%	5%	7%	8%	10%
3.1.5. D'ici à 2030 améliorer la Coordination Multisectorielle auprès	Proportion des réunions thématiques multisectorielles sur la SRMNI-Nut tenues sur le nombre prévu	ND	Rapport Annuel MQH	Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS								
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030		
de 100% des acteurs clés de la SRMNIA-Nut													
3.1.6. D'ici à 2030 améliorer les capacités managériales d'au-moins 80% des gestionnaires des structures de SRMNIA-Nut	% des responsables des structures (DS, DRSP et Niveau Central) formés sur le management et leadership	ND	Rapport Annuel MOH	Annuelle	100%			100%					100%
3.1.7. D'ici à 2030 promouvoir l'assurance de la qualité des services de SR dans au-moins 80% des FOSA ciblées	% des FOSA accréditées pour assurer des soins et services SRMNIA-Nut de qualité	ND	Rapport Annuel MOH	Annuelle	20%	30%	40%	50%	60%	70%			80%
3.1.8. D'ici à 2030 promouvoir la Recherche fondamentale et opérationnelle dans le domaine de la SRMNIA-Nut au Cameroun auprès de 80% des structures de santé ciblées	-% d'études et de recherches planifiées qui sont effectuées	ND	Rapport Annuel MOH	Annuelle	20%	30%	40%	50%	60%	70%			80%

9.2.2.5 Amélioration du pilotage stratégique de la mise en œuvre du plan stratégique

Objectif Stratégique 3.2. : Renforcer le pilotage stratégique de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique SRMNIA-Nut													
Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS								
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030		
1.1.1. D'ici à 2030 renforcer le Cadre de mise en œuvre et Matérialiser le rôle d'au-moins 80% des acteurs clés	Proportion des régions ayant une plateforme d'échange multisectorielle entre les acteurs pour faciliter la cohérence et la convergence des actions menées en faveur de la SRMNIA-Nut	ND	DRSP, DSF	Annuelle	50%	55%	60%	65%	70%	90%			100%

1.1.2. D'ici à 2030 renforcer l'adhésion et l'appropriation d'au-moins 80% des parties prenantes clés sur la mise en œuvre du Plan	% des responsables des structures (DS et DRSP) formés sur les techniques de planification, de suivi et d'évaluation des interventions de la SRMNIA-Nut PM	ND	DSF, PLMI, DRSP	Annuelle	50%	55%	60%	65%	70%	90%	100%
1.1.3. D'ici à 2030 assurer au-moins 80% des interventions planifiées pour la Supervision, le Suivi et l'Évaluation de la mise en œuvre du Plan	Nombre d'évaluations à mi-parcours	ND	DSF, PLMI, DRSP								
	Nombre de revues annuelles de performance de la SRMNIA-N	ND	DSF, PLMI, DRSP	annuelle							
	Nombre de plans opérationnels annuels (POA) sur la SRMNIA élaborés	ND	DSF, PLMI, DRSP	annuelle							
	% des DS ayant intégré dans leur POA les priorités du PS SRMNIA	ND+	DSF, PLMI, DRSP	annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

9.2.2.6 Préparation à la riposte aux risques d'urgences de santé publique

Objectif Stratégique 3.3. : D'ici à 2030, renforcer la résilience du système de santé face aux risques d'urgences de santé publique en vue d'améliorer de la délivrance des services de santé de la reproduction

Objectifs spécifiques	INDICATEUR	Valeur de référence	Source	Périodicité de collecte	PROJECTION DES INDICATEURS						
					2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1.1.4. D'ici à 2030 assurer au-moins 80% des interventions planifiées pour la mise en œuvre des interventions SRMNIA essentielles en situation d'urgence de santé publique.	Proportion des DRSP ayant un plan de préparation et de réponse aux besoins SRMNIA-Nut en situation d'urgence	ND	DLMEP, CCOLUSP, DSF	Annuelle	10%	20%	25%	30%	40%	45%	50%
	Proportion des FDSA disposant d'au moins un personnel formé sur la délivrance/continuité des services essentiels de SRMNIA-Nut en cas d'urgence de santé publique	ND	DLMEP, CCOLUSP, DSF	Annuelle	10%	20%	25%	30%	40%	45%	50%
	Proportion d'exercices de simulations réalisées par rapport au nombre planifié pour tester la résilience des services de SRMNIA-Nut	ND	DLMEP, CCOLUSP, DSF	Annuelle	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%



Plan Stratégique National SRMNIA-Nut 2024-2030

9.2. ANNEXE 2 : COUVERTURE ET EQUITE DU CONTINUUM DE SOINS

